



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
CAMPO DE CONOCIMIENTO: Ciencias de la Salud
CAMPO DISCIPLINARIO: Salud Mental Pública

AUTOESTIGMA Y SEXO NO SEGURO EN HOMBRES CON VIH

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS DE SALUD

PRESENTA:
EDGARDO HAMID VEGA RAMÍREZ

TUTORA:
DRA. MARÍA DEL CARMEN ELIZABETH LARA MUÑOZ
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

COORDINADORA DE LA SEDE:
DRA. MARÍA DEL CARMEN ELIZABETH LARA MUÑOZ
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

MÉXICO, D. F., OCTUBRE DEL 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ
CAMPO DE CONOCIMIENTO: Ciencias de la Salud
CAMPO DISCIPLINARIO: Salud Mental Pública

AUTOESTIGMA Y SEXO NO SEGURO EN HOMBRES CON VIH

ALUMNO
EDGARDO HAMID VEGA RAMÍREZ

TUTORA:
DRA. MARÍA DEL CARMEN ELIZABETH LARA MUÑOZ
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

COORDINADORA DE LA SEDE:
DRA. MARÍA DEL CARMEN ELIZABETH LARA MUÑOZ
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

MÉXICO, D. F., OCTUBRE DEL 2013

Índice

AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN	5
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	7
ABREVIATURAS	7
MARCO TEÓRICO	8
Aspectos biológicos sobre el VIH/sida	8
Panorama epidemiológico del VIH/sida en el mundo y México.....	10
Prácticas de sexo no seguro y VIH/sida	12
Estigma y VIH/sida	16
Autoestigma en VIH/sida	18
Autoestigma y sexo no seguro en el VIH/sida	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
OBJETIVOS	22
Objetivo general	22
Objetivos específicos.....	22
HIPÓTESIS	23
METODOLOGÍA	23
Sujetos	23
Criterios de inclusión.....	24
Criterios de exclusión	24
Criterios de eliminación.....	24
Variables.....	25
Instrumentos de medición.....	25
Procedimiento de recolección de la muestra	31
Consideraciones éticas	32
Plan de análisis de resultados	35
RESULTADOS	35
Características sociodemográficas y relacionadas con el VIH.....	35
Prácticas sexuales y sexo no seguro	37
Características del autoestigma, impulsividad estado, consumo de etanol, sustancias ilícitas y conocimiento acerca del VIH.....	38
Relación del sexo no seguro, el autoestigma y variables de ajuste	40
DISCUSIÓN	41
LIMITACIONES	45
CONCLUSIONES	45
IMPLICACIONES	46
REFERENCIAS	48
ANEXO 1	53
ANEXO 2	68
ANEXO 3	71

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora, DRA. CARMEN LARA por su enseñanza y guía certeras en el camino de la investigación en salud mental.

A los profesores que dieron dirección y forma durante todo mi ciclo de aprendizaje.

A la Clínica Especializada Condesa y sus pacientes que me permitieron conocer y contribuir al conocimiento de una enfermedad que es erróneamente estigmatizada.

A la Dra. Andrea González y el Dr. Jesús Casillas, por su accesibilidad para llevar a cabo este proyecto y por permitirme ser parte del equipo.

A mis amigos y amigas encontrados en esta etapa: Víctor, Gabriela, Daniela, Gina, Teresita y Diana.

A dos de mis grandes amigos por su ayuda para concretar este proyecto: Rina y Jeremy.

A mis padres y hermano por continuar a mi lado en cada etapa de mi formación profesional.

A mi ahora compañero de vida por su paciencia y apoyo incondicional: JORGE MÉRIDA...

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es la patógeno responsable de la epidemia que ha dejado 30 millones de defunciones alrededor. La vía de transmisión más frecuente del VIH es la sexual no protegida, o sea, las prácticas de sexo no seguro (SNS). En México, la epidemia se concentra en el grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), teniendo una prevalencia nacional aproximada del 17%. Las prácticas de SNS entre los HSH portadores del VIH (HSH-V) llega a ser en promedio del 43%. Factores como la baja percepción del riesgo de transmisión, el estigma y/o autoestigma que se vive al saberse portador, la impulsividad estado, el bajo conocimiento asociado al VIH, el consumo de etanol u otras sustancias ilícitas se han asociado al desarrollo de estas prácticas sexuales no seguras entre los HSH-V. El estigma y el SNS en los HSH-V está ampliamente estudiada, pero poco se sabe acerca de la relación específica del autoestigma y este tipo de prácticas sexuales.

OBJETIVO. Estudiar la relación del autoestigma con las prácticas de SNS en una muestra de HSH-V, controlando el efecto de la impulsividad estado, el conocimiento sobre la transmisión del VIH y el consumo de etanol y otras sustancias ilícitas.

MÉTODO. Se recolectó una muestra por conveniencia de 200 participantes de HSH-V de la Clínica Especializada Condesa de septiembre a noviembre del 2012. Posterior a la firma del consentimiento informado, se aplicó la *Encuesta de vigilancia de comportamiento para hombres que tienen sexo con otros hombres*, y la sección de consumo de etanol y sustancias ilícitas de la *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional - Versión en español*, así como el *Instrumento de Estigma sobre VIH/SIDA en personas viviendo con VIH/SIDA* y la *Escala de Impulsividad-Estado*. Se hizo un análisis descriptivo y una regresión logística múltiple para determinar la relación del autoestigma con las prácticas de SNS, ajustando por la impulsividad estado, el conocimiento sobre la transmisión del VIH y el consumo de etanol y sustancias ilícitas.

RESULTADOS. La media de edad de los participantes fue de 33.8 años (D.E. 8.3) y de escolaridad fue de 13.0 años (D.E. 3.0). Más de la mitad nació en el Distrito Federal (66.0%), el 88.5% eran solteros y el 47.0% eran empleados. La media de tiempo con el diagnóstico de infección por el VIH fue de 5.2 años (D.E. 5.4) y la edad de inicio de vida sexual fue de 16.3 años (D.E. 3.3). El SNS se tomó en cuenta si durante el sexo anal el participante usaba irregularmente el condón o usaba algún producto como lubricante que no fuera a base de agua y/o recibía oralmente la eyaculación del otro sin condón. De esta forma, se observó que el 52.5% de la muestra tuvo prácticas de SNS. La media del autoestigma fue de 1.9 puntos (D.E. 2.5, rango: 0-12) y de impulsividad estado 13.2 puntos (D.E. 10.1, rango: 0-54). El 26.4% tenía un patrón de abuso de etanol y 28.6% de dependencia, por otro lado 21.1% tenía un patrón de abuso a alguna sustancia ilícita y el 21.1% de dependencia. Por último, se observó que el 92.5% de los participantes tenían el conocimiento acerca de la transmisión del VIH. El modelo de regresión logística múltiple tuvo una significancia estadística ($\text{Chi}^2 = 21.43$; $p = 0.01$), pero el autoestigma no tuvo poder predictivo para el SNS ($\text{OR} = 0.90$, $p = 0.23$); sin embargo, las dos variables de ajuste que sí fueron predictoras fueron la impulsividad estado ($\text{OR} = 1.06$, $p < 0.01$) y el uso de alguna sustancia ($\text{OR} = 2.28$, $p = 0.02$).

CONCLUSIONES. En este estudio, la relación entre el autoestigma y el SNS en los HSH-V no se comprobó, probablemente, entre otras razones, por el uso de un instrumento africano en una población mexicana. Sin embargo, la impulsividad estado y el uso de alguna sustancia ilícita parecieran ser dos características en la conducta de los HSH-V que contribuyen a mantener prácticas de SNS. En futuras investigaciones se tendrá que investigar sobre el autoestigma y el SNS con un instrumento más adecuado culturalmente para la población mexicana. Los HSH-V tienen derecho a seguir disfrutando de una vida sexual activa, por lo que deberían ser parte del tratamiento integral, el abordaje y manejo continuos de las conductas impulsivas y de los patrones de consumo perjudiciales de sustancias ilícitas, con la intención de mejorar las prácticas sexuales seguras.

PALABRAS CLAVE: Autoestigma, sexo no seguro, VIH, hombres que tiene sexo con hombres.

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Variable dependiente y sus predictoras

Tabla 2. Características sociodemográficas

Tabla 3. Prácticas de sexo no seguro en los últimos 12 meses

Tabla 4. Puntaje de autoestigma en HASI-P, V2 (Holzemer et al., 2007)

Tabla 5. Tipos y patrón de consumo de etanol y sustancias ilícitas

Tabla 6. Relación entre el sexo no seguro y sus variables predictoras

Tabla 7. Regresión logística múltiple de predictoras de sexo no seguro en HSH con VIH

Figura 1. Tiempo con el VIH y TARAA

ABREVIATURAS

ADN. Ácido desoxirribonucleico.

ARN. Ácido ribonucleico.

CEC. Clínica Especializada Condesa.

CENSIDA. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.

CI. Consentimiento informado.

D.E. Desviación estándar.

EIE. Escala de Impulsividad Estado.

HASI-P. Instrumento de Estigma sobre VIH/SIDA en personas viviendo con VIH/SIDA.

HASI-P, V2. Instrumento de Estigma sobre VIH/SIDA en personas viviendo con VIH/SIDA, versión adaptada #2.

HAT-QoL. Instrumento de Calidad de Vida Enfocado en VIH/SIDA.

HSH. Hombres que tienen sexo con otros hombres.

ONU. Organización de las Naciones Unidas.

ONUSIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

SIDA. Síndrome de inmunodeficiencia humana.

SNS. sexo no seguro.

SSC-HIVrev. Lista de Verificación de Signos y Síntomas revisada para personas con enfermedad por VIH.

TARAA. Terapia antirretroviral altamente activa.

VIH. Virus de la inmunodeficiencia humana.

*El autoestigma es más mortífero que el VIH viviendo dentro de nuestro cuerpo;
ya que infecta tu mente, generando un comportamiento
que va más allá de tu capacidad de entendimiento*

Paul Toh, Tailandia

MARCO TEÓRICO

Aspectos biológicos sobre el VIH/sida

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pertenece a la familia Retroviridae y es del género Lentivirus, su estructura se compone, del exterior al interior, de una envoltura y una cápside proteica que recubren una cadena sencilla de ácido ribonucleico (ARN) monocatenario. La infección por este virus es la responsable de la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el humano, representando la etapa final de dicha infección. El virus fue aislado y descubierto en 1983 por Luc Montagnier en Francia, en cultivos de pacientes con sida (Moir, Connors, & Fauci, 2010). Desde su descubrimiento y hasta finales del 2009, el VIH ha sido el responsable de 30 millones de defunciones relacionadas con la infección en el mundo (ONUSIDA, 2011b).

Las proteínas que posee la envoltura del virus se unen a la superficie de las células linfocitarias T, subtipo CD4, comenzando el proceso de replicación al unir su ARN con el ácido desoxirribonucleico (ADN) de la célula infectada. Al término de la producción de copias virales, éstas inducen una disfunción generalizada o la apoptosis de la célula, dando lugar a la diseminación de las copias para iniciar el mismo proceso en otros linfocitos CD4. Dado que estas células son parte primordial de la respuesta inmune del ser humano, al disminuir en calidad y cantidad, las infecciones oportunistas y la respuesta inflamatoria del resto de las células que también forman parte de la respuesta inmune, provocan las manifestaciones clínicas y el deterioro propios de la infección en el individuo (Moir et al., 2010).

La vías de transmisión del VIH en los seres humanos pueden ser por vía sanguínea (intercambio de jeringas contaminadas o transfusión sanguínea), por vía sexual sin protección (intercambio de secreciones sexuales), o por vía materno-perinatal (durante la gestación, parto o lactancia). En el mundo, la vía de transmisión sexual es la que genera el mayor número de casos

nuevos, pero ahora se sabe que además de no usar métodos para evitar la transmisión (p. Ej., condón), deben existir otros factores asociados para que se dé el contagio. Esos factores pueden ser el coito con sangrado, el coito anal traumático, el coito durante la menstruación, deficiencia inmunológica del individuo no infectado, alta viremia del individuo infectado, hombres no circuncidados, lesiones expuestas en los genitales, entre otros (Piot & Carael, 2010). Es por ello, que la transmisión sexual no protegida entre hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) puede ser más probable, ya que la falta de lubricación natural durante el coito anal, a diferencia de la lubricación fisiológica vaginal, puede provocar lesiones expuestas y sangrantes que facilitan la entrada del VIH.

La infección por el VIH, puede estar presente desde sus forma asintomática hasta el estado clínico donde las infecciones oportunistas recurrentes ponen en riesgo la vida del individuo. Estas manifestaciones dependen de muchos factores, tales como la edad, el sexo, el tratamiento, el ambiente, entre otros. Si estuviéramos frente a un individuo recién infectado por el VIH, la carga viral incrementaría rápidamente al cabo de 3-6 semanas, pero después disminuiría gracias a la respuesta inmunológica. Gradualmente, con el paso de hasta 10 años, esa carga viral volvería a incrementar poco a poco a costa de la disminución de los linfocitos CD4, dando lugar a la aparición de las infecciones oportunistas que provocan el deterioro general de la salud del individuo, llevándolo finalmente a desarrollar sida y la muerte si no recibiera tratamiento. El sida es la etapa final y más avanzada de esta infección, la cual se caracteriza por la incapacidad total inmunológica del organismo a defenderse de cualquier otro tipo de infecciones (Sterling & Chaisson, 2010).

Actualmente, la detección de infección por el VIH se recomienda hacer en dos tiempos, una con las pruebas rápidas de tamizaje, seguido de una confirmatoria, habitualmente con la técnica de detección de proteínas Western Blot. Previa, durante y posterior a la aplicación de las pruebas debe acompañarse de consejería y asesoría general relacionada con la infección, independientemente del resultado (Dewar, Golstein, & Maldarelli, 2010), ya que el impacto psicológico para cada individuo es diferente. El sujeto debe saber que hay tratamiento disponible, en caso de un resultado positivo, o que puede acudir nuevamente a realizarse la prueba en el momento que lo desee, en caso de un resultado negativo.

El tratamiento actual para la infección por el VIH está basando en un grupo de fármacos llamados Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA) que intervienen en algún punto

del ciclo de la infección y replicación del virus dentro del organismo. A pesar de que no erradica totalmente al virus (por lo tanto no cura), la TARAA modifica en gran medida el curso natural de la infección (Sterling & Chaisson, 2010). Mientras que a principio de la década de los noventa la tasa de mortalidad y el número de casos de demencia asociada al VIH eran elevados, al día de hoy han disminuido de forma considerable gracias a esta terapia (ONUSIDA, 2012).

La vía de transmisión de la infección, evolución, presentación clínica, respuesta al tratamiento y pronóstico de la infección por el VIH es muy diversa y depende de varios factores asociados al individuo que la padece. Sin embargo, es un hecho que las relaciones sexuales con protección, la detección temprana, el acceso a la TARAA oportunamente y mantener una vigilancia estrecha por los especialistas (no sólo médicos) en el área, pueden traducirse en un buen pronóstico biopsicosocial para el individuo infectado.

Panorama epidemiológico del VIH/sida en el mundo y México

La cara epidemiológica mundial del VIH/sida ha cambiado al día de hoy. Gracias al compromiso de la mayoría de los países en la implementación de medidas preventivas de diagnóstico y tratamiento, la epidemia presenta una disminución parcial en los nuevos casos y en el acceso a tratamiento de los que ya la padecen (ONUSIDA, 2012).

Para el 2015, según el plan convenido y firmado por todos los países integrantes de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio habla sobre el combate al VIH/sida. El Objetivo 6 se lee “*Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/sida*” (ONU, 2010). En las metas 6.A y 6.B de este plan de desarrollo, se establece que para el 2015: la propagación del virus debe estabilizarse en la mayoría de los países, se debe garantizar el acceso a la TARAA a los casos nuevos, reducir a cero la transmisión materno-perinatal, acceso a mayor información y uso del condón de las prácticas sexuales de alto riesgo, y mayor atención a las mujeres y niñas en alto riesgo de adquirir la infección, entre otros. Se sabe que para finales del 2011, ocho millones de personas reciben TARAA, lo que representa un gran avance en el acceso universal a este tratamiento. Sin embargo, los esfuerzos deben redoblar para alcanzar a cubrir a los 15 millones que se estipula como meta en el 2015 (ONU, 2012).

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) (ONUSIDA, 2012), para finales del 2011 había 34 millones de personas (31.6-35.9 millones) viviendo con el VIH en el mundo, siendo el 51% mujeres. La región del África Subsahariana sigue teniendo la mayor prevalencia, representando el 69% de todos los casos en el mundo. La vía de transmisión del virus predominante globalmente es la sexual no protegida de tipo heterosexual, representando casi el 80% de los nuevos casos de infección por el VIH (ONUSIDA & OMS, 2009). Sin embargo, se estima que las relaciones heterosexuales son las que generan el mayor número de casos nuevos en África y Asia, pero en Norteamérica, Latinoamérica y Europa Occidental son las relaciones de tipo homosexual (Piot & Carael, 2010).

Después de 30 años de aparición de la epidemia, ahora se observa una disminución de los casos nuevos del 19% respecto de finales de la década de los noventa, fecha en la que se observó su punto máximo de incidencia. La incidencia global de la epidemia ha bajado un 25% en varios países, aunque en otros, como Europa Oriental y Asia, presentan cifras contrarias (ONUSIDA, 2011a).

El comportamiento sexual de los jóvenes también se ha modificado, observándose un cuidado más frecuente en sus encuentros sexuales de alto riesgo. Igualmente, la transmisión materno-perinatal también ha disminuido en un 24% en comparación con cifras de cinco años atrás. Las defunciones relacionadas con el VIH/sida también han bajado de 1.9 millones en el 2001 a 1.8 millones en 2010, reflejando el mayor acceso a la TARAA de las personas con VIH en la mayoría de los países. Cabe destacar que también se ha observado un resurgimiento de la epidemia entre los HSH en los últimos cuatro años, sobretodo en Europa Central y Norteamérica (ONUSIDA, 2011a), sin tener claras las razones etiológicas.

En Latinoamérica el número de nuevos casos de VIH se ha mantenido estable desde inicios de este milenio, reportándose 100,000 casos por año (73,000-135,000), aunque la prevalencia total se sigue incrementando gradualmente. Para finales del 2010, la prevalencia de personas con VIH fue de 1.5 millones (1.2-1.7 millones), que representan el 0.4% (0.3-0.5) de la población adulta de toda la región. La mayoría de las personas con VIH en Latinoamérica son HSH, pero también se ha observado que la transmisión por el uso compartido de jeringas entre usuarios de drogas intravenosas es una forma muy prevalente en esta región. A pesar de la

concentración de casos de VIH está entre los HSH, actualmente se ha observado que la transmisión por relaciones sexuales heterosexuales va en aumento (ONUSIDA, 2011a).

México es el segundo país de Latinoamérica que tiene el mayor número de personas con VIH, estimándose una prevalencia de 225,000 personas adultas (15-49 años), que representa el 0.38% de la población general (CENSIDA, 2010). El reporte publicado en junio del 2011 por el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) de México, estima que de todas las personas con VIH del país, el 82% corresponden a hombres, el 29% recibe TARAA y el 14% aún no lo requiere. La mayoría son detecciones y notificaciones hechas por la Secretaría de Salud. El grupo de edad con el mayor número de casos son los adultos de 30-34 años (29,721 casos), y la transmisión sexual es la vía más frecuente de infección (90% de los casos), también presente en su mayor parte en este grupo de adultos. Sin embargo, es importante destacar que en casi el 32% de los casos se desconoce la vía de transmisión, ignorando las razones de esto. Las entidades con la mayor prevalencia es el Distrito Federal (16%) y el Estado de México (11.1%). El número de muertes acumuladas relacionadas con el VIH/sida al 2009 fue de 5,121 defunciones (CENSIDA, 2011).

Al igual que el resto de Latinoamérica, en México la epidemia del VIH/sida se concentra en subgrupos específicos de la población, principalmente en los hombres trabajadores sexuales (15%) y entre los HSH (11%), seguidos de los usuarios de drogas intravenosas, trabajadoras sexuales y las personas privadas de su libertad. Entre los hombres y mujeres heterosexuales la prevalencia no rebasa el 0.5% y el 0.2%, respectivamente (CENSIDA, 2011).

Prácticas de sexo no seguro y VIH/sida

Para efectos de este estudio, nos referiremos a “sexo” como sinónimo de relaciones sexuales entre dos individuos, independientemente de los sexos biológicos o las identidades genéricas que cada uno de esos individuos posea. El sexo se puede clasificar como “seguro” o “no seguro” si es que se conocen las características de los individuos que lo sostienen o de la forma en que lo llevan a cabo. Hablaremos del sexo no seguro (SNS) como aquella práctica sexual que trae como consecuencia alguna infección de transmisión sexual, p. Ej., sífilis, gonorrea, infección por el VIH, etc. (Slaymaker, Walker, Zaba, & Collumbien, 2004).

El SNS ocurre cuando una persona tiene relaciones sexuales con alguna persona que porta una infección de transmisión sexual, sin tomar las medidas apropiadas para evitar la infección (Slaymaker et al., 2004). Por supuesto, esta definición tiene sus limitaciones, ya que una persona que presente este tipo de prácticas en sus relaciones sexuales puede negarlas y ser clasificada dentro del grupo de sexo seguro. Aspectos como la prevalencia elevada del VIH en la población, mantener relaciones sexuales con integrantes de grupos de alto riesgo epidemiológico (trabajadores sexuales), elevado número de parejas sexuales, parejas sexuales esporádicas, niveles elevados de autoestigma, entre otros, se han asociado con un número más frecuente de prácticas de SNS, por lo tanto el riesgo de adquirir la infección por VIH incrementa (Hatzenbuehler, O'Cleirigh, Mayer, Mimiaga, & Safren, 2011).

La forma de estimar la frecuencia de las relaciones de SNS en los estudios, normalmente es a través de encuestas cara a cara, en las que se interroga acerca del sexo oral y/o coito anal/vaginal sin el uso del condón, el número de parejas sexuales en los últimos seis meses, sexo con trabajadores sexuales, sexo a cambio de dinero y sexo con parejas estables o esporádicas (Camoni et al., 2011). Todos estos aspectos se abordan basándose en que dichas prácticas se consideran no seguras por su alto riesgo de contraer la infección por el VIH.

Las conductas de autocuidado concernientes a las personas con VIH son varias, de las cuales se han destacado algunas de importancia relacionadas con la vigilancia o tratamiento de: 1) la adherencia a la TARAA, 2) la depresión, 3) el involucramiento en conductas sexuales de riesgo, y 4) el uso de sustancias, tanto lícitas como ilícitas (Berg, Michelson, & Safren, 2007). Se sabe que hasta el 70% de las personas con VIH tienen relaciones sexuales (Wenger, Kusseling, Beck, & Shapiro, 1994), y de estos del 10% al 60% tienen prácticas de SNS, dependiendo del tipo de relación sexual (Kalichman, Rompa, & Cage, 2000), resultando en promedio 43% de SNS (Crepaz et al., 2009). Mantener este tipo de prácticas incrementa el riesgo de reinfección, de recombinación viral, de co-infección con otra enfermedad de transmisión sexual y/o de transmisión del VIH a otros individuos.

A pesar de que la frecuencia de conductas de SNS disminuyen después del diagnóstico, no se erradican del todo, aunado al hecho de que las causas relacionadas con estas conductas son poco claras, complejas y dependen de cada individuo. Factores como los avances médicos en el tratamiento del VIH, baja percepción del riesgo de transmisión (p. Ej., creencia relacionada con la nula transmisión a través del coito anal o sexo oral, o carga viral indetectable) (Remien,

Halkitis, O'Leary, Wolitski, & Gomez, 2005), estrés emocional, no revelar ser portador, uso de sustancias ilícitas, creencias de que el uso del condón disminuye el placer o arruina la excitación, desinterés por cuidado a sí mismos o los demás (Crepaz & Marks, 2002), entre otros, se han asociado con el SNS. El antecedente de abuso sexual y físico no sólo se relaciona con el desarrollo de psicopatología en las personas con VIH (Leserman et al., 2005), sino también con abuso de alcohol, prácticas de SNS y riesgo de adquirir otras infecciones de transmisión sexual (Thompson, Potter, Sanderson, & Maibach, 1997).

Un estudio francés reportó que tener una situación económica inestable o desconocer el seroestatus de la pareja en parejas heterosexuales, en donde uno de ellos vive con VIH, son predictores de riesgo para mantener relaciones de SNS, siendo las mujeres las más vulnerables a este tipo de prácticas (Bouhnik et al., 2007). Por otro lado, se ha observado que hasta el 50% de los HSH con VIH tienen prácticas de SNS, como resultado de la búsqueda de sensaciones nuevas, del abuso de etanol, de drogas intravenosas y de una baja preocupación hacia el VIH (gracias al TARAA) (Hasse et al., 2010). De hecho, es seis veces más probable que este grupo se involucre en prácticas de SNS cuando están seguros de la disponibilidad de la TARAA (Ostrow et al., 2002). En México, la homofobia internalizada entre HSH se asocia con mayor probabilidad de tener SNS, como tener sexo insertivo y receptivo sin condón, así como tragar semen de la otra persona (Hernández-Ortiz & García-Torres, 2005).

Igualmente, la impulsividad, entendiéndose como la cualidad (de rasgo o estado) de responder rápidamente sin considerar o prever las consecuencias de ciertos actos, se ha relacionado con el SNS y otras conductas de riesgo (p. Ej., el consumo de sustancias, el juego patológico) (Llewellyn, 2008; Verdejo-Garcia, Lawrence, & Clark, 2008), sobre todo la impulsividad que se presenta ante cambios biológicos o ambientales pasajeros (impulsividad estado) (Benazzi, 2007). De hecho, niveles altos de impulsividad estado se relacionan con mayor número de encuentros sexuales no protegidos (McCoul & Haslam, 2001). También se ha observado que la impulsividad o inmadurez cognitiva se asocian con este tipo de prácticas sexuales (Brown, Danovsky, Lorie, DiClemente, & Ponton, 1997).

Una revisión sistemática de estudios que asocian conductas de SNS y factores sociales, psicológicos y médicos, reporta los siguientes factores como determinantes para este tipo de prácticas (Crepaz & Marks, 2002): bajo conocimiento de transmisión del VIH, creencias erróneas relacionadas con el sexo seguro y disminución en el placer sexual, baja intencionalidad

de practicar sexo seguro, poco compromiso hacia sí mismo y otros, falta de confianza en exigir prácticas sexuales seguras, tener una pareja seropositiva, un historial de múltiples parejas sexuales, mantener sentimientos de ira y enojo hacia sí mismo u otros, y/o culpar a otros de haber adquirido la infección. En esta misma revisión también se observó que el género es un factor determinante, siendo las mujeres poco asertivas las que reportaban mayores conductas de riesgo, aún sabiéndose portadoras del virus. Respecto a los factores médicos se observó que aquellos pacientes en tratamiento con TARAA y carga viral indetectable, se asociaban a mayor número de prácticas de SNS.

Diferentes motivaciones o factores son los que pueden generar las prácticas de SNS, incluso fenómenos como el de la “limpieza virginal” que se describe desde el siglo XVI, cuando la sífilis y gonorrea eran las enfermedades de transmisión sexual que más afectaban a la población. Este fenómeno, consiste en que una persona con alguna infección de transmisión sexual sostiene relaciones sexuales con personas no infectadas y vírgenes, con la creencia de que la infección será “absorbida” por el individuo no infectado. Gracias al reporte del *Estudio Global sobre VIH/SIDA y Discapacidad* (Groce, 2004), ha comenzado a observarse nuevamente este fenómeno, pero ahora buscando como fin “curarse” del VIH. El estudio reporta que las víctimas principales de esta práctica son individuos con alguna discapacidad física o mental (sordera, ceguera, retraso mental, etc.). La limitada accesibilidad para los discapacitados de denunciar una violación sexual, se traduce en la poca posibilidad de tener un tratamiento antirretroviral profiláctico (Groce & Trasi, 2004).

El interés de crear y fomentar intervenciones enfocadas en prevenir la transmisión del VIH en personas ya diagnosticadas ha sido de vital importancia a lo largo de la historia del VIH. Una revisión sistemática (Crepaz et al., 2006) sobre la efectividad de diversas medidas preventivas de SNS en personas con VIH, encontró que todas las intervenciones proveen información que incrementa el conocimiento sobre VIH/sida y motiva a los pacientes en reducir o eliminar las prácticas de SNS. Sin embargo, la revisión encontró que las únicas intervenciones que reducen este tipo de prácticas a corto y largo plazo contienen: teoría del comportamiento, enfoque en prácticas de transmisión del VIH, fomento de habilidades para el uso correcto del condón, la comunicación con la pareja para afrontar situaciones sexuales específicas; y duración prolongada de las intervenciones: >10 sesiones, >3 meses y/o >20 h acumuladas en total. Igualmente, intervenciones psicosociales individuales o colectivas, como educación sexual,

identificación de factores individuales asociados a las conductas de SNS y desarrollo de habilidades para mejorar el sexo seguro, han mostrado beneficios al respecto de dichas prácticas sexuales (Patterson, Shaw, & Semple, 2003). Sin embargo, se ha observado que la mayoría de estas intervenciones no incorporan aspectos sociales o estructurales (Ej. estigma relacionado al VIH) que también influyen en las prácticas de SNS en personas con VIH (Crepaz et al., 2006). Es decir, las causas que perpetúan las prácticas de SNS teniendo VIH pueden ser complejas e individuales, por lo que el personal de salud podría identificarlas en cada caso, sin la intención de juzgar, para ayudar a mejorar este tipo de prácticas.

Estigma y VIH/sida

Erving Goffman, sociólogo canadiense, conocido como el pionero en el estudio formal del tema, define al estigma como “un atributo que es profundamente vergonzoso o humillante”, basado en el hecho de que algo es “distinto” o “desviado” y que resulta en una “identidad deteriorada”, características que hacen una división entre “nosotros” y “ellos”, siendo estos últimos los poseedores del “atributo” (estigma) y que son indeseables o inferiores a los demás (Goffman, 2006). Según Link y Phelan, el estigma surge cuando: 1) los individuos distinguen y etiquetan diferencias humanas, 2) las creencias culturales predominantes asocian a los individuos etiquetados con características indeseables (o estereotipos negativos), 3) las personas etiquetadas son puestas en categorías que las logren diferenciar entre “nosotros” y “ellos”, y 4) las personas etiquetadas experimentan pérdida de estatus y discriminación llevándolas a experiencias injustas (Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan, 2001). A través de la estigmatización, la sociedad puede generar un rol de poder y control sobre aquellos que cargan con el estigma, con la finalidad de mantener un aparente orden social; siendo la discriminación una forma de llegar a este supuesto orden. La discriminación se observa cuando “en la ausencia de una justificación objetiva, se hace una distinción en contra de una persona que resulta en el trato injusto, basándose en que se percibe o pertenece a un grupo en particular” (Castro & Farmer, 2005). La conducta discriminatoria puede darse en el contexto individual, social o institucional, siendo los dos primeros tipos lo más estudiados.

La estigmatización hacia las personas con VIH ha estado presente desde el inicio de la epidemia, manifestándose como un fenómeno universal y habitualmente ligado a otros tipos de

estigma, que socialmente ya están establecidos (p. Ej., la homosexualidad, el uso de drogas, la prostitución, etc.) (Mahajan et al., 2008). El estigma asociado al VIH, podría encajar con las propuestas de Link y Pehalan (2001), ya que se basa en creencias erróneas acerca de la infección, el contagio, la asociación “inminente” con la mortalidad y las manifestaciones físicas que son “incómodas” para los demás. Si ya existen manifestaciones de sida en el sujeto, será más fácil distinguirlo y discriminarlo, por lo que será más frecuente la estigmatización hacia los sujetos en etapas avanzadas que tengan características “típicas” del VIH (Valdiserri, 2002). Incluso, fuerzas sociales previas, tales como pobreza, sexismo, racismo y otras, se sobreponen y refuerzan las condiciones de estigmatización (Castro & Farmer, 2005). Esto pudiera ser secundario al poco acceso a la información que tienen los grupos con las características descritas, predisponiéndolos a tener SNS y a adquirir dicha infección.

El complejo fenómeno del estigma relacionado al VIH/sida está determinado por el contexto cultural, social y personal que cada individuo posee; es decir, el estigma varía desde la vivencia interpersonal, hasta lo observado a nivel social (Mahajan et al., 2008). En una encuesta realizada por una fundación estadounidense en la población general sobre situaciones cotidianas con personas con VIH, se reportó que hasta el 51% de los encuestados manifestaban por lo menos algún grado de incomodidad si tuvieran que trabajar con alguna persona con VIH (Kaiser Family Foundation, 2006). En México, según la Encuesta Nacional sobre Discriminación del 2010, tres de cada diez mexicanos y mexicanas no estarían dispuestos a vivir con alguna persona con VIH, observándose también que a menor nivel educativo, menor tolerancia a esta situación (CONAPRED, 2011).

El estigma relacionado con el VIH/sida se ha reportado como barrera determinante en la efectividad de medidas preventivas, de diagnóstico y terapéuticas dirigidas a controlar esta epidemia (Chesney, 1999). Aún en esta cuarta década del conocimiento de la infección, el estigma asociado al VIH/sida sigue siendo una barrera importante para el acceso al tratamiento integral oportuno y la evolución favorable de la infección entre los HSH, ya que sigue siendo un grupo discriminado, criminalizado, estigmatizado y amedrentado en muchas partes del mundo, lo que limita la efectividad de medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas del VIH (Beyrer et al., 2012). El miedo a ser estigmatizado con algo relacionado al VIH, impacta incluso en medidas de prevención proyectadas a futuro, como la probable aplicación de la vacuna del VIH (una vez que estuviera disponible), por miedo a ser discriminado si se sabe que fue sujeto de la

inmunización y su relación con la infección o con las conductas que se asocian a la adquisición de ella (Brooks, Newman, Duan, & Ortiz, 2007). También se ha observado que los individuos que no se realizan la prueba de detección del VIH reportan altos niveles de estigmatización hacia las personas con VIH (Kalichman & Simbayi, 2003).

Autoestigma en VIH/sida

Se ha escrito mucho acerca del estigma relacionado al VIH/sida, pero se habla poco del autoestigma que las personas con VIH experimentan. En un esfuerzo por esclarecer este concepto y las consecuencias relacionadas, las Redes de Salud y Desarrollo y la Federación Internacional de la Cruz Roja y Luna Roja, hicieron un foro de discusión con expertos en la materia de todo el mundo en el 2004.

De esa reunión, se recopilaron valiosas experiencias y opiniones que definen más claramente el concepto de autoestigma relacionado al VIH/sida (Health and Development Networks, 2004). Éste se ha definido como el proceso mediante el cual la persona que padece la infección se impone sentimientos de diferencia en relación a los otros (no infectados), así como de inferioridad y de indignación hacia sí mismo; o sea, una respuesta negativa. Se definió también que el autoestigma vivido por la personas con VIH es dinámico y se compone de diferentes aspectos, tales como el miedo, la culpa, los sentimientos de inferioridad, lástima, rechazo, castigo y desprecio hacia sí mismo. También está compuesto por la internalización de situaciones de discriminación vividas o percibidas desde que se sabe portador del virus. Incluso, se postula que las características del autoestigma son un reflejo internalizado de las creencias y conceptos relacionados al VIH/sida de la sociedad en la que vive la persona con VIH, incluyendo a los prestadores de servicios de salud.

El autoestigma puede llevar a niveles de ansiedad y angustia extremos, reflejándose en la negación de la enfermedad o la conducta habitual del individuo, desde evitar comer con otros, pasando por el miedo al contacto con sus seres queridos (por miedo a contagiar), hasta el abandono total de sus actividades cotidianas o incluso el trabajo o la escuela. El autoestigma puede entenderse también como un mecanismo de defensa que anticipa las posibles reacciones o comentarios de los demás.

De este mismo foro de discusión, se reportó que existen factores fuertemente asociados a niveles de autoestigma elevados entre las personas con VIH, tales como bajo nivel educativo, desempleo, baja autoestima y sentimientos de inferioridad. También se sospecha que los usuarios de drogas intravenosas, trabajadores(as) sexuales y mujeres en situaciones de vulnerabilidad pueden tener niveles elevados en comparación con el resto de la población.

A pesar de que en ocasiones es un mecanismo para evitar la discriminación y/o el aislamiento social, el autoestigma muchas veces deteriora la salud mental y funcionalidad del individuo con VIH. Se ha reportado que el 40% de las mujeres diagnosticadas con VIH y niveles de estigma elevados, presentan pensamientos suicidas (Heckman et al., 2002) y hasta el 14% llegan a consumar algún intento (Kwalombota, 2002). Igualmente, se ha reportado que hasta el 69% de las personas con VIH no revelan su seroestatus a su familia (Wolfe et al., 2006), e incluso están en mayor riesgo de tener mala adherencia al TARAA, con la intención de seguir manteniendo el secreto (Sayles, Wong, & Cunningham, 2006). La mala adherencia al TARAA incrementa el grado de infectividad de un paciente y empeora la evolución de la enfermedad, por lo que el riesgo de transmitir el virus es mayor y la mortalidad aumenta. La percepción de estigma y discriminación por parte de las personas con VIH en los sistemas de salud, impiden el acceso o retención a un tratamiento integral, generando un progreso de la enfermedad inminente (Kinsler, Wong, Sayles, Davis, & Cunningham, 2007).

Estudios previos han medido el estigma asociado al VIH/sida entre los que la padecen, pero aún hay poca información acerca de las causas fundamentales que generan este fenómeno (Nyblade, 2006). Según ONUSIDA, un instrumento adecuado para la medición del estigma relacionado con VIH/sida en las personas con VIH, debe aportar un entendimiento de las causas y efectos del estigma, e incrementar el empoderamiento, participación y capacidades de las personas con VIH para afrontar dicho estigma (UNAIDS Reference Group on HIV and Human Rights, 2007).

Autoestigma y sexo no seguro en el VIH/sida

Se ha asociado el estigma relacionado al VIH/sida y conductas de SNS, ya sea en población general o en HSH, pero pocos lo han hecho en personas con VIH. En China, los hombres con actitudes estigmatizantes hacia el VIH/sida se involucran más en conductas de SNS (Chen,

Choe, Chen, & Zhang, 2005). En una muestra de franceses con VIH/sida y experiencias discriminatorias, tienden a no revelar su estatus y a participar en relaciones de SNS (Peretti-Watel, Spire, Obadia, & Moatti, 2007). Si hay actitudes estigmatizantes hacia el VIH/sida, el individuo sin VIH concluye que es poco vulnerable a adquirir la infección (Riley & Baah-Odoom), es decir, al no percibirse como integrante de los grupos que son “típicos” de adquirir el virus, puede no tomar precauciones durante sus encuentros sexuales, por lo que se incurre en prácticas de SNS. También se ha observado que altos niveles de estigma asociado al VIH, en personas ya diagnosticadas, predicen una mayor probabilidad de incurrir en prácticas de SNS, específicamente de sexo insertivo (Radcliffe et al., 2010).

A pesar de toda esta evidencia, se observa que la mayoría de los resultados que se describen tienen que ver con el estigma social asociado al VIH y las conductas de SNS que presentan tanto las con VIH como las que no, es decir, de las creencias erróneas acerca de la infección y su relación con las prácticas sexuales no protegidas o riesgosas. Sin embargo, se ha estudiado muy poco acerca de los sentimientos de inferioridad, indignación y diferencia que se impone la persona con VIH respecto a los demás, y su relación con sus prácticas de SNS.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, como en el resto de Latinoamérica, la epidemia del VIH está concentrada principalmente en los HSH, con una prevalencia muy elevada y un control parcial que se ha logrado a lo largo de todos estos años (CENSIDA, 2011). El SNS se define como la relación sexual entre una persona susceptible a adquirir alguna infección de transmisión sexual y una que ya porta alguna de ellas (p. Ej., infección por VIH), sin el uso de medidas apropiadas para evitar la trasmisión (Slaymaker et al., 2004).

La transmisión sexual sigue representando hasta el 80% de los nuevos casos de infección por VIH en todo el mundo (ONUSIDA & OMS, 2009). Se sabe que hasta el 70% de las personas con VIH tienen una vida sexual activa (Wenger et al., 1994), y de estos un 43% incurrir en prácticas sexuales no seguras (Crepaz et al., 2009). Con este tipo de conductas incrementa el riesgo de infección a otros, de recombinación viral y/o de trasmisión de otro tipo de infecciones de transmisión sexual.

En países donde la epidemia se encuentra concentrada en HSH, este fenómeno representa un reto para su manejo y control, con el objetivo de disminuir la transmisión dentro del mismo grupo u otros susceptibles. Tener entre 15-30 años de edad, usar drogas, tener una pareja seropositiva y/o diversas y varias parejas sexuales ocasionales se ha asociado con una probabilidad mayor de tener prácticas de SNS (Glass et al., 2004). Otros factores sociales, psicológicos y médicos, como determinantes para las prácticas de SNS en personas con VIH, son por ejemplo: bajo conocimiento de transmisión del VIH, creencias erróneas sobre sexo protegido y disminución en el placer sexual, tener baja intencionalidad de practicar sexo seguro, estigma relacionado con el VIH/sida, (Crepaz & Marks, 2002), así como el abuso de alcohol, el uso de drogas ilícitas (Hasse et al., 2010) y niveles elevados de impulsividad (Checkley, Thompson, Crofts, Mijch, & Judd, 1996). La asociación entre el estigma y el SNS ha sido poco estudiada y los resultados son contradictorios (Whetten, Reif, Whetten, & Murphy-McMillan, 2008).

El estigma relacionado con el VIH/sida es complejo y depende de aspectos culturales, sociales e individuales (Mahajan et al., 2008), pero es un hecho que representa un obstáculo para la efectividad de medidas preventivas, de diagnóstico y terapéuticas dirigidas a controlar la epidemia (Chesney, 1999). En población general se ha observado que individuos con actitudes estigmatizantes relacionadas con el VIH/sida se involucran más en conductas de SNS (Chen et al., 2005); mientras que aquellos HSH con VIH que han tenido experiencias discriminatorias, tienden a no revelar su estatus y a practicar más SNS (Peretti-Watel et al., 2007). Así mismo, individuos renuentes a realizarse la prueba de detección de VIH reportan puntajes altos de estigmatización hacia personas con VIH (Kalichman & Simbayi, 2003). Probablemente, una de las explicaciones a este fenómeno podría ser la “seguridad” que tienen aquellos que estigmatizan de no poseer ese “atributo negativo” (homosexualidad, prostitución, uso de drogas intravenosas) que se relaciona al VIH, por lo que continúan involucrándose en prácticas de SNS. Consecuentemente, al no considerarse como integrantes de estos grupos de riesgo, no observan la necesidad de realizarse regularmente pruebas diagnósticas de detección del VIH (Kalichman & Simbayi, 2003).

Por otro lado, el estigma relacionado al VIH/sida en HSH que viven con la enfermedad no sólo se ha asociado a depresión, ansiedad y trastorno por estrés postraumático, sino también

a conductas sexuales de SNS (Preston, D'Augelli, Kassab, & Starks, 2007). A pesar de tener este tipo de resultados, las causas esenciales de estas asociaciones aún no han sido estudiadas.

El presente estudio planteó identificar si el autoestigma es un factor asociado a las prácticas de SNS en HSH con VIH, controlando el efecto que pudieran tener sobre el SNS la impulsividad estado, el conocimiento de transmisión del VIH, el consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas. Esto es de importancia, ya que se esperaba identificar si el autoestigma pudiera contribuir en el SNS de los HSH con VIH, y así ponerlos en riesgo de desarrollar complicaciones de la infección. Con los hallazgos obtenidos se podrían identificar puntos estratégicos en los que puedan plantearse intervenciones a futuro. Indirectamente, como resultado a futuro, estas estrategias podrían contribuir a disminuir el contagio del VIH a personas no infectadas, así como el riesgo de complicación de la infección en los ya la padecen.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿El autoestigma en HSH con VIH se asocia a sus prácticas de SNS, en una muestra obtenida de una clínica especializada del Distrito Federal?

OBJETIVOS

Objetivo general

Estudiar la relación del autoestigma con las prácticas de SNS en HSH con VIH, que acuden a una clínica especializada del Distrito Federal, controlando el efecto de la impulsividad estado, el conocimiento sobre la transmisión del VIH y el consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas.

Objetivos específicos

- Determinar el nivel del autoestigma de una muestra de HSH con VIH
- Determinar las prácticas de SNS que presente una muestra de HSH con VIH

- Determinar el nivel de impulsividad estado de un muestra de HSH con VIH
- Determinar el nivel de conocimiento sobre la trasmisión del VIH en una muestra de HSH con VIH
- Determinar el nivel de consumo de etanol u otras sustancias ilícitas en una muestra de HSH con VIH

HIPÓTESIS

El autoestigma se asocia a las prácticas de SNS en los HSH con VIH, independientemente de la impulsividad estado, el conocimiento asociado a la trasmisión del VIH, y el consumo de etanol y otras sustancias ilícitas.

METODOLOGÍA

Sujetos

La muestra de participantes se obtuvo de la Clínica Especializada Condesa (CEC), la cual trata de manera integral y especializada a los personas con VIH ó sida. Es una clínica de segundo nivel de atención, dependiente de los Servicios de Salud del Distrito Federal, regida a su vez por la Secretaría de Salud. Su población es aquella que no cuenta con ningún tipo de seguridad social. Esta clínica tiene la mayor concentración de pacientes registrados en América Latina, con una población activa aproximada de 8,000 usuarios (Condesa, 2011).

El cálculo de la muestra se hizo con base en lo requerido para realizar una regresión logística múltiple, que determina obtener 10 sujetos con el evento de interés por cada variable independiente incluida en el modelo (Feinstein, 1996). En este caso, nuestro evento de interés es el SNS en los HSH con VIH, el cual tiene una prevalencia reportada aproximada de 43% (Crepaz et al., 2009). Con una variable independiente y cuatro de ajuste, el resultado del tamaño de muestra fue de 152 sujetos.

En un inicio se planteó la posibilidad hacer un muestreo probabilístico, sin embargo, los usuarios de la CEC no tienen un registro de asistencia confiable a sus citas de control, y en ocasiones, cambian de estado de residencia o inician un trabajo que proporciona seguridad social, por lo que su estancia dentro de la clínica puede llegar a ser intermitente. Por esto, se decidió hacer una selección de muestra por conveniencia para terminar de recabar a los 152 sujetos a tiempo. Sabiendo que esto puede disminuir la representatividad de la muestra, se consideró en la interpretación de los resultados.

Criterios de inclusión

- Pacientes registrados dentro de la CEC
- Pertenecientes al grupo de hombres que tienen sexo con hombres
- Doce meses o más con el diagnóstico de VIH
- Mayores de 18 años
- Escolaridad mínima a seis años (primaria terminada)
- Pacientes que firmaron el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Patología psiquiátrica sin manejo y control
- Patología neurológica diagnosticada
- Sintomatología clínica aguda de sida
- Mujeres transgénero

Criterios de eliminación

- Pacientes que retiraron su consentimiento en cualquier momento de la investigación
- Pacientes que respondieron menos del 85% de las preguntas de las escalas de evaluación

Variables

A continuación se describen las variables, su nivel de medición y los instrumentos utilizados para determinarlas (Tabla 1):

Tabla 1.
Variable dependiente y sus predictoras

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumentos de medición
Sexo no seguro	Dependiente	Dicotómica	Encuesta de vigilancia de comportamiento para hombres que tienen sexo con otros hombres (FLACSO-CENSIDA-FHI, 2006)
Autoestigma	Independiente	Continua	Instrumento de Estigma sobre VIH/SIDA en personas viviendo con VIH/SIDA (HASI-P) (Holzemer et al., 2007)
Conocimiento de VIH	De ajuste	Dicotómica	Encuesta de vigilancia de comportamiento para hombres que tienen sexo con otros hombres (FLACSO-CENSIDA-FHI, 2006)
Consumo de etanol	De ajuste	Categórica	MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional - Versión en español (Ferrando et al, 1999)
Consumo de sustancias ilícitas	De ajuste	Categórica	MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional - Versión en español (Ferrando et al, 1999)
Impulsividad estado	De ajuste	Continua	Escala de Impulsividad Estado (EIE) (Iribarren et al., 2011)

Instrumentos de medición

Encuesta de vigilancia de comportamiento para hombres que tienen sexo con otros hombres (FLACSO-CENSIDA-FHI, 2006)

La forma de estimar la frecuencia de las prácticas de SNS en poblaciones vulnerables al VIH (p. Ej., sexoservidores, hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas, etc.) es a través de encuestas de vigilancia de comportamiento, en las que se interroga acerca del comportamiento sexual, entre otros aspectos, de una población considerada de clave para adquirir el VIH. Estas encuestas surgen de la necesidad de vigilar el comportamiento en las

poblaciones de mayor riesgo de infección al VIH, tomando en cuenta que cada país tiene diferentes grupos clave. Las pautas de elaboración fueron hechas en conjunto por ONUSIDA, la OMS y la *Family Health International*, derivadas de las recomendaciones de expertos de diferentes organismos internacionales dedicados a la elaboración de sistemas de vigilancia (ONUSIDA & OMS, 2002). La fortaleza de las encuestas de vigilancia de comportamiento radica en su repetición a lo largo del tiempo, la metodología del muestreo y los métodos de recopilación de datos e indicadores homogéneos, que tienen por objetivo seguir las conductas a lo largo del tiempo. De esta manera, las encuestas pueden determinar grupos que representen los diferentes niveles de comportamiento de riesgo (International, 2000). Desde el 2001 las encuestas de vigilancia de comportamiento dieron inicio en México en diferentes puntos del país, dirigiéndose a las subpoblaciones vulnerables al VIH. Estas encuestas se hicieron con la colaboración de diferentes organismos nacionales e internacionales, a lo largo de la primer década de este siglo (Minichiello, Magis, Uribe, Anaya, & Bertozzi, 2002).

Para fines de esta investigación, se usó la encuesta realizada en el 2005 y 2006 por CENSIDA de México, por la *Family Health International*, y por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, sede académica de México (FLACSO-México); financiada por la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos (*USAID*, por sus siglas en inglés) (Gayet, Magis, Sancknoff, & Guli, 2007). La encuesta consta de 12 secciones, con preguntas estructuradas dirigidas a los HSH para conocer su comportamiento sexual, según los indicadores establecidos por la *Family Health International* y ONUSIDA (ONUSIDA, 2000). Para esta investigación sólo se usaron las siete secciones referentes a las características sociodemográficas, historia sexual, tipo de prácticas sexuales y uso de condón con las diferentes parejas sexuales, y conocimiento sobre la transmisión del VIH. Sin embargo, posterior al estudio piloto, y observar que durante los primeros seis meses después del diagnóstico de VIH, los pacientes disminuían la frecuencia de prácticas sexuales debido al proceso de duelo y/o del estado clínico que presentaban, se modificó el tiempo de interrogatorio de seis a meses a 12 meses en las secciones de historia sexual, las prácticas sexuales y uso de condón con las diferentes parejas sexuales. La encuesta final quedó como se muestra en el Anexo 1.

Instrumento de Estigma sobre VIH/SIDA en personas viviendo con VIH/SIDA (HASI-P) (Holzemer et al., 2007)

Muchos instrumentos se han elaborado para medir la discriminación y el estigma asociado al VIH/sida; sin embargo, pocos han incluido mediciones relacionadas con el autoestigma percibido por las personas con VIH. El instrumento que se usó para fines de esta investigación es una escala tipo Lickert, autoaplicable, formada de 27 ítems que miden la frecuencia en los últimos tres meses, sobre eventos, pensamientos o emociones asociadas a su diagnóstico de VIH en personas que ya cuentan con el diagnóstico. Esta escala también incluye una sección que evalúa los pensamientos y emociones que una persona con VIH tiene en relación a sí misma al saberse con el diagnóstico, o sea, su autoestigma (Holzemer et al., 2007).

El instrumento se construyó en tres fases de investigación, abarcando del 2003 al 2006 para el desarrollo y validación del mismo. Todas las fases se llevaron a cabo en cinco países del continente africano: Lesoto, Malawi, Sudáfrica, Suazilandia y Tanzania. A continuación se describen las fases de la elaboración del instrumento:

- Fase uno: Generación de los ítems. Se integraron grupos focales de personas con VIH en los cinco países, provenientes de áreas rurales y urbanas, logrando una n= 111 participantes, que se distribuyeron en 19 grupos. Los ítems se fueron armando de las citas literales del discurso de los participantes, los cuales fueron revisados cuidadosamente por todos los miembros de la investigación, y se fueron excluyendo aquellos que podrían caer fuera de la propia experiencia de los participantes. Se decidió adoptar cuatro opciones de respuesta tipo Likert para cada ítem, con la intención de dar variación a las respuestas y hacer accesible su comprensión a los participantes. Al final, se obtuvieron 90 ítems que se usaron para el estudio piloto.
- Fase dos: Estudio piloto. El pilotaje de la primera versión del instrumento se hizo en dos fases. La primera, consistió en la participación de cuatro a seis personas con VIH de cada uno de los países involucrados, para evaluar la claridad de los ítems, recabando sus comentarios y haciendo las modificaciones pertinentes al instrumento. En la segunda fase se aplicó el instrumento a 217 personas con VIH de los cinco países. Posterior al análisis factorial con rotación oblicua de todos los ítems, se obtuvieron diez factores, con un alfa de

Cronbach >0.70 para cada uno de ellos. Se excluyeron aquellos ítems que tuvieron una carga factorial pobre, resultando un instrumento de 72 ítems, con confiabilidad interna y validez de constructo adecuadas.

- Fase tres: Validación del instrumento. Los investigadores de cada país aplicaron el instrumento a 300 personas con VIH, dando un total de 1,477 participantes. Se hizo un análisis factorial para cada país y se compararon los resultados entre sí. Para evaluar la validez de concurrente, el instrumento en cuestión fue comparado con dos escalas: la *Lista de Verificación de Signos y Síntomas revisada para Personas con Enfermedad por VIH (SSC-HIVrev)*; y dos dimensiones ('Satisfacción con la vida' y 'Funcionamiento global') del *Instrumento de Calidad de Vida Enfocado en VIH/SIDA (HAT-QoL)*.

Posterior al análisis factorial quedó un instrumento de 33 ítems. La revisión de los factores en cada país, llevó a la conclusión de que seis factores eran los más consistentes e interpretables, teniendo una carga factorial muy similar en cada uno de ellos. Los factores obtenidos fueron: abuso verbal (8 ítems, $\alpha=0.906$), autopercepción negativa (5 ítems, $\alpha=0.906$), negligencia en instituciones de salud (7 ítems, $\alpha=0.832$), aislamiento social (5 ítems, $\alpha=0.890$), miedo al contagio (6 ítems, $\alpha=0.795$), y estigma en el lugar de trabajo (2 ítems, $\alpha=0.758$). El instrumento se califica sumando los puntajes de cada ítem (0-3), dividiendo el resultado entre el número de ítems de cada factor. A mayor puntaje se puede interpretar que hay mayor percepción del estigma. Los mayores puntajes finales de cada factor fueron para: autopercepción negativa (0.95), abuso verbal (0.65) y aislamiento social (0.64); con puntajes más bajos para: miedo al contagio (0.27), estigma en el lugar de trabajo (0.19) y negligencia en instituciones de salud (0.15).

Al momento de hacer la correlación con la SSC-HIVrev; y las dos dimensiones propuestas del HAT-QoL, se encontró una correlación positiva con el primero de 0.158 (rango= 0.09-0.25); y otra para la segunda escala, en 'Satisfacción con la vida' una correlación de -0.195 (rango= -0.23 a -0.17), y para 'Funcionamiento global' de -0.148 (rango= -0.23 a -0.10).

Este instrumento se ha usado en otras investigaciones que relacionan el estigma (incluyendo autoestigma) y sus factores asociados o predictores. Se ha encontrado que los puntajes más altos se encuentran en la sección de 'Abuso verbal' y 'Autopercepción negativa',

especialmente en mujeres, en sujetos con mucho tiempo bajo tratamiento antirretroviral y mayores de 30 años (Nattabi, Li, Thompson, Orach, & Earnest, 2011). Por otro lado, también se ha encontrado que las personas con mayor nivel educativo tendían a reportar más autoestigma, según la sección de ‘Autopercepción negativa’ del instrumento (Sorsdahl, Mall, Stein, & Joska, 2011).

Adaptación, uso y validación para esta investigación del HASI-P

Al hacer el análisis clinimétrico de esta escala nos llevó a concluir que es un instrumento sensato, consistente y válido para medir el fenómeno del estigma, incluyendo el factor del autoestigma, a través de su sección de “Autopercepción negativa”, como uno de los componentes poco medidos en otras investigaciones del mismo tema. Dado que la variable independiente principal de este estudio fue medir el autoestigma, decidimos usar este instrumento para medir el fenómeno en la población objetivo. A continuación se detallan los pasos que se siguieron para adaptar y validar el instrumento en los HSH con VIH de la CEC:

1. Se hizo la traducción y retrotraducción del instrumento original, obteniéndose la primera versión del instrumento en español mexicano (HASI-P, V1), posterior a hacer modificaciones de sintaxis y redacción.
2. Se aplicó la *HASI-P, VI* a 15 pacientes de la CEC, pidiéndoles su opinión acerca de la comprensión del instrumento, tanto de las instrucciones como de los ítems. Se obtuvieron observaciones de los participantes en la comprensión de la pregunta 1 y 3. También comentaron que en las preguntas de la primera sección (ítems 1-21), se requería que los demás supieran (o sospecharan) sobre su diagnóstico de VIH para poder responder si habían sido discriminados en algún momento. Con la intención de tener un acercamiento más preciso al fenómeno de estigma, se decidió agregar a las instrucciones de esta sección que las respuestas se marcaran en función de la gente que sabe de su diagnóstico. También se decidió agregar a las instrucciones de la sección de “Negligencia en instituciones de salud” (ítems 22-28), se marcara si se habían sufrido de discriminación en alguna institución de salud, distinta a la CEC, ya que esta última es una clínica de atención especializada en

personas con VIH desde el año 2000, por lo que este tipo de situaciones serían menos frecuentes. Posterior a todas estas modificaciones, se obtuvo la versión dos (HASI-P, V2) del instrumento.

3. El análisis de confiabilidad interna de la *HASI-P, V2*, obtenida del piloto, arrojó un alpha de Cronbach= 0.92 para todo el instrumento y para la sección de interés que midió el autoestigma (“Autopercepción negativa”), el alpha fue de 0.77. La versión final del instrumento se muestra en el Anexo 2.

2

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional - Versión en español (Ferrando et al, 1999)

La *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional* (MINI, por su siglas en inglés), es una entrevista estructurada ampliamente utilizada en el ámbito de la salud mental, y que ha sido validada y probada en diversas investigaciones (Sheehan et al., 1998). Es una entrevista de corta duración creada por psiquiatras de Estados Unidos y Europa en 1998, para tener un instrumento de fácil aplicación diagnóstica, uso, recolección y reporte de los diferentes trastornos mentales, tanto en el ámbito clínico como en el epidemiológico; con el objetivo de tener una menor variabilidad de diagnósticos a lo largo de todo el mundo. Su contenido es compatible tanto con los criterios diagnósticos de la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, décima revisión (CIE-10) (OMS, 1992), como con los del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, en su cuarta edición (DSM-IV, por sus siglas en inglés) (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994). Incluye 19 trastornos mentales: 17 trastornos del eje I, un módulo de conducta suicida y uno para el trastorno antisocial de la personalidad.

Al tiempo del proceso de validación de la entrevista, se tradujo en 30 idiomas diferentes, cuidando su adaptación fenomenológica de cada trastorno mental, según la región o el país. Para fines de esta investigación se usó la versión en español (validada en el mismo año de la validación inglesa), pero solamente se usaron los módulos de abuso de etanol y sustancias ilícitas, y dependencia a etanol y sustancias ilícitas (Ferrando, Bobes, Gibert, Soto, & Soto, 1999). Se decidió sólo usar estos módulos, ya que era importante medir estos trastornos en los participantes, dado que podían ser variables confusoras en la relación de autoestigma y sexo no

seguro. Estos módulos se agregaron al final la “Encuesta de vigilancia de comportamiento para hombres que tienen sexo con otros hombres (FLACSO-CENSIDA-FHI, 2006)” para continuar con la aplicación por el entrevistador (Anexo 1).

Escala de Impulsividad Estado (EIE) (Iribarren et al., 2011)

La EIE se diseñó en base a tres modelos experimentales: Gratificación, automatismo y atencional, con la finalidad de evaluar la impulsividad estado de los individuos con una perspectiva no de rasgo sino de estado, ya que éste último es variable a lo largo del tiempo, según ciertas condiciones ambientales o biológicas (Tirapu-Ustárrroz, 2012). Se hicieron los análisis pertinentes de confiabilidad y validez en sujetos españoles con trastornos impulsivos, trastornos psiquiátricos no impulsivos y controles, encontrando una confiabilidad de alpha de Cronbach= 0.88 (Iribarren, Jiménez-Giménez, García-de Cecilia, & Rubio-Valladolid, 2011).

Se decidió usar esta escala para nuestra investigación, ya que la impulsividad estado es un factor fuertemente asociado con las conductas de SNS en los HSH con VIH, como se explicó en el apartado previo de prácticas sexuales de riesgo. Después del estudio piloto de esta investigación, se encontró una confiabilidad de alpha de Cronbach de 0.92 en nuestra muestra de HSH con VIH de la CEC, por lo que se decidió que era adecuada para el protocolo. Esta escala se agregó al final del HASI-P, V2 (Anexo2)

Procedimiento de recolección de la muestra

Toda la recolección y evaluación de los participantes fue hecha por el investigador principal y dos pasantes de psicología de la CEC, previamente capacitados por el mismo investigador. El periodo de recolección de la muestra fue de septiembre a noviembre del 2012. A través del expediente clínico, se identificó a los pacientes que acudían a cualquier consultorio médico dentro de la CEC y que cumplían con los criterios de inclusión. Se les invitaba a participar en la investigación y se procedía de la siguiente manera:

1. Antes de entrar a su consulta con el médico, se invitó al usuario a participar, explicándole brevemente de qué se trataba. Una vez que aceptaba participar, se pasaba al consultorio del investigador principal para la entrega, lectura y firma del consentimiento informado.

2. Posterior a la firma del consentimiento informado, se aplicó la *Encuesta de vigilancia de comportamiento para hombres que tienen sexo con otros hombres (FLACSO-CENSIDA-FHI, 2006)*, y la *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional - Versión en español (Ferrando et al, 1999)*.
3. Una vez terminada la encuesta previa, se le entregó al paciente el HASI-P, V2 (Holzemer et al., 2007) y la EIE (Iribarren et al., 2011) para que las contestara, indicándole que si alguna pregunta era confusa la aclara con el entrevistador para obtener una mejor respuesta.

Todo el procedimiento, desde la invitación del usuario a participar hasta que terminaba de contestar las escalas, se llevó en promedio 20 minutos.

Consideraciones éticas

La ciencia es un proceso creado por el ser humano para tratar de explicar fenómenos de la naturaleza, a través de un método (científico) sistemático, ordenado y estructural, con la finalidad de llegar a conclusiones o teorías, lo más objetivas posibles, que ayuden a entender mejor el mundo que lo rodea. El método científico de elección para abordar un fenómeno puede ser cuantitativo o cualitativo, según los objetivos de la investigación que se plantea. Para fines de mi protocolo de estudio utilicé una metodología cuantitativa de exploración del autoestigma y las prácticas de SNS en los HSH con VIH. Mi intención no era generar conclusiones incuestionables o prejuiciosas acerca de estas prácticas en los HSH con VIH, como algo derivado de la *doxa*, sino generar conocimiento que dé paso a los argumentos que lo sustenten y permita la reflexión crítica sobre él mismo (*episteme*).

Dado que fue una investigación en humanos, eché mano de los principios de la Bioética, rama de la Ética, para generar un diálogo que me permitiera hacer frente a los dilemas que se presentaron durante todo el proceso de mi investigación (Lolas Stepke, Universidad de Chile, & Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) (Xile), 2006). De esta manera, busqué garantizar que a los participantes se les tratara con respeto y dignidad en todo momento. Para hacer un ejercicio bioético de la investigación más simplificado, me basé en los siete requisitos

éticos de Ezequiel Emanuel (2003) para una investigación clínica ética (valor, validez científica, selección equitativa del sujeto, proporción favorable del riesgo-beneficio, evaluación independiente, consentimiento informado y respeto por los sujetos inscritos) para explicar cada uno de los pasos que seguí durante la recolección, procesamiento y reporte de los resultados.

Esta investigación tuvo como uno de sus objetivos identificar el autoestigma en los HSH con VIH que determinaran de forma directa y/o indirecta sus prácticas de SNS, a sabiendas de que esta práctica deteriora su estado de salud al exponerlos a la adquisición de otras enfermedades. El valor social y científico de este objetivo, aunque parcial, puede dar pauta a la exploración más a fondo de este fenómeno, con las consecuentes intervenciones a futuro que puedan generarse para evitarlo. La forma de medición, cálculo y análisis de las dos variables en cuestión, fueron revisadas y corregidas constantemente por mi tutora y el comité de evaluación semestral, con la finalidad de conservar un método científico claro y adecuado, que se tradujera en la validez científica de toda investigación ética, así como el cumplimiento del principio de utilidad, según Stuart Mill, que tendrán los resultados obtenidos (Ezekiel, 2003).

La selección de sujetos se hizo de forma equitativa y en función de la interrogante de investigación, es decir, se invitó a los HSH con VIH que acudieron a la atención médica habitual dentro de la CEC. Los riesgos a los que se expuso a los sujetos fueron mínimos, ya que el abordaje de medición se hizo a través de un cuestionario y escalas autoaplicables, de forma confidencial y privada. En ningún momento las respuestas que proporcionaron los participantes en la encuesta y escalas se podrán relacionar con su identidad, ya que se identificaron con un folio exclusivo de la investigación, y sólo el investigador principal fue quien tuvo acceso a los resultados. Los beneficios que se obtuvieron de esta medición no fueron directos para el participante, sino que servirán de apoyo para la generación de conocimiento de la interacción del autoestigma y el SNS. Con este proceso se buscó cubrir la proporción adecuada de riesgo-beneficio de toda investigación, fundamentada en el principio de no-maleficencia y beneficencia, basado en el principialismo que dicta una de las escuelas de la Bioética (Lolas Stepke et al., 2006).

El Reglamento de la Ley General de Salud estipula los lineamientos éticos que deben seguirse en una investigación hecha en seres humanos. Incluso, el artículo 17 define los tipos de investigación, según el riesgo de la intervención. En el caso de mi protocolo de estudio, la categoría que le correspondió fue de riesgo mínimo, ya que contempló la aplicación de pruebas

psicológicas que no modificarán la conducta del participante (Estados Unidos Mexicanos, 1987).

La evaluación ética independiente de esta investigación se hizo a través del Comité de Ética en Investigación, del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, siguiendo todos procesos y observaciones que se dictaminaron. Cabe mencionar que los integrantes de este comité no tuvieron ninguna relación con la investigación. Para completar esta evaluación ética independiente ante el comité, se elaboró un consentimiento informado (CI) (Anexo 3) por escrito para los participantes, a pesar de tratarse de una investigación de bajo riesgo, ya que se trató de una población vulnerable por todas las implicaciones sociales que tiene el ser portador del VIH, entre otros aspectos. La estructura de su elaboración se basó en los requisitos que se estipulan en el Reglamento de la Ley General de Salud antes mencionado, abarcando esencialmente: la información necesaria, el entendimiento de la información, la capacidad para consentir del participante y su voluntariedad (Mondragón-Barrios, 2009). Se describió a detalle las razones, objetivos, métodos y forma de publicación de los resultados que se obtengan de la investigación. El dictamen y aprobación finales del Comité de Ética se obtuvo el 28 de mayo del 2012. Entendiendo que el ejercicio ético no terminaba con la aprobación del comité, a todos los participantes que aceptaron entrar a la investigación se les dio el CI para su lectura y firma, resolviéndoles todas las dudas que les surgían, además de proporcionarles una copia del mismo. Se les hizo énfasis en que podían retirar su consentimiento en cualquier momento de la investigación, aún cuando ya hubieran participado, y también se les explicó que la negativa o retiro de su participación no influiría de ninguna forma en su atención médica habitual dentro de la CEC. Igualmente, dentro de ese consentimiento informado escrito venían los datos del investigador principal para cualquier duda, o para los casos que desearan obtener un resumen de los resultados que se obtuviera al final de todo el proceso de la investigación.

El respeto a los participantes se mantuvo, garantizándoles que su identidad fue resguardada de una manera confidencial y privada, explicada previamente. Se vigiló el bienestar del sujeto en todo momento de la participación, aclarándole que si al momento de contestar las escalas se sentía incómodo, molesto o le generaba tristeza y/o ansiedad, se detendría su participación, y se le canalizaría con el personal de salud mental dentro de la CEC para su seguimiento y atención. Afortunadamente, no hubo ningún caso que requiriera de esta intervención.

Finalmente, mi compromiso de apego a los requisitos bioéticos que marca cualquier investigación científica en humanos estuvo siempre presente para cualquier situación que surgió y representó un dilema ético durante la investigación.

Plan de análisis de resultados

Se usó el programa estadístico Stata/SE 12.0 para determinar las frecuencias y porcentajes de las variables categóricas; y medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas. Se hicieron relaciones bivariadas con la variable dependiente, la independiente de interés y las de ajuste para hacer un análisis preliminar de su significancia. Posteriormente, se hizo un análisis de regresión logística múltiple para determinar la relación del autoestigma con las prácticas de SNS, ajustando por la impulsividad, el conocimiento sobre la transmisión del VIH y el consumo de etanol y sustancias ilícitas.

RESULTADOS

Características sociodemográficas y relacionadas con el VIH

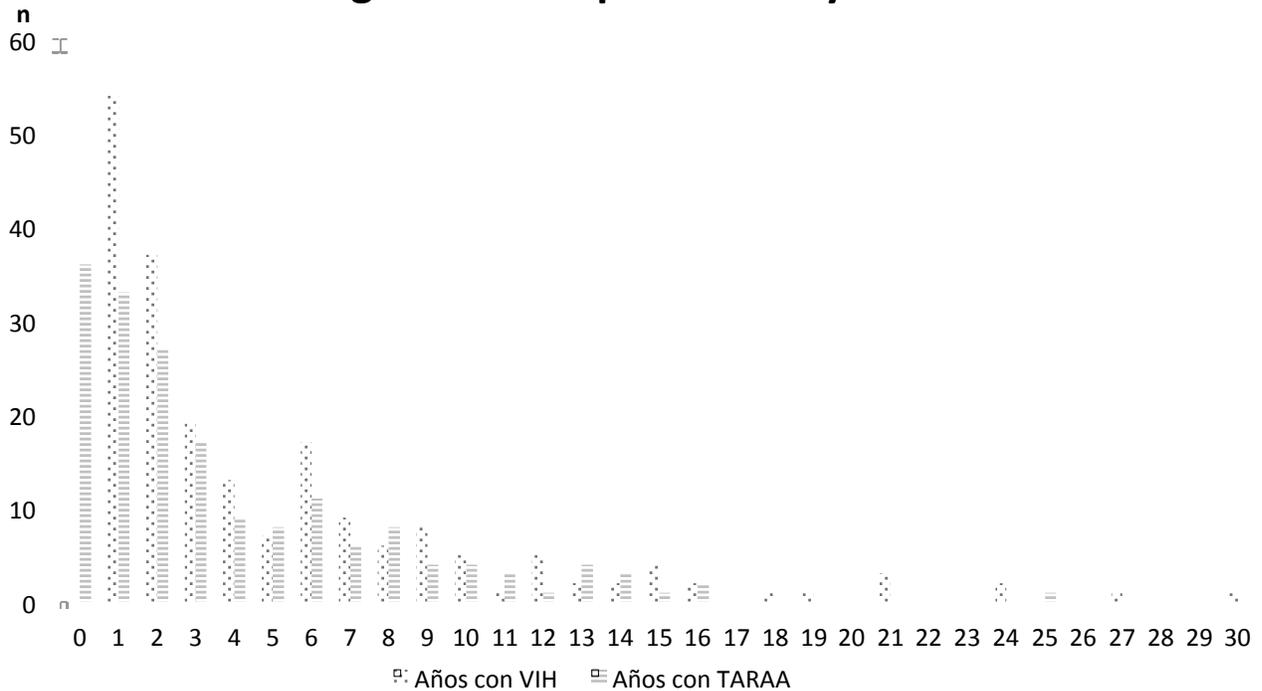
Se entrevistaron a 200 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado. La tasa de respuesta a la encuesta fue del 95%. La media de edad de los participantes fue de 33.8 años (D.E. 8.3) y de escolaridad fue de 13.0 años (D.E. 3.0), lo que equivale al primer año de licenciatura. Más de la mitad de la muestra nació en el Distrito Federal (66.0%), y el resto en los otros estados de la República Mexicana. La mayoría de los participantes vivían en las delegaciones Iztapalapa, Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo, Álvaro Obregón, Coyoacán, Gustavo A. Madero, Iztacalco y Venustiano Carranza (74.5%), el resto en las demás delegaciones del Distrito Federal. La mayoría de los participantes eran solteros (88.5%) y la ocupación que más reportaron fue la de ser empleados (47.0%) (Tabla 2).

Tabla 2.
Características sociodemográficas (n= 200)

	\bar{X}	D.E.
<i>Edad</i>	33.8	8.3
<i>Escolaridad</i>	13.0	3.0
<i>Lugar de residencia</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Iztapalapa	33	16.5
Cuauhtémoc	31	15.5
Álvaro Obregón	21	10.5
Miguel Hidalgo	18	9.0
Coyoacán	12	6.0
Gustavo A. Madero	12	6.0
Iztacalco	12	6.0
Venustiano Carranza	12	6.0
Otras delegaciones	49	24.5
<i>Estado civil</i>		
Soltero	177	88.5
Casado/Unión libre	23	11.5
<i>Ocupación</i>		
Empleado	94	47.0
Profesionista independiente	33	16.5
Comerciante	28	14.0
Desempleado	24	12.0
Estudiante	14	7.0
Otro	7	3.5

La media de tiempo con el diagnóstico de infección por el VIH fue de 5.2 años (D.E. 5.4), observándose un rango muy amplio de uno a 31 años. La gran mayoría ya estaba bajo TARAA (89.0%) y la media de tiempo bajo dicho tratamiento fue de 3.8 años (D.E. 4.2), también con un rango amplio de cero a 25 años (Figura 1). El Atripla® fue el esquema de TARAA más prescrito (52.0%), seguido de otras combinaciones de antirretrovirales.

Figura 1. Tiempo con VIH y TARA



Prácticas sexuales y sexo no seguro

La media de edad de inicio de vida sexual fue de 16.3 años (D.E. 3.3), y sólo el 25.0% de la muestra tenía circuncisión. El número de parejas sexuales en los 12 meses previos a la entrevista iba de una a 300 parejas sexuales, pero 56.0% de la muestra tuvo de una a cuatro parejas, y el resto tuvo cinco o más. Según el tipo de parejas, se observó que el 38.5% refirió que tenían parejas sexuales estables y no estables, el 28.5% sólo no estables, y el 25.0% sólo estables. El 8.0% restante reportó haber tenido como pareja sexual a un trabajador sexual, o a un cliente que le haya pagado por tener sexo.

El 93.0% reportó haber tenido prácticas de sexo oral en los 12 meses previos a la entrevista, de estos, la mayoría refirió que nunca usaba condón o lo usaba de forma irregular durante esta práctica (85.0%). Por otro lado, el 97.5% reportó haber tenido sexo anal (receptivo o insertivo) en el mismo periodo de tiempo, y el 33.9% nunca usaba el condón o lo hacía de forma inconsistente. Durante esta práctica sexual, el 17.9% refirió que usaba algún tipo de

producto como lubricante que no eran a base de agua (Ej. crema de manos, aceite de bebé, jabón líquido, etc.), poniendo en riesgo la calidad del condón (Tabla 3).

Para la definición operacional de participantes que tuvieron prácticas de SNS, se tomó en cuenta la presencia de por lo menos una de las conductas que tienen mayor riesgo de transmisión sexual del VIH, como: uso irregular del condón durante el sexo anal, uso de algún producto como lubricante durante el sexo anal que no fuera a base de agua y/o recepción oral de la eyaculación sin condón. De esta forma, se observó que el 52.5% de la muestra tuvo prácticas de SNS.

Tabla 3.
Prácticas de sexo no seguro en los últimos 12 meses

	Uso irregular del condón en sexo anal (n= 195)		Uso de lubricante no acuoso (n= 195)		Recepción oral de la eyaculación sin condón (n= 186)		Sexo no seguro (n= 200)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sí	66	33.9	35	17.9	40	21.5	105	52.5
No	129	66.1	160	82.1	146	78.5	95	47.5

Características del autoestigma, impulsividad estado, consumo de etanol, sustancias ilícitas y conocimiento acerca del VIH

En la Tabla 4, se observa que los puntajes medios de cada pregunta en la sección de autoestigma del HASI-P, V2 (Holzemer et al., 2007) fueron bajos, tomando en cuenta que el máximo en cada ítem puede ser de tres puntos. Debido a esto, la media total del autoestigma fue de 1.9 puntos (D.E. 2.5, rango: 0-12) (variable independiente).

Tabla 4.
Puntaje de autoestigma en HASI-P, V2 (Holzemer et al., 2007)

<i>Pregunta</i>	\bar{X}	<i>D.E.</i>
<i>Sentí que no merecía vivir</i>	0.42	0.73
<i>Sentí vergüenza de tener esta enfermedad</i>	0.61	0.79
<i>Me sentí totalmente inútil</i>	0.29	0.61
<i>Sentí que le traigo muchos problemas a mi familia</i>	0.46	0.83
<i>Sentí que ya no soy un ser humano</i>	0.13	0.44

La media de impulsividad estado, según la EIE (Iribarren et al., 2011), fue de 13.2 puntos (D.E. 10.1, rango: 0-54). El consumo de etanol y otras sustancias ilícitas, según la MINI (Ferrando et al, 1999), se encontró en el 45.5% y 45.0% de la muestra, respectivamente. En el grupo de consumo de etanol, el 54.5% no consumía, 45.0% sólo lo usaba de forma esporádica, 26.4% tenía un patrón de abuso y 28.6% de dependencia. Respecto a las sustancias ilícitas, el 55.0% no consumía ninguna sustancia, 57.8% usaba de forma esporádica alguna sustancia, el 21.1% tenía un patrón de abuso y el 21.1% de dependencia (Tabla 5). Por último, se observó que el conocimiento acerca de la transmisión del VIH lo poseían el 92.5% de los participantes, según la sección correspondiente de la *Encuesta de vigilancia de comportamiento para hombres que tienen sexo con otros hombres* (FLACSO-CENSIDA-FHI, 2006). El 7.5% contestó de forma negativa a la pregunta de si una persona que se ve sana puede tener VIH.

Tabla 5.
Tipos y patrón de consumo de etanol y sustancias ilícitas (n= 200)

	<i>n</i>	%
Consumo de etanol		
Sin consumo	109	54.5
Uso	41	20.5
Abuso	24	12.0
Dependencia	26	13.0
Consumo de sustancias ilícitas		
Sin consumo	110	55.0
Uso	52	26.0
Abuso	19	9.5
Dependencia	19	9.5
Sustancias ilícitas más consumidas (n= 90)		
Cannabis	33	36.7
<i>Poppers</i>	33	36.7
Cocaína	12	13.3
Benzodiazepinas	4	4.4
Otras	8	8.9

Relación del sexo no seguro, el autoestigma y variables de ajuste

Antes de crear el modelo de regresión, se hicieron comparaciones del autoestigma y las demás variables de ajuste, entre el grupo de participantes con SNS y sexo seguro. Se usó la prueba *t* para las variables continuas (autoestigma e impulsividad estado) y la χ^2 para las categóricas (conocimiento de VIH, consumo de etanol y sustancias ilícitas). Se observó que la media del autoestigma entre los dos grupos no tenían una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.53$). Sin embargo, la media de impulsividad entre estos dos grupos fue significativamente mayor en el grupo de SNS ($p= <0.01$). El conocimiento acerca de la transmisión del VIH ($p=0.95$), del consumo de etanol ($p=0.45$) y de sustancias ilícitas ($p=0.08$) no tuvieron diferencias significativas entre los dos grupos (Tabla 6).

Tabla 6.
Relación entre el sexo no seguro y sus variables predictoras

	SNS (<i>n</i> = 105)	Sexo seguro (<i>n</i> = 95)	<i>p</i>
	\bar{X} (D.E.)	\bar{X} (D.E.)	
Autoestigma	1.80 (2.29)	2.02 (2.73)	0.53
Impulsividad estado	15.21 (10.49)	10.93 (9.07)	<0.01
	%	%	
Conocimiento de transmisión del VIH	92.4	92.6	0.95
Consumo de etanol			
<i>Sin consumo</i>	28.0	26.5	0.45
<i>Uso</i>	9.5	11.0	
<i>Abuso</i>	8.0	4.0	
<i>Dependencia</i>	7.0	6.0	
Consumo de sustancias ilícitas			
<i>Sin consumo</i>	25.0	30.0	0.08
<i>Uso</i>	17.0	9.0	
<i>Abuso</i>	4.5	5.0	
<i>Dependencia</i>	6.0	3.5	

SNS: Sexo no seguro

El modelo de regresión logística múltiple que se usó para evaluar el poder predictivo del autoestigma y las demás variables de ajuste sobre el SNS, demostró que tenía una significancia estadística ($\chi^2=21.43$; $p=0.01$) (Tabla 7). Respecto a la hipótesis de que el autoestigma sería

un factor predictor para las prácticas de SNS, independientemente de las demás variables de ajuste, no se pudo comprobar (OR= 0.90, $p= 0.23$). Sin embargo, dos de las variables de ajuste sí fueron predictoras del SNS: la impulsividad estado (OR= 1.06, $p= <0.01$) y el uso de alguna sustancia (OR= 2.28, $p= 0.02$).

Tabla 7.

Regresión logística múltiple de predictores de sexo no seguro en HSH con VIH

Variable	OR	<i>p</i>	I.C. 95%
Autoestigma	0.90	0.12	0.80 – 1.03
Impulsividad estado	1.06	<0.01	1.02 – 1.11
Conocimiento de transmisión del VIH	0.88	0.82	0.29 – 2.71
Consumo de etanol			
<i>Uso</i>	0.86	0.69	0.40 – 1.84
<i>Abuso</i>	1.91	0.20	0.71 – 5.14
<i>Dependencia</i>	0.83	0.71	0.31 – 2.20
Consumo de sustancias ilícitas			
<i>Uso</i>	2.28	0.02	1.12 – 4.65
<i>Abuso</i>	0.77	0.62	0.26 – 2.22
<i>Dependencia</i>	1.16	0.81	0.36 – 3.69
<i>Constante</i>	0.55	0.33	0.16 – 1.85

Chi²(9)= 21.43, $p= 0.01$, R²= 0.07

DISCUSIÓN

La infección por el VIH es una enfermedad incurable que afecta a 34 millones de personas en todo el mundo y que ha representado la defunción de 30 millones desde el inicio de la epidemia en 1981 (ONUSIDA, 2011b). Casi el 80% de los nuevos casos se deben a las relaciones sexuales no protegidas (ONUSIDA & OMS, 2009). En los HSH portadores del virus, se ha estimado que en promedio el 43% sostienen relaciones de SNS (Crepaz et al., 2009). El mantener este tipo de prácticas incrementa el riesgo de crear resistencias a los tratamientos antirretrovirales, de desarrollar sida, de aumentar la carga viral y/o de transmitir el virus a otros sujetos no infectados, entre otras complicaciones.

Diversos factores son los que se han asociado al SNS en los HSH con VIH, entre ellos el autoestigma (Crepaz & Marks, 2002), entendiéndose como la autoimposición de diferencia en relación a los no infectados, incluyendo sentimientos de culpa, miedo, rechazo, lástima, castigo y desprecio hacia sí mismo (Health and Development Networks, 2004). Sin embargo, pocos

estudios han buscado si el autoestigma en HSH con VIH puede predecir prácticas de SNS, aún en presencia de otros factores.

En este estudio se obtuvo una muestra de 200 HSH con VIH, un número superior al calculado al inicio del estudio, con la intención de disminuir el sesgo del tamaño de muestra. La media de edad de la muestra de 33.8 años (D.E. 8.3), coincide con el rango de edad de 30-34 años, en el que es más prevalente el VIH a nivel nacional (CENSIDA, 2011). Los años de escolaridad (13.0, D.E. 3.0) y el tipo de estado civil (soltero) fueron similares a los reportados en una encuesta hecha también a HSH mexicanos con VIH (Gayet et al., 2007).

La prevalencia de prácticas de SNS (52.5%) en el total de la muestra fue superior a la reportada en otros estudios (Crepaz et al., 2009); y la media de autoestigma (1.9 puntos, D.E. 2.5) también fue superior a la encontrada en un estudio africano que usó la misma escala en hombres y mujeres heterosexuales con VIH (Sorsdahl et al., 2011). Sin embargo, tanto en nuestro estudio como en los otros, el puntaje de autoestigma es relativamente bajo si lo comparamos con el máximo que se puede obtener en el HASI-P (20 puntos). Esto pudo deberse a que más de la mitad de los participantes de nuestro estudio (>56.0%) reportaron que nunca habían experimentado alguna de las situaciones relacionadas con el autoestigma. Hasta donde tenemos conocimiento, nuestro estudio es el primero en México que usa el HASI-P para medir el autoestigma, por lo que los resultados obtenidos aquí no se pudieron comparar con otras poblaciones mexicanas con VIH.

La hipótesis principal de este estudio fue poner a prueba si el autoestigma se asociaba con el SNS de HSH con VIH, tomando como variables de ajuste la impulsividad estado, el conocimiento acerca de la transmisión del VIH, y el consumo de alcohol u otras sustancias ilícitas. Posterior al análisis del modelo de regresión logística múltiple, a pesar de ser un modelo significativo ($\text{Chi}^2(9) = 21.43, p = 0.01$), se observó que el autoestigma no era un predictor de las prácticas de SNS ($\text{OR} = 0.90, p = 0.23$). La relación del autoestigma y el SNS ha tenido resultados contradictorios en otras investigaciones, mientras que en unas se observa que sí hay asociación, sobre todo con el sexo anal (receptivo/insertivo) (Hatzenbuehler et al., 2011); en otras no ha sido encontrada dicha relación probablemente porque las respuestas de los participantes sobre su autoestigma están influidas por un factor de deseabilidad social (Heckman, Kelly, & Somlai, 1998). En nuestro estudio, el resultado encontrado pudo deberse a varios factores: 1) el autoestigma fue medido con una escala hecha para población africana, que

aunque adaptamos y validamos para nuestro estudio, las preguntas del instrumento pudieron haber medido de forma imprecisa el nivel del autoestigma de los participantes, reflejándose en la pérdida de relación con sus conductas de SNS; 2) el puntaje bajo de autoestigma también pudo haber afectado la relación con el SNS. Esto probablemente debido a que las respuestas de los participantes fueron dadas bajo un precepto de deseabilidad social, es decir, se puede estar minimizando la verdadera experiencia del autoestigma asociado al VIH, como resultado de un proceso de negación de la enfermedad; y 3) a más años de saberse portador del VIH, existe menos nivel de autoestigma (Simbayi et al., 2007). En nuestra muestra, la media de años de diagnóstico con VIH fue relativamente alta (5.2, D.E. 5.4), por lo que era de esperarse que su puntaje de autoestigma fuera bajo, dando como resultado poco poder predictivo para el SNS.

Por otro lado, la variable de ajuste impulsividad estado, fue una característica de los participantes que sí predijo las conductas de SNS (OR= 1.06, $p < 0.01$), independientemente de los otros factores, incluyendo el autoestigma. En nuestro estudio se usó una escala que midiera la impulsividad estado, observándose una media de 13.2 puntos (D.E. 10.1), según la EIE, muy cercana a la media reportada en sujetos controles de otras investigaciones (Iribarren et al., 2011). La relación entre el SNS y la impulsividad ha sido poco estudiada, pero reportes previos describen que es la impulsividad estado, tanto en HSH como en mujeres con VIH, un factor asociado a las prácticas de SNS (Semple, Patterson, & Grant, 2000) (Brook et al., 1998). Se ha propuesto que su relación se deba probablemente a la poca o nula consideración de las consecuencias a decisiones precipitadas en un momento específico, resultando en el uso irregular del condón durante el coito anal/vaginal (Semple et al., 2000) (McCoul & Haslam, 2001). La puntuación puede considerarse baja en esta muestra, pero este hallazgo podría sugerir que aún con niveles bajos de impulsividad estado en HSH con VIH, podría existir una fuerte predicción de sus conductas de SNS.

La segunda variable de ajuste que predijo hasta dos veces más la probabilidad de tener prácticas de SNS en los participantes, fue el uso de alguna sustancia ilícita (OR= 2.28, $p = 0.02$). Este patrón de consumo de sustancias ilícitas fue encontrado en el 26.0% de la muestra, siendo cannabis (36.7%) y *poppers* (36.7%), las que se reportaron como principales. Estas dos sustancias ilícitas son también las que se han reportado como consumos principales en otras poblaciones mexicanas de HSH con una alta prevalencia de conductas de SNS, aunque no tuvieran el diagnóstico de infección por el VIH (Barron-Limon et al., 2012). En otras

investigaciones internacionales, también se ha observado que el consumo de cannabis o *poppers* en HSH con VIH tenían la misma probabilidad de tener prácticas de SNS, que el encontrado en nuestro estudio (Hasse et al., 2010).

Varios mecanismos se han propuesto para explicar cómo es que el uso de alguna sustancia ilícita se relaciona con el SNS (Meade & Weiss, 2007); entre los cuales destacan que el uso de alguna sustancia durante las relaciones sexuales tiene como fin incrementar el desempeño o placer sexual, por lo que se prescinde de las medidas apropiadas para tener relaciones sexuales seguras, buscando no disminuir esta satisfacción sexual. También se ha observado el efecto deletéreo que algunas sustancias ilícitas provocan en regiones cerebrales, encargadas de controlar el impulso o la capacidad de juicio, dando como resultado poca atención en las prácticas no seguras que transmitan alguna infección sexual, incluyendo el VIH (Meade & Weiss, 2007). El que nuestra población use con mayor frecuencia cannabis y *poppers*, puede ser secundario a la gran disponibilidad, bajo costo y búsqueda de un aparente efecto potenciador de estas sustancias sobre el placer sexual (Mullens, Young, Dunne, & Norton, 2010) (Semple, Strathdee, Zians, & Patterson, 2009).

Finalmente, las dos variables de ajuste que no predijeron el SNS en nuestro estudio fueron el consumo de etanol y el conocimiento de transmisión del VIH. A pesar de también ser una sustancia susceptible de consumo perjudicial, pudimos observar que ninguno de los patrones de consumo de etanol fue predictor de las prácticas de SNS ($p > 0.20$), lo que coincide con otros autores (Shuper et al., 2010) que han reportado la asociación entre el consumo de etanol y el SNS, pero no su conexión causal, tal como lo encontramos en nuestro estudio. El consumo perjudicial de etanol sí se ha asociado con el SNS en poblaciones con VIH, pero sólo en mujeres y hombres heterosexuales, y no en HSH (Hasse et al., 2010). Igualmente, el conocimiento adecuado de transmisión del VIH fue encontrado en el 92.4% de los participantes, teniendo poca variabilidad, por lo que hizo menos probable que se encontrara un efecto en las prácticas de SNS ($p = 0.88$). Esto es congruente con lo reportado en la literatura, en donde se ha visto que los HSH que poseen poca información sobre la transmisión del VIH tienen más prácticas de SNS (Crepaz & Marks, 2002).

LIMITACIONES

Algunas limitaciones deben considerarse de este estudio, entre ellas, que la muestra no fue recolectada de forma aleatoria, siendo una muestra no probabilística, sino por conveniencia; lo que aumenta la probabilidad de tener un sesgo de selección. Esto disminuye la posibilidad de hacer una generalización de los datos a otras poblaciones de HSH con VIH. Sin embargo, debemos señalar que sí hubo características que compartían con otros estudios hechos en México, como la media de edad que coincide con el rango de edad con la mayor prevalencia de VIH a nivel nacional, entre otros aspectos ya discutidos previamente. Otra limitación se deriva de que la muestra se obtuvo de una clínica multidisciplinaria de atención exclusiva a pacientes con VIH, urbana y concentrada, por lo que los resultados aquí encontrados no podrían generalizarse a todos a los HSH con VIH que viven en otros lugares de México y que tienen otras condiciones de atención clínica, demográficas y sociales. Igualmente, si bien se adaptó y validó el instrumento del autoestigma de otro país para nuestra población de estudio, ésta fue la primera adaptación hecha en México, por lo que no se conocen con claridad las propiedades psicométricas de la escala, representando un factor que no refleje la realidad del fenómeno en los HSH con VIH mexicanos.

Finalmente, solo se incluyeron los factores mayormente asociados al complejo fenómeno de las conductas de SNS en los HSH con VIH, y no otros aspectos como la presencia de trastornos psiquiátricos, el apoyo social o la percepción de riesgo, que también pueden influir en mantener este tipo de prácticas sexuales (Crepaz & Marks, 2002).

CONCLUSIONES

A pesar de que no se logró comprobar la relación entre el autoestigma y el SNS en esta muestra de HSH con VIH, sí encontramos otros factores predictores de este tipo de prácticas, como la impulsividad estado, que pone de manifiesto la contribución de este fenómeno en el desarrollo de relaciones sexuales poco seguras y riesgosas, a través de un mecanismo de toma de decisiones súbitas, con poca planeación y sin considerar las consecuencias. Asimismo, el consumo de cannabis y *poppers* en esta población sigue siendo un problema de salud pública, que no sólo se relaciona con un mayor riesgo de deterioro de la enfermedad, sino también de

contribución a las prácticas de SNS, generando así un elemento aditivo a este deterioro. Aparentemente el autoestigma no tiene relación con el SNS, aunque en otras investigaciones sí han sido reportados hallazgos positivos, por lo que se debe tomar con cautela lo encontrado aquí, dadas las características relacionadas con la infección por el VIH de nuestra muestra. Finalmente, las prácticas de SNS siguen siendo muy prevalentes en los HSH con VIH, componiéndose de factores muy diversos y multifactoriales, lo que contribuye a continuar la propagación del virus en este mismo grupo y otros vulnerables que no estén infectados.

IMPLICACIONES

El autoestigma sí es un factor asociado al SNS que ha sido reportado en otras poblaciones y estudios, por lo que debe continuar investigándose más sobre el fenómeno en nuestro país, especialmente con instrumentos culturalmente adaptados y validados en la población mexicana. Hasta donde sabemos, este estudio es de los pocos que encontró una la relación entre la impulsividad estado y el SNS en HSH con VIH, lo que abre la posibilidad a continuar investigando sobre esta relación y/o causalidad, con el objetivo de medir más detalladamente el fenómeno de la impulsividad, buscando si se trata de un estado en el individuo que sólo se manifiesta en la toma de decisiones durante las relaciones sexuales o en otros ámbitos relacionados con las conductas de autocuidado asociadas al VIH.

La combinación de alguna sustancia ilícita durante las relaciones sexuales, como ya hemos mencionado, disminuye la capacidad de decisión asertiva acerca de las prácticas sexuales seguras, por lo que este estudio reafirma la necesidad de investigar más a fondo los mecanismos, motivaciones o factores asociados a la búsqueda del placer o desempeño sexual maximizado entre los HSH, a través del uso de sustancias ilícitas.

Los HSH con VIH tienen derecho a seguir disfrutando de una vida sexual activa, por lo que deberían ser parte del seguimiento y tratamiento integral, el abordaje y manejo continuos de todas las circunstancias asociadas a las prácticas de SNS, especialmente aquellos pacientes que denoten conductas impulsivas, ya sea de estado o rasgo, y que se traduzcan en mayores prácticas de SNS, teniendo como consecuencia mayores complicaciones de la infección y de transmisión de la misma. Una vez identificados los sujetos impulsivos, se podrían crear grupos de intervención que ayuden a autoregular estas conductas, a través del mejoramiento de sus

mecanismos de afrontamiento y de toma de decisiones, especialmente en el momento de sostener relaciones sexuales. Igualmente, debe ser un punto importante incluir la evaluación, atención y tratamiento continuos del uso de sustancias dentro del abordaje terapéutico, tanto del alcohol como de las sustancias ilícitas, con la intención de reducir el impacto en el deterioro de su salud y de las prácticas riesgosas en general.

Finalmente, cabe destacar que hasta ahora, dentro de todos los lugares de atención a las personas con VIH en nuestro país, la Clínica Especializada Condesa es el único lugar que integra la atención de la salud mental a todo el modelo de tratamiento. Siendo el lugar con mayor número de pacientes concentrados en toda Latinoamérica, la Clínica Especializada Condesa podría ser un lugar que sirva de modelo para las demás instituciones gubernamentales dedicadas a la atención de esta población, y de esta manera se pueda integrar a las normas, guías o lineamientos la atención a la salud mental de forma obligatoria a todas las personas con VIH, buscando contribuir con el control de la epidemia en todo México.

REFERENCIAS

- Asociación Psiquiátrica Americana. (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV). Washington, D.C.: Asociación Psiquiátrica Americana.
- Barron-Limon, S., Semple, S. J., Strathdee, S. A., Lozada, R., Vargas-Ojeda, A., & Patterson, T. L. (2012). Correlates of unprotected anal sex among men who have sex with men in Tijuana, Mexico. [Comparative Study Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BMC Public Health*, 12, 433. doi: 10.1186/1471-2458-12-433
- Benazzi, F. (2007). Impulsivity in bipolar-II disorder: trait, state, or both? *Eur Psychiatry*, 22(7), 472-478. doi: 10.1016/j.eurpsy.2007.03.008
- Berg, C. J., Michelson, S. E., & Safren, S. A. (2007). Behavioral aspects of HIV care: adherence, depression, substance use, and HIV-transmission behaviors. *Infect Dis Clin North Am*, 21(1), 181-200, x. doi: S0891-5520(07)00007-4 [pii] 10.1016/j.idc.2007.01.005
- Beyrer, C., Sullivan, P. S., Sanchez, J., Dowdy, D., Altman, D., Trapence, G., . . . Mayer, K. H. (2012). A call to action for comprehensive HIV services for men who have sex with men. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Lancet*, 380(9839), 424-438. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61022-8
- Bouhnik, A. D., Preau, M., Lert, F., Peretti-Watel, P., Schiltz, M. A., Obadia, Y., & Spire, B. (2007). Unsafe sex in regular partnerships among heterosexual persons living with HIV: evidence from a large representative sample of individuals attending outpatients services in France (ANRS-EN12-VESPA Study). [Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *AIDS*, 21 Suppl 1, S57-62. doi: 10.1097/01.aids.0000255086.54599.23
- Brook, D. W., Brook, J. S., Whiteman, M., Win, P. T., Masci, J. R., Roberto, J., . . . Amundsen, F. (1998). Psychosocial risk and protective factors for condom use among female injection drug users. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Am J Addict*, 7(2), 115-127.
- Brooks, R. A., Newman, P. A., Duan, N., & Ortiz, D. J. (2007). HIV vaccine trial preparedness among Spanish-speaking Latinos in the US. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *AIDS Care*, 19(1), 52-58. doi: 10.1080/09540120600872711
- Brown, L. K., Danovsky, M. B., Lourie, K. J., DiClemente, R. J., & Ponton, L. E. (1997). Adolescents with psychiatric disorders and the risk of HIV. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(11), 1609-1617. doi: 10.1016/S0890-8567(09)66573-4
- Camoni, L., Dal Conte, I., Regine, V., Colucci, A., Chiriotto, M., Vullo, V., . . . Suligo, B. (2011). Sexual behaviour reported by a sample of Italian MSM before and after HIV diagnosis. [Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Ann Ist Super Sanita*, 47(2), 214-219. doi: 10.4415/ANN_11_02_14
- Castro, A., & Farmer, P. (2005). Understanding and addressing AIDS-related stigma: from anthropological theory to clinical practice in Haiti. *Am J Public Health*, 95(1), 53-59. doi: 95/1/53 [pii] 10.2105/AJPH.2003.028563
- CENSIDA. (2010). El VIH/SIDA en México 2010 (pp. 1-61). México, D.F.: Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.
- CENSIDA. (2011). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA: Actualización al 30 de Junio de 2011 (pp. 1-17). México, D.F.: Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.
- Checkley, G. E., Thompson, S. C., Crofts, N., Mijch, A. M., & Judd, F. K. (1996). HIV in the mentally ill. [Review]. *Aust N Z J Psychiatry*, 30(2), 184-194.
- Chen, J., Choe, M. K., Chen, S., & Zhang, S. (2005). Community environment and HIV/AIDS-related stigma in China. *AIDS Educ Prev*, 17(1), 1-11. doi: 10.1521/aeap.17.1.1.58689
- Chesney, M. (1999). The challenge of adherence. *BETA*, 12(1), 10-13.
- CONAPRED. (2011). *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010: Resultados generales*. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Condesa, Clínica Especializada. (2011). Clínica Especializada Condesa, from <http://condesadf.mx/>

- Crepaz, N., Lyles, C. M., Wolitski, R. J., Passin, W. F., Rama, S. M., Herbst, J. H., . . . Stall, R. (2006). Do prevention interventions reduce HIV risk behaviours among people living with HIV? A meta-analytic review of controlled trials. [Editorial Meta-Analysis Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review]. *AIDS*, *20*(2), 143-157. doi: 10.1097/01.aids.0000196166.48518.a0
- Crepaz, N., & Marks, G. (2002). Towards an understanding of sexual risk behavior in people living with HIV: a review of social, psychological, and medical findings. *AIDS*, *16*(2), 135-149.
- Crepaz, N., Marks, G., Liau, A., Mullins, M. M., Aupont, L. W., Marshall, K. J., . . . Wolitski, R. J. (2009). Prevalence of unprotected anal intercourse among HIV-diagnosed MSM in the United States: a meta-analysis. [Editorial Meta-Analysis Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review]. *AIDS*, *23*(13), 1617-1629. doi: 10.1097/QAD.0b013e32832effae
- Dewar, Robin, Golstein, Deborah, & Maldarelli, Frank. (2010). Diagnosis of Human Immunodeficiency Virus Infection. In Gerald L. Mandell, John E. Bennett & Raphael Dolin (Eds.), *Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases* (7th ed., Vol. 1, pp. 1663-1686). Philadelphia: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Estados Unidos Mexicanos. (1987). Aspectos Éticos de Investigación en Humanos. In Ley General de Salud (Ed.), *Título segundo, Artículos 13 al 27*. Diario Oficial de la Federación del 7 de febrero de 1984: Secretaría de Salud.
- Ezekiel, E. (2003). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. In Fernando Lolas Stepke & S. Álvaro Quezada (Eds.), *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: Nuevas perspectivas* (Vol. 1, pp. 83-96). Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS.
- Feinstein, Alvan R. (1996). *Multivariable analysis : an introduction*. New Haven, Conn.: Yale University Press.
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (1999). MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI) Versión en español 5.0.0 DSM-IV. 1-26. Retrieved from <http://www.fundacionforo.com/pdfs/mini.pdf>
- Gayet, Cecilia, Magis, Carlos, Sancknoff, Donna, & Guli, Lisa. (2007). *Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México*. México: CENSIDA, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México.
- Glass, T. R., Young, J., Vernazza, P. L., Rickenbach, M., Weber, R., Cavassini, M., . . . Bucher, H. C. (2004). Is unsafe sexual behaviour increasing among HIV-infected individuals? *AIDS*, *18*(12), 1707-1714. doi: 00002030-200408200-00012 [pii]
- Goffman, Erving. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada* (1a. ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Groce, N. E. (2004). Global survey on HIV/AIDS and disability: Yale University.
- Groce, N. E., & Trasi, R. (2004). Rape of individuals with disability: AIDS and the folk belief of virgin cleansing. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Lancet*, *363*(9422), 1663-1664. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16288-0
- Hasse, B., Ledergerber, B., Hirschel, B., Vernazza, P., Glass, T. R., Jeannin, A., . . . Weber, R. (2010). Frequency and determinants of unprotected sex among HIV-infected persons: the Swiss HIV cohort study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Clin Infect Dis*, *51*(11), 1314-1322. doi: 10.1086/656809
- Hatzenbuehler, M. L., O'Cleirigh, C., Mayer, K. H., Mimiaga, M. J., & Safren, S. A. (2011). Prospective associations between HIV-related stigma, transmission risk behaviors, and adverse mental health outcomes in men who have sex with men. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Ann Behav Med*, *42*(2), 227-234. doi: 10.1007/s12160-011-9275-z
- Health and Development Networks. (2004). HIV and Self-Stigma. Summary of Stigma-AIDS eForum discussion. *Stigma-AIDS* (Vol. 12b, pp. 1-20). Thailand: Health and Development Networks.
- Heckman, T. G., Kelly, J. A., & Somlai, A. M. (1998). Predictors of Continued High-Risk Sexual Behavior in a Community Sample of Persons Living with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*, *2*(2), 127-135. doi: 10.1023/A:1022194829791
- Heckman, T. G., Miller, J., Kochman, A., Kalichman, S. C., Carlson, B., & Silverthorn, M. (2002). Thoughts of suicide among HIV-infected rural persons enrolled in a telephone-delivered mental health intervention. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Ann Behav Med*, *24*(2), 141-148.
- Hernández-Ortiz, L., & García-Torres, M. A. (2005). Opresión internalizada y prácticas sexuales de riesgo en varones homo-y bi-sexuales de México. *Rev Saúde Pública*, *39*(6), 956-964.
- Holzemer, W. L., Uys, L. R., Chirwa, M. L., Greeff, M., Makoe, L. N., Kohi, T. W., . . . Durrheim, K. (2007). Validation of the HIV/AIDS Stigma Instrument - PLWA (HASI-P). [Multicenter Study Research Support,

- N.I.H., Extramural Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review Validation Studies]. *AIDS Care*, 19(8), 1002-1012. doi: 10.1080/09540120701245999
- International, Family Health. (2000). Encuestas de vigilancia del comportamiento: Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones en riesgo al VIH (pp. 1-377): Family Health International (FMI); Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID).
 - Iribarren, M. M., Jiménez-Giménez, M., García-de Cecilia, J. M., & Rubio-Valladolid, G. (2011). Validation and psychometric properties of the State Impulsivity Scale (SIS). [Validation Studies]. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(1), 49-60.
 - Kaiser Family Foundation. (2006). Kaiser public opinion spotlight: Attitudes about stigma and discrimination related to HIV/AIDS (pp. 1-9): Kaiser Family Foundation.
 - Kalichman, S. C., Rompa, D., & Cage, M. (2000). Sexually transmitted infections among HIV seropositive men and women. *Sex Transm Infect*, 76(5), 350-354.
 - Kalichman, S. C., & Simbayi, L. C. (2003). HIV testing attitudes, AIDS stigma, and voluntary HIV counselling and testing in a black township in Cape Town, South Africa. *Sex Transm Infect*, 79(6), 442-447.
 - Kinsler, J. J., Wong, M. D., Sayles, J. N., Davis, C., & Cunningham, W. E. (2007). The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-positive population. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *AIDS Patient Care STDS*, 21(8), 584-592. doi: 10.1089/apc.2006.0202
 - Kwalombota, M. (2002). The effect of pregnancy in HIV-infected women. [Multicenter Study]. *AIDS Care*, 14(3), 431-433. doi: 10.1080/09540120220123829
 - Leserman, J., Whetten, K., Lowe, K., Stangl, D., Swartz, M. S., & Thielman, N. M. (2005). How trauma, recent stressful events, and PTSD affect functional health status and health utilization in HIV-infected patients in the south. *Psychosom Med*, 67(3), 500-507. doi: 67/3/500 [pii] 10.1097/01.psy.0000160459.78182.d9
 - Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv*, 52(12), 1621-1626.
 - Lewellyn, D. J. (2008). The psychology of risk taking: toward the integration of psychometric and neuropsychological paradigms. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Am J Psychol*, 121(3), 363-376.
 - Lolas Stepke, Fernando, Universidad de Chile, & Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) (Xile). (2006). *Ética e innovación tecnológica*. Santiago de Chile: Universidad de Chile. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética.
 - Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, V. A., Remien, R. H., Sawires, S. R., Ortiz, D. J., . . . Coates, T. J. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*, 22 Suppl 2, S67-79. doi: 10.1097/01.aids.0000327438.13291.6200002030-200808002-00010 [pii]
 - McCoul, M. D., & Haslam, N. (2001). Predicting high risk sexual behaviour in heterosexual and homosexual men- the roles of impulsivity and sensation seeking. *Personality and Individual Differences*, 31, 1303-1310.
 - Meade, C. S., & Weiss, R. D. (2007). Substance Abuse As A Risk Factor for Hiv Sexual Risk Behavior. Among Persons with Severe Mental Illness: Review of Evidence and Exploration of Mechanisms. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(1), 23-33.
 - Minichiello, S. N., Magis, C., Uribe, P., Anaya, L., & Bertozzi, S. (2002). The Mexican HIV/AIDS surveillance system: 1986-2001. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *AIDS*, 16 Suppl 3, S13-17.
 - Moir, Susan, Connors, Mark, & Fauci, Anthony S. (2010). The Immunology of Human Immunodeficiency Virus Infection. In Gerald L. Mandell, John E. Bennett & Raphael Dolin (Eds.), *Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases* (7th ed., Vol. 1, pp. 1687-1703). Philadelphia: Churchill Livingstone/Elsevier.
 - Mondragón-Barrios, L. (2009). Consentimiento informado: una *praxis* dialógica para la investigación. [2009/02/12]. *Revista de Investigación Clínica*, 61(1), 73-82.
 - Mullens, A. B., Young, R. M., Dunne, M., & Norton, G. (2010). The Cannabis Expectancy Questionnaire for Men who have Sex with Men (CEQ-MSM): A measure of substance-related beliefs. *Addict Behav*, 35(6), 616-619. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.01.006
 - Nattabi, B., Li, J., Thompson, S. C., Orach, C. G., & Earnest, J. (2011). Factors associated with perceived stigma among people living with HIV/AIDS in post-conflict northern Uganda. *AIDS Educ Prev*, 23(3), 193-205. doi: 10.1521/aeap.2011.23.3.193
 - Nyblade, L. C. (2006). Measuring HIV stigma: existing knowledge and gaps. *Psychol Health Med*, 11(3), 335-345. doi: K47G66K2110M1N71 [pii] 10.1080/13548500600595178

- OMS. (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) (10ª ed.). Génova, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- ONU. (2010). Objetivos de desarrollo del Milenio: Informe 2010 (pp. 1-80). Nueva York, EUA: Organización de las Naciones Unidas.
- ONU. (2012). Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2012 (pp. 1-5). Nueva York, EUA: Organización de las Naciones Unidas.
- ONUSIDA. (2000). Programas Nacionales de SIDA: GUÍA PARA EL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN (pp. 1-162). Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
- ONUSIDA. (2011a). Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA: 2011 (pp. 1-52). Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
- ONUSIDA. (2011b). *Overview brochure on 2011 High Level Meeting on AIDS*. Paper presented at the 2011 High Level Meeting on AIDS, United Nations, New York.
- ONUSIDA. (2012). Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA: 2012 (pp. 1-212). Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
- ONUSIDA, & OMS. (2002). Guías sobre la vigilancia del VIH de segunda generación (pp. 1-49). Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; Organización Mundial de la Salud.
- ONUSIDA, & OMS. (2009). Situación de la epidemia de SIDA diciembre 2009 (pp. 1-100). Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
- Ostrow, D. E., Fox, K. J., Chmiel, J. S., Silvestre, A., Visscher, B. R., Venable, P. A., . . . Strathdee, S. A. (2002). Attitudes towards highly active antiretroviral therapy are associated with sexual risk taking among HIV-infected and uninfected homosexual men. [Multicenter Study]. *AIDS*, *16*(5), 775-780.
- Patterson, T. L., Shaw, W. S., & Semple, S. J. (2003). Reducing the sexual risk behaviors of HIV+ individuals: outcome of a randomized controlled trial. *Ann Behav Med*, *25*(2), 137-145.
- Peretti-Watel, P., Spire, B., Obadia, Y., & Moatti, J. P. (2007). Discrimination against HIV-infected people and the spread of HIV: some evidence from France. *PLoS One*, *2*(5), e411. doi: 10.1371/journal.pone.0000411
- Piot, Peter, & Carael, Michel. (2010). Global Perspectives on Human Immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome. In Gerald L. Mandell, John E. Bennett & Raphael Dolin (Eds.), *Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases* (7th ed., Vol. 1, pp. 1619-1633). Philadelphia: Churchill Livingstone/Elsevier.
- Preston, D. B., D'Augelli, A. R., Kassab, C. D., & Starks, M. T. (2007). The relationship of stigma to the sexual risk behavior of rural men who have sex with men. *AIDS Educ Prev*, *19*(3), 218-230. doi: 10.1521/aeap.2007.19.3.218
- Radcliffe, J., Doty, N., Hawkins, L. A., Gaskins, C. S., Beidas, R., & Rudy, B. J. (2010). Stigma and sexual health risk in HIV-positive African American young men who have sex with men. *AIDS Patient Care STDS*, *24*(8), 493-499. doi: 10.1089/apc.2010.0020
- Remien, R. H., Halkitis, P. N., O'Leary, A., Wolitski, R. J., & Gomez, C. A. (2005). Risk Perception and sexual risk behaviors among HIV-positive men on antiretroviral therapy. *AIDS Behav*, *9*(2), 167-176. doi: 10.1007/s10461-005-3898-7
- Riley, G. A., & Baah-Odoom, D. Do stigma, blame and stereotyping contribute to unsafe sexual behaviour? A test of claims about the spread of HIV/AIDS arising from social representation theory and the AIDS risk reduction model. *Soc Sci Med*, *71*(3), 600-607. doi: S0277-9536(10)00356-4 [pii] 10.1016/j.socscimed.2010.04.026
- Sayles, J. N., Wong, M. D., & Cunningham, W. E. (2006). The inability to take medications openly at home: does it help explain gender disparities in HAART use? *J Womens Health (Larchmt)*, *15*(2), 173-181. doi: 10.1089/jwh.2006.15.173
- Semple, S. J., Patterson, T. L., & Grant, I. (2000). Psychosocial predictors of unprotected anal intercourse in a sample of HIV positive gay men who volunteer for a sexual risk reduction intervention. [Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S. Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *AIDS Educ Prev*, *12*(5), 416-430.
- Semple, S. J., Strathdee, S. A., Zians, J., & Patterson, T. L. (2009). Sexual risk behavior associated with co-administration of methamphetamine and other drugs in a sample of HIV-positive men who have sex with men. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *Am J Addict*, *18*(1), 65-72. doi: 10.1080/10550490802544466
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured

- diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. [Comparative Study Historical Article Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *J Clin Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22-33;quiz 34-57.
- Shuper, P. A., Neuman, M., Kanteres, F., Baliunas, D., Joharchi, N., & Rehm, J. (2010). Causal considerations on alcohol and HIV/AIDS—a systematic review. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review]. *Alcohol Alcohol*, 45(2), 159-166. doi: 10.1093/alcalc/agg091
 - Simbayi, L. C., Kalichman, S., Strebel, A., Cloete, A., Henda, N., & Mqeketo, A. (2007). Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Soc Sci Med*, 64(9), 1823-1831. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.01.006
 - Slaymaker, Emma, Walker, Neff, Zaba, Basia, & Collumbien, Martine. (2004). *Unsafe sex* [2 version] (Vol. 2). Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241580348_eng_Volume1.pdf.
 - Sorsdahl, K. R., Mall, S., Stein, D. J., & Joska, J. A. (2011). The prevalence and predictors of stigma amongst people living with HIV/AIDS in the Western Province. [Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. *AIDS Care*, 23(6), 680-685. doi: 10.1080/09540121.2010.525621
 - Sterling, Timothy R., & Chaisson, Richard E. (2010). General Clinical Manifestations of Human Immunodeficiency Virus Infection (Including the Acute Retroviral Syndrome and Oral, Cutaneous, Renal, Ocular, Metabolic, and Cardiac Diseases). In Gerald L. Mandell, John E. Bennett & Raphael Dolin (Eds.), *Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases* (7th ed., Vol. 1, pp. 1705-1725). Philadelphia: Churchill Livingstone/Elsevier.
 - Thompson, N. J., Potter, J. S., Sanderson, C. A., & Maibach, E. W. (1997). The relationship of sexual abuse and HIV risk behaviors among heterosexual adult female STD patients. *Child Abuse Negl*, 21(2), 149-156. doi: S0145213496001408 [pii]
 - Tirapu-Ustárroz, Javier. (2012). *Neuropsicología de la corteza prefrontal y las funciones ejecutivas*. Barcelona: Viguera.
 - UNAIDS Reference Group on HIV and Human Rights. (2007). Development of a tool to measure stigma and discrimination experienced by people living with HIV (pp. 1-2). Geneva, Switzerland: UNAIDS.
 - Valdiserri, R. O. (2002). HIV/AIDS stigma: an impediment to public health. [Comment Editorial]. *Am J Public Health*, 92(3), 341-342.
 - Verdejo-Garcia, A., Lawrence, A. J., & Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Neurosci Biobehav Rev*, 32(4), 777-810. doi: 10.1016/j.neubiorev.2007.11.003
 - Wenger, N. S., Kusseling, F. S., Beck, K., & Shapiro, M. F. (1994). Sexual behavior of individuals infected with the human immunodeficiency virus. The need for intervention. *Arch Intern Med*, 154(16), 1849-1854.
 - Whetten, K., Reif, S., Whetten, R., & Murphy-McMillan, L. K. (2008). Trauma, mental health, distrust, and stigma among HIV-positive persons: implications for effective care. *Psychosom Med*, 70(5), 531-538. doi: 70/5/531 [pii] 10.1097/PSY.0b013e31817749dc
 - Wolfe, W. R., Weiser, S. D., Bangsberg, D. R., Thior, I., Makhema, J. M., Dickinson, D. B., . . . Marlink, R. G. (2006). Effects of HIV-related stigma among an early sample of patients receiving antiretroviral therapy in Botswana. [Multicenter Study]. *AIDS Care*, 18(8), 931-933. doi: 10.1080/09540120500333558

ANEXO 1

Encuesta de vigilancia de comportamiento para hombres que tienen sexo con otros hombres (FLACSO-CENSIDA-FHI, 2006) y MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional - Versión en español (Ferrando et al, 1999)

Fecha: _____ Hora de inicio/término: _____ Folio: _____

Sección 1: Características socio-demográficas

Nº	Preguntas	Codificación	Pasar a
P101	¿Qué edad tienes?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS[][]	
P102	¿Estado civil?	SOLTERO1 CASADO2 VIUDO3	
P103	¿Años de escolaridad?	NINGUNO1 AÑOS DE ESCOLARIDAD TERMINADOS ...[][]	
P104	¿Dónde naciste?	AGUASCALIENTES1 BAJA CALIFORNIA2 BAJA CALIFORNIA SUR3 CAMPECHE4 CHIAPAS5 CHIHUAHUA6 COAHUILA7 COLIMA8 DISTRITO FEDERAL9 DURANGO10 ESTADO DE MÉXICO11 GUANAJUATO12 GUERRERO13 HIDALGO14 JALISCO15 MICHOACÁN16 MORELOS17 NAYARIT18 NUEVO LEÓN19 OAXACA20 PUEBLA21 QUERÉTARO22 QUINTANA ROO23 SAN LUIS POTOSÍ24 SINALOA25 SONORA26 TABASCO27 TAMAULIPAS28 TLAXCALA29 VERACRUZ30 YUCATÁN31 ZACATECAS32 FUERA DE MÉXICO33	

P105	¿En qué delegación vives?	ÁLVARO OBREGÓN1 AZCAPOTZALCO2 BENITO JUÁREZ3 COYOACÁN4 CUAJIMALPA5 CUAUHTÉMOC6 GUSTAVO A. MADERO7 IZTACALCO8 IZTAPALAPA9 MAGDALENA CONTRERAS10 MIGUEL HIDALGO11 MILPA ALTA12 TLÁHUAC13 TLALPAN14 VENUSTIANO CARRANZA15 XOCHIMILCO16 FUERA DEL D.F.17 ESPECIFIQUE: _____	
P106	¿Cuál es tu ocupación?	EMPLEADO1 PROFESIONISTA INDEPENDIENTE2 COMERCIANTE POR CUENTA PROPIA3 HOGAR4 ESTUDIANTE5 JUBILADO6 AUTOEMPLEO7 DESEMPLEADO8 TRABAJO SEXUAL9 OTRA _____	
P107	¿Estás bajo tratamiento antirretroviral?	SÍ1 NO0	
P108	¿Mes y año del diagnóstico de VIH?	MES[][] AÑO[][][][]	
P109	¿Mes y año del inicio de tratamiento antirretroviral?	MES[][] AÑO[][][][]	
P110	Tratamiento antirretroviral actual <i>Marque todos los necesarios</i>	ATRIPLA® (TDF+FTC+EFV)1 TRUVADA® (TDF+FTC)2 KALETRA® (LPV+RTV)3 COMBIVIR® (3TC+AZT)4 KIVEXA® (ABC+3TC)5 ABACAVIR (ABC)6 AMPRENAVIR (AMP)7 ATAZANAVIR (ATV)8 DARUNAVIR (DRV)9 DIDANOSINA (ddl)10 EFAVIRENZ (EFV)11 EMTRICITABINA (FTC)12 ENFUVIRTIDA (T20).....13 ESTAVUDINA (d4T)14 ETRAVIRINA (ETR)15 FOSAMPRENAVIR (fAMP)16 INDINAVIR (IDV)17 LAMIVUDINA (3TC)18	

	MARAVIROC (MVC)19	
	NELFINAVIR (NFV)20	
	NEVIRAPINA (NVP)21	
	RALTEGRAVIR (RAL)22	
	RITONAVIR (RTV)23	
	SAQUINAVIR (SQV)24	
	TENOFOVIR (TDF)25	
	TIPRANAVIR (TPV)26	
	ZALCITABINA (ddC)27	
	ZIDOVUDINA (AZT)28	

Sección 2: Sexualidad

Nº	Preguntas	Codificación	Pasar a
P201	¿A qué edad comenzaste a tener relaciones sexuales?	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS ... [][]	
P202	¿Estás circuncidado? <i>Entrevistador, si el participante no sabe qué es la circuncisión lea: La circuncisión es un procedimiento médico, donde se quita la piel que cubre la cabeza del pene</i>	SÍ1 NO0	
P203	En los últimos 12 meses, ¿has tenido sexo oral y/o anal con algún hombre?	SÍ1 NO0	→ PASE A SECCIÓN 9
P204	De todos los hombres con los que has tenido sexo oral y anal, ¿cuántos eran?: Personas a las que les pagaste dinero para tener relaciones sexuales Personas que te pagaron a ti para tener relaciones sexuales Compañero(s) sexual(es) con quien(es) vives o con quien has mantenido relaciones sexuales por 6 meses o más Compañero(s) sexual(es) con quien(es) tuviste relaciones sexuales por menos de 6 meses y con quien(es) no compartes vivienda	A. PAREJAS COMERCIALES [][] B. PAREJAS QUE LE PAGARON [][] C. PAREJAS ESTABLES [][] D. PAREJAS NO ESTABLES [][]	
P205	De las parejas que has mencionado, ¿con cuál tuviste tu última relación sexual? <i>Entrevistador: No lea las opciones, identifique el tipo de pareja y registre</i>	A. PAREJAS COMERCIALES1 B. PAREJAS QUE LE PAGARON2 C. PAREJAS ESTABLES3 D. PAREJAS NO ESTABLES4 PAREJA FEMENINA5	

Sección 3: Prácticas sexuales y tipo de parejas sexuales masculinas

Nº	Preguntas	Codificación	Pasar a
P301	En los últimos 12 meses, ¿has tenido sexo oral con un hombre, es decir, que un hombre puso el pene en tu boca o tú pusiste tu pene en la boca de él?	SÍ1 NO0	→ PASE A P307
P302	<p><i>Entrevistador leer: Recuerda los hombres con quienes has tenido sexo oral en los últimos 12 meses.</i></p> <p><i>Por favor, toma el tiempo necesario para pensar en tu respuesta para que podamos tener la información más precisa posible. Recuerda que esta información es estrictamente confidencial.</i></p> <p>¿A cuántos tú les hiciste sexo oral, es decir, que pusieron el pene en tu boca?</p> <p>¿Cuántos te hicieron a ti sexo oral, es decir, que tú pusiste tu pene en la boca de él/ellos?</p>	<p>A. NÚMERO A LOS QUE ÉL LES HIZO[][]</p> <p>B. NÚMERO QUE LE HICIERON[][]</p>	
P303	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia eyaculaste en la boca de otro hombre sin condón? Dirías que:	SIEMPRE1 CASI SIEMPRE2 A VECES3 NUNCA4	
P304	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia eyaculó algún hombre dentro de tu boca sin condón? Dirías que:	SIEMPRE1 CASI SIEMPRE2 A VECES3 NUNCA4	
P305	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia tú o tus compañeros sexuales usaron condones al tener sexo oral? Dirías que:	SIEMPRE1 CASI SIEMPRE2 A VECES3 NUNCA4	
P306	La última vez que tuviste sexo oral, ¿usaste condón?	SÍ1 NO0	
P307	<p><i>Encuestador leer: Ahora piensa en los hombres con los que has tenido sexo anal en los últimos 12 meses.</i></p> <p><i>Por favor, toma el tiempo necesario para pensar en tu respuesta para que podamos tener la información más precisa posible. Recuerda que esta información es estrictamente confidencial.</i></p> <p>¿Con cuántos hombres tuviste sexo anal y tú los penetraste?</p> <p>¿Y con cuántos tuviste sexo anal y te penetraron a ti?</p>	<p>A. NÚMERO QUE ÉL PENETRO[][]</p> <p>B. NÚMERO QUE LO PENETRARON[][]</p>	

P308	La última vez que tuviste sexo anal, ¿usaste condón?	SÍ1 NO0	
------	--	------------------------	--

Sección 4: Parejas comerciales

Nº	Preguntas	Codificación	Pasar a
P401	En los últimos 12 meses, ¿has tenido sexo oral u anal con un hombre al que le hayas pagado?	SÍ1 NO0	➔ PASE A P501
P402	¿Cuántas veces tuviste sexo oral con tu(s) pareja(s) comercial(es) en los últimos 12 meses? <i>Encuestador leer: Si te es más fácil, puedes decirme cuántas veces al mes lo tuviste.</i>	NÚMERO DE VECES[][] <i>Encuestador: Codificar el número de veces por los 12 meses</i>	➔ SI ES “00” PASE A P406
P403	Al tener sexo oral con tu(s) pareja(s) comercial(es) en los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usaron condón? <i>Encuestador leer las opciones</i>	SIEMPRE1 CASI SIEMPRE2 A VECES3 NUNCA4	➔PASE A P406
P404	¿Por qué no usaron condón? <i>Encuestador leer las opciones</i>	TÚ NO QUISISTE1 AMBOS NO QUISIERON2 NO HABÍA UNO DISPONIBLE3 TU PAREJA NO QUISO4 OTRO _____	➔PASE A P406 ➔PASE A P406 ➔PASE A P406
P405	¿Tú por qué no quisiste? <i>Encuestador leer las opciones</i>	PORQUE YA VIVES CON VIH1 ESTABAS BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL U OTRA DROGA2 TE GANÓ LA CALENTURA3 ESTABAS DEPRIMIDO/CONFUNDIDO4 CONFIABAS EN LA PERSONA5 NO ACOSTUMBRAS O NO TE GUSTA6 PARA NO DISMINUIR LA SENSACIÓN PLACENTERA7 PORQUE NO HAY RIESGO8 OTRO _____	
P406	¿Cuántas veces tuviste sexo anal con tu(s) pareja(s) comercial(es) en los últimos 12 meses? <i>Encuestador leer: Si te es más fácil, puedes decirme cuántas veces al mes lo tuviste.</i>	NÚMERO DE VECES[][] <i>Encuestador: Codificar el número de veces por los 12 meses</i>	➔ SI ES “00” PASE A P501
P407	Al tener sexo anal con tu(s) pareja(s) comercial(es) en los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usaron condón? <i>Encuestador leer las opciones</i>	SIEMPRE1 CASI SIEMPRE2 A VECES3 NUNCA4	➔PASE A P501
P408	¿Por qué no usaron condón? <i>Encuestador leer las opciones</i>	TÚ NO QUISISTE1 AMBOS NO QUISIERON2 NO HABÍA UNO DISPONIBLE3 TU PAREJA NO QUISO4 OTRO _____	➔PASE A P501 ➔PASE A P501 ➔PASE A P501

P409	¿Tú por qué no quisiste? <i>Encuestador leer las opciones</i>	PORQUE YA VIVES CON VIH1 ESTABAS BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL U OTRA DROGA2 TE GANÓ LA CALENTURA3 ESTABAS DEPRIMIDO/CONFUNDIDO4 CONFIABAS EN LA PERSONA5 NO ACOSTUMBRAS O NO TE GUSTA6 PARA NO DISMINUIR LA SENSACIÓN PLACENTERA7 PORQUE NO HAY RIESGO8 OTRO _____	
------	--	--	--

Sección 5: Parejas que le pagaron a él

Nº	Preguntas	Codificación	Pasar a
P501	En los últimos 12 meses, ¿has tenido sexo oral u anal con un hombre que te haya pagado?	SÍ1 NO0	➔ PASE A P601
P502	¿Cuántas veces tuviste sexo oral con la(s) pareja(s) que te pagó en los últimos 12 meses? <i>Encuestador leer: Si te es más fácil, puedes decirme cuántas veces al mes lo tuviste.</i>	NÚMERO DE VECES[][] <i>Encuestador: Codificar el número de veces por los 12 meses</i>	➔ SI ES "00" PASE A P506
P503	Al tener sexo oral con la(s) pareja(s) que te pagó en los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usaron condón? <i>Encuestador leer las opciones</i>	SIEMPRE1 CASI SIEMPRE2 A VECES3 NUNCA4	➔ PASE A P506
P504	¿Por qué no usaron condón? <i>Encuestador leer las opciones</i>	TÚ NO QUISISTE1 AMBOS NO QUISIERON2 NO HABÍA UNO DISPONIBLE3 TU PAREJA NO QUISO4 OTRO _____	➔ PASE A P506 ➔ PASE A P506 ➔ PASE A P506
P505	¿Tú por qué no quisiste? <i>Encuestador leer las opciones</i>	PORQUE YA VIVES CON VIH1 ESTABAS BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL U OTRA DROGA2 TE GANÓ LA CALENTURA3 ESTABAS DEPRIMIDO/CONFUNDIDO4 CONFIABAS EN LA PERSONA5 NO ACOSTUMBRAS O NO TE GUSTA6 PARA NO DISMINUIR LA SENSACIÓN PLACENTERA7 PORQUE NO HAY RIESGO8 OTRO _____	
P506	¿Cuántas veces tuviste sexo anal con la(s) pareja(s) que te pagó en los últimos 12 meses? <i>Encuestador leer: Si te es más fácil, puedes decirme cuántas veces al mes lo tuviste.</i>	NÚMERO DE VECES[][] <i>Encuestador: Codificar el número de veces por los 12 meses</i>	➔ SI ES "00" PASE A P601

P507	Al tener sexo anal con la(s) pareja(s) que te pagó en los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usaron condón? <i>Encuestador leer las opciones</i>	SIEMPRE1 CASI SIEMPRE2 A VECES3 NUNCA4	➔PASE A P601
P508	¿Por qué no usaron condón? <i>Encuestador leer las opciones</i>	TÚ NO QUISISTE1 AMBOS NO QUISIERON2 NO HABÍA UNO DISPONIBLE3 TU PAREJA NO QUIISO4 OTRO _____	➔PASE A P601 ➔PASE A P601 ➔PASE A P601
P509	¿Tú por qué no quisiste? <i>Encuestador leer las opciones</i>	PORQUE YA VIVES CON VIH1 ESTABAS BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL U OTRA DROGA2 TE GANÓ LA CALENTURA3 ESTABAS DEPRIMIDO/CONFUNDIDO4 CONFIABAS EN LA PERSONA5 NO ACOSTUMBRAS O NO TE GUSTA6 PARA NO DISMINUIR LA SENSACIÓN PLACENTERA7 PORQUE NO HAY RIESGO8 OTRO _____	

Sección 6: Parejas estables

Nº	Preguntas	Codificación	Passar a
P601	En los últimos 12 meses ¿has tenido pareja(s) sexual(es) masculina(s) estable(s)? <i>Encuestador leer: Para fines de esta encuesta, una pareja sexual estable es aquella con la que vives o has tenido sexo oral o anal por 6 meses o más.</i>	SÍ1 NO0	➔PASE A P701
P602	¿Cuántas veces tuviste sexo oral con tu(s) pareja(s) sexual(es) masculina(s) estable(s) en los últimos 12 meses? <i>Encuestador leer: Si te es más fácil, puedes decirme cuántas veces al mes lo tuviste.</i>	NÚMERO DE VECES[][] <i>Encuestador: Codificar el número de veces por los 12 meses</i>	➔ SI ES "00" PASE A P606
P603	Al tener sexo oral con tu(s) pareja(s) sexual(es) masculina(s) estable(s) en los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usaron condón? <i>Encuestador leer las opciones</i>	SIEMPRE1 CASI SIEMPRE2 A VECES3 NUNCA4	➔PASE A P606
P604	¿Por qué no usaron condón? <i>Encuestador leer las opciones</i>	TÚ NO QUISISTE1 AMBOS NO QUISIERON2 NO HABÍA UNO DISPONIBLE3 TU PAREJA NO QUIISO4 OTRO _____	➔PASE A P606 ➔PASE A P606 ➔PASE A P606

P605	<p>¿Tú por qué no quisiste?</p> <p><i>Encuestador leer las opciones</i></p>	<p>PORQUE YA VIVES CON VIH1 ESTABAS BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL U OTRA DROGA2 TE GANÓ LA CALENTURA3 ESTABAS DEPRIMIDO/CONFUNDIDO4 CONFIABAS EN LA PERSONA5 NO ACOSTUMBRAS O NO TE GUSTA6 PARA NO DISMINUIR LA SENSACIÓN PLACENTERA7 PORQUE NO HAY RIESGO8 OTRO _____</p>	
P606	<p>¿Cuántas veces tuviste sexo anal con tu(s) pareja(s) sexual(es) masculina(s) estable(s) en los últimos 12 meses?</p> <p><i>Encuestador leer: Si te es más fácil, puedes decirme cuántas veces al mes lo tuviste.</i></p>	<p>NÚMERO DE VECES[][]</p> <p><i>Encuestador: Codificar el número de veces por los 12 meses</i></p>	<p>➔ SI ES “00” PASE A P610</p>
P607	<p>Al tener sexo anal con tu(s) pareja(s) sexual(es) masculina(s) estable(s) en los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usaron condón?</p> <p><i>Encuestador leer las opciones</i></p>	<p>SIEMPRE1 CASI SIEMPRE2 A VECES3 NUNCA4</p>	<p>➔PASE A P610</p>
P608	<p>¿Por qué no usaron condón?</p> <p><i>Encuestador leer las opciones</i></p>	<p>TÚ NO QUISISTE1 AMBOS NO QUISIERON2 NO HABÍA UNO DISPONIBLE3 TU PAREJA NO QUIZO4 OTRO _____</p>	<p>➔PASE A P610 ➔PASE A P610 ➔PASE A P610</p>
P609	<p>¿Tú por qué no quisiste?</p> <p><i>Encuestador leer las opciones</i></p>	<p>PORQUE YA VIVES CON VIH1 ESTABAS BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL U OTRA DROGA2 TE GANÓ LA CALENTURA3 ESTABAS DEPRIMIDO/CONFUNDIDO4 CONFIABAS EN LA PERSONA5 NO ACOSTUMBRAS O NO TE GUSTA6 PARA NO DISMINUIR LA SENSACIÓN PLACENTERA7 PORQUE NO HAY RIESGO8 OTRO _____</p>	
P610	<p>Estando con tu(s) pareja(s) sexual(es) masculina(s) estable(s), ¿has tenido relaciones sexuales con alguien más en los últimos 12 meses?</p>	<p>SÍ1 NO0</p>	
P611	<p>¿Crees que tu(s) pareja(s) sexual(es) masculina(s) estable(s) ha tenido relaciones sexuales con alguien más en el transcurso de los últimos 12 meses?</p>	<p>SÍ1 SOSPECHA QUE SÍ2 NO0</p>	

Sección 7: Parejas no estables

Nº	Preguntas	Codificación	Pasar a
P701	En los últimos 12 meses ¿has tenido alguna pareja sexual masculina no estable? <i>Encuestador leer: Para fines de esta encuesta, una pareja sexual no regular es alguien con quien tuviste relaciones sexuales una vez o por menos de 6 meses y con quien no compartes vivienda.</i>	SÍ1 NO0	➔ PASE A P710
P702	¿Cuántas veces tuviste sexo oral con tu(s) pareja(s) sexual(es) no estable(s) en los últimos 12 meses? <i>Encuestador leer: Si te es más fácil, puedes decirme cuántas veces al mes lo tuviste.</i>	NÚMERO DE VECES[][] <i>Encuestador: Codificar el número de veces por los 12 meses</i>	➔ SI ES “00” PASE A P706
P703	Al tener sexo oral con tu(s) pareja(s) sexual(es) no estable(s), ¿con qué frecuencia usaron condón? <i>Encuestador leer las opciones</i>	SIEMPRE1 CASI SIEMPRE2 A VECES3 NUNCA4	➔ PASE A P706
P704	¿Por qué no usaron condón? <i>Encuestador leer las opciones</i>	TÚ NO QUISISTE1 AMBOS NO QUISIERON2 NO HABÍA UNO DISPONIBLE3 TU PAREJA NO QUISO4 OTRO _____	➔ PASE A P706 ➔ PASE A P706 ➔ PASE A P706
P705	¿Tú por qué no quisiste? <i>Encuestador leer las opciones</i>	PORQUE YA VIVES CON VIH1 ESTABAS BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL U OTRA DROGA2 TE GANÓ LA CALENTURA3 ESTABAS DEPRIMIDO/CONFUNDIDO4 CONFIABAS EN LA PERSONA5 NO ACOSTUMBRAS O NO TE GUSTA6 PARA NO DISMINUIR LA SENSACIÓN PLACENTERA7 PORQUE NO HAY RIESGO8 OTRO _____	
P706	¿Cuántas veces tuviste sexo anal con tu(s) pareja(s) sexual(es) no estable(s) en los últimos 12 meses? <i>Encuestador leer: Si te es más fácil, puedes decirme cuántas veces al mes lo tuviste.</i>	NÚMERO DE VECES[][] <i>Encuestador: Codificar el número de veces por los 12 meses</i>	➔ SI ES “00” PASE A P710
P707	Al tener sexo anal con esa(s) pareja(s) sexual(es) no regular(es) en los últimos 12 meses?, ¿con qué frecuencia usaron condón? <i>Encuestador leer las opciones</i>	SIEMPRE1 CASI SIEMPRE2 A VECES3 NUNCA4	➔ PASE A P710

P708	¿Por qué no usaron condón? <i>Encuestador leer las opciones</i>	TÚ NO QUISISTE1 AMBOS NO QUISIERON2 NO HABÍA UNO DISPONIBLE3 TU PAREJA NO QUISO4 OTRO _____	→PASE A P710 →PASE A P710 →PASE A P710
P709	¿Tú por qué no quisiste? <i>Encuestador leer las opciones</i>	PORQUE YA VIVES CON VIH1 ESTABAS BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL U OTRA DROGA2 TE GANÓ LA CALENTURA3 ESTABAS DEPRIMIDO/CONFUNDIDO4 CONFIABAS EN LA PERSONA5 NO ACOSTUMBRAS O NO TE GUSTA6 PARA NO DISMINUIR LA SENSACIÓN PLACENTERA7 PORQUE NO HAY RIESGO8 OTRO _____	
P710	En los últimos 12 meses, ¿has tenido relaciones sexuales en “cuartos oscuros”? <i>Encuestador leer: Los cuartos oscuros son espacios cerrados con poca luz, utilizados para tener sexo anónimo, en saunas, bares gay y otros lugares donde van HSH.</i>	SÍ1 NO0	
P711	En los últimos 12 meses, ¿has buscado parejas sexuales a través de Internet?	SÍ1 NO0	

Sección 8: Uso de lubricantes

Nº	Preguntas	Codificación	Pasar a
P801	<i>Encuestador leer: Ahora quisiera preguntarte acerca del uso de lubricantes durante tus relaciones sexuales de sexo anal.</i> En los últimos 12 meses, ¿has usado lubricantes durante el sexo anal?	SÍ1 NO0	→PASE A P804
P802	<i>Encuestador leer: Ahora voy a darte una lista de productos que se usan como lubricantes, por favor, dime cuáles has usado durante tus relaciones sexuales de sexo anal.</i> En los últimos 12 meses ¿cuál de estos productos usaste durante el sexo anal? <i>Encuestador: Señale todas las que el participante mencione</i>	KY1 LUBRIGEL2 LUBRIZAL3 SOFTLUB4 VASELINA5 CREMA DE MANOS6 ACEITE DE BEBÉ7 MANTEQUILLA8 ACEITE DE COCINAR9 JABÓN LÍQUIDO (SHAMPOO)10 VICK VAPORUB11 SALIVA12 OTRO _____	

P803	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usaste lubricante durante el sexo anal? <i>Encuestador leer las opciones</i>	SIEMPRE1 CASI SIEMPRE2 A VECES3 NUNCA4	➔PASE A P901
P804	¿Por qué no usaste lubricantes? <i>Encuestador leer las opciones</i>	TÚ NO QUISISTE1 AMBOS NO QUISIERON2 YA VIVES CON VIH3 NO HABÍA DISPONIBLE4 TU PAREJA NO QUISO5 ES DEMASIADO CARO6 ERES ALÉRGICO7 OTRO _____	

Sección 9: Conocimiento de VIH

Nº	Preguntas	Codificación	Pasar a
P901	<i>Encuestador leer: Ahora quisiera preguntarte aspectos que tú conozcas sobre el VIH/SIDA .</i> ¿Conoces a alguien que también esté infectado por el VIH o que haya muerto de SIDA?	SÍ1 NO0	➔PASE A P903
P902	Esa(s) persona(s) que tú conoces es: <i>Encuestador leer las opciones</i>	PARIENTE(S) CERCANO(S)1 AMIGO(S) CERCANO(S)2 PARIENTE(S) Y AMIGO(S)3 NADIE CERCANO4	
P903	¿Puede una persona infectarse de VIH por una picadura de mosquito?	SÍ1 NO0	
P904	¿Puede una persona infectarse del VIH al compartir una comida con alguien que está infectado?	SÍ1 NO0	
P905	¿Puede una persona adquirir el VIH al inyectarse con una aguja que alguien más ya utilizó?	SÍ1 NO0	
P906	¿Puede una persona que se ve saludable estar infectada con VIH, el virus que causa el SIDA?	SÍ1 NO0	
P907	¿Pueden las personas protegerse a sí mismas del VIH, el virus que causa el SIDA, utilizando un condón de manera correcta cada vez que tengan relaciones sexuales?	SÍ1 NO0	
P908	Cuando te hiciste la prueba del VIH, ¿fue porque quisiste o te exigieron que te la hicieras?	VOLUNTARIA1 OBLIGATORIA/REQUERIDA2	

Sección 10: Uso de alcohol

Nº	Preguntas	Codificación	Pasar a
P1001	<i>Encuestador leer: Ahora quisiera preguntarte acerca del consumo de alcohol. Sólo tienes que responderme sí o no a cada pregunta</i> ¿Durante los últimos 12 meses has tomado 3 ó más cervezas o copas en menos de 3 horas, en 3 o más ocasiones?	SÍ1 NO0	➔PASE A SECCIÓN 11
P1002	Durante los últimos 12 meses: ¿Has necesitado beber más cantidad de alcohol para lograr los mismos efectos que cuando bebías las primeras veces en tu vida?	SÍ1 NO0	
P1003	Durante los últimos 12 meses: ¿Cuando has reducido la cantidad de alcohol, te temblaban las manos, sudabas o te sentías agitado? ¿Has bebido para evitar estos síntomas o para evitar la cruda, p. ej. temblores, sudor, agitación? <i>Encuestador: Codificar “Sí”, si alguna es afirmativa</i>	SÍ1 NO0	
P1004	Durante los últimos 12 meses: ¿Cuando has bebido alcohol, has terminado bebiendo más de lo que en un principio habías planeado?	SÍ1 NO0	
P1005	Durante los últimos 12 meses: ¿Has intentado reducir o dejar de beber alcohol pero has fracasado?	SÍ1 NO0	
P1006	Durante los últimos 12 meses: ¿Los días en los que has bebido, has empleado mucho tiempo en obtener alcohol, bebiendo o recuperándote de sus efectos?	SÍ1 NO0	
P1007	Durante los últimos 12 meses: ¿Debido a la bebida, has empleado menos tiempo trabajando, disfrutando de tus distracciones, o de estar con los demás?	SÍ1 NO0	
P1008	Durante los últimos 12 meses: ¿Has seguido bebiendo a pesar de saber que la bebida te causa problemas de salud, físicos o mentales?	SÍ1 NO0	
<i>Encuestador: ¿Hay al menos 3 respuestas codificadas “Sí” de P1002 a P1008?</i>		SÍ1 NO0	➔PASE A SECCIÓN 11
P1009	Durante los últimos 12 meses: ¿Has estado bajo los efectos del alcohol, embriagado o con “cruda”, en más de una ocasión cuando tenías otras responsabilidades, como estudios, trabajo o casa? ¿Esto te ha ocasionado algún problema? <i>Encuestador: codificar “Sí” sólo si esto le ha ocasionado problemas</i>	SÍ1 NO0	

P1010	Durante los últimos 12 meses: ¿Has estado bajo los efectos del alcohol en alguna situación en la que tuvieras un riesgo físico; p. Ej.: conducir un coche, utilizar maquinaria, etc.?	SÍ1 NO0	
P1011	Durante los últimos 12 meses: ¿Has tenido algún problema legal por haber bebido? (p. Ej.: arrestos o conductas delictivas)	SÍ1 NO0	
P1012	Durante los últimos 12 meses: ¿Has seguido bebiendo aunque esto te haya ocasionado problemas con tu familia o en tu entorno?	SÍ1 NO0	
Encuestador: ¿Hay al menos 1 respuesta codificada “Sí” de P1009 a P1012?		SÍ1 NO0	➔ABUSO DE ALCOHOL

Sección 11: Uso de sustancias

Encuestador leer: Ahora voy a enseñarte una lista de drogas y de medicamentos, y tú me indicarás si en el transcurso de los últimos 12 meses has tomado en más de una ocasión alguno de estos productos con el propósito de sentirse mejor o cambiar de humor.

Encuestador: Si dijo al menos en una “Sí” continuar la entrevista; por el contrario, si a todo dijo que “No” PASARA LA “ESCALA DE MEDICIÓN DEL ESTIGMA RELACIONADO AL VIH/SIDA”

<p>Encuestador: Marcar cada producto consumido, pero si consume varias sustancias, únicamente preguntar sobre la sustancia (o clase de sustancias) más consumida.</p> <p><u>SUBRAYE</u> la sustancia (o clase de sustancias) más consumida.</p> <p>NOTA: Si la sustancia más consumida son poppers, medicamentos para mejorar la erección, GHB u otra sustancia, pasar directamente a P1108</p>	CANNABIS (MARIHUANA, MOTA, HIERBA, HASHISH, ETC.)1
	COCAÍNA (COCA, CRACK, BASE, ETC.)2
	ANFETAMINAS (METAS, ÉXTASIS, TACHAS, PÍLDORAS ADELGAZANTES, CRISTAL)3
	INHALABLES (ACTIVO, MONA, CHEMO, TÍNER, GASOLINA, PEGAMENTO, AIRE COMPRIMIDO, PVC)4
	TRANQUILIZANTES O PASTILLAS PARA DORMIR (RIVOTRIL/ KRIADEx/CLONAZEPAM; VALIUM/DIAZEPAM; TAFIL/ALPRAZOLAM; ATIVAN/LORAZEPAM; ROHYPNOL/REYNAS)5
	ALUCINÓGENOS (LSD, ÁCIDOS, KETAMINA)6
	OPIÁCEOS (HEROÍNA, METADONA, CODEÍNA, MORFINA)7
	POPPERS8
	VIAGRA, CIALIS, LEVITRA U OTRO MEDICAMENTO PARA MEJORAR LA ERECCIÓN9
	GHB (ÉXTASIS LÍQUIDO, Gi, XYREM, CHAMPÚ, SCOOP, SOAP)10
OTROS _____	

Nº	Preguntas	Codificación	Pasar a
P1101	<p>Considerando tu consumo de (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS MÁS CONSUMIDA), en el transcurso de los 12 últimos meses:</p> <p>¿Has constatado que necesitabas tomar más cantidad de (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS MÁS CONSUMIDA) para obtener los mismos efectos que cuando lo consumías las primeras veces en tu vida?</p>	<p>SÍ1 NO0</p>	
P1102	<p>¿Cuando reducías o dejabas de tomar (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS MÁS CONSUMIDA) tenías dolores, temblores, fiebre, desfallecimiento, diarrea, náuseas, sudoración, palpitaciones, dificultades para dormir, o te sentías agitado, ansioso, irritable o deprimido?</p> <p>¿Utilizabas otras cosas para evitar esos síntomas, o para sentirse mejor?</p> <p><i>Encuestador: Codificar “Sí”, si alguna es afirmativa</i></p>	<p>SÍ1 NO0</p>	
P1103	<p>¿Has comprobado que cuando consumías (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS MÁS CONSUMIDA) terminabas tomando más cantidad de lo que era tu intención?</p>	<p>SÍ1 NO0</p>	
P1104	<p>¿Has tratado de reducir o dejar de consumir (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS MÁS CONSUMIDA) pero no lo has conseguido?</p>	<p>SÍ1 NO0</p>	
P1105	<p>¿Los días que has consumido (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS MÁS CONSUMIDA) has empleado mucho tiempo (> de 2 horas) en obtener, tomar esta sustancia, recuperarte de sus efectos, o pensar en ella(s)?</p>	<p>SÍ1 NO0</p>	
P1106	<p>¿Has tenido menos tiempo para trabajar, disfrutar de tus distracciones, o estar con tu familia o amigos por consumir la droga?</p>	<p>SÍ1 NO0</p>	
P1107	<p>¿Has seguido consumiendo (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS MÁS CONSUMIDA) a pesar de saber que esto te causa problemas de salud o mentales?</p>	<p>SÍ1 NO0</p>	
<i>Encuestador: ¿Hay al menos 3 respuestas codificadas “Sí” de P1101 a P1107?</i>		<p>SÍ1 NO0</p>	➔FINALICE EL CUESTIONARIO
P1108	<p>Durante los últimos 12 meses:</p> <p>¿Has estado bajo los efectos, con “cruda”, a causa de (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS MÁS CONSUMIDA) en más de una ocasión, cuando tenías otras responsabilidades académicas, laborales o en tu casa? ¿Esto te ocasionó algún problema?</p> <p><i>Encuestador: Codificar “Sí”, si alguna es afirmativa</i></p>	<p>SÍ1 NO0</p>	
P1109	<p>Durante los últimos 12 meses:</p> <p>¿Has estado bajo los efectos de (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS MÁS CONSUMIDA), en alguna situación en la que tuvieras un riesgo físico (p. Ej.: conducir un coche, utilizar maquinaria, etc.)?</p>	<p>SÍ1 NO0</p>	

P1110	Durante los últimos 12 meses: ¿Has tenido algún problema legal por consumir (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS MÁS CONSUMIDA), p. Ej.: arrestos o conductas delictivas?	SÍ1 NO0	
P1111	Durante los últimos 12 meses: ¿Has seguido consumiendo (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS MÁS CONSUMIDA) aunque esto te ocasionara problemas con tu familia o con otras personas?	SÍ1 NO0	
Encuestador: ¿Hay al menos 1 respuesta codificada “Sí” de P1108 a P1111?		SÍ1 NO0	➔ ABUSO DE SUSTANCIAS

Encuestador leer: Ahora voy a darte otros cuestionarios para que los contestes tú. Lee las instrucciones y si tienes alguna duda, preguntármela.

ANEXO 2

Instrumento de Estigma sobre VIH/SIDA en personas viviendo con VIH/SIDA (HASI-P), V2 (Holzemer et al., 2007) y Escala de Impulsividad Estado (EIE) (Iribarren et al., 2011)

Folio: _____

INSTRUMENTO DE ESTIGMA SOBRE VIH/SIDA EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA (HASI-P, 2007) (V-2)

Instrucciones: En las siguientes dos páginas, leerás una serie de situaciones que te pudieron haber pasado **en los últimos 3 meses, debido al diagnóstico de VIH**. Por favor, marca con una “X”, según consideres qué tanto te han pasado esas situaciones. Muchas gracias.

Sección 1. En los últimos 3 meses, con la gente que sabe tu diagnóstico ¿qué tan frecuente te ha pasado lo siguiente debido al VIH?				
	Nunca	Una o dos veces	Varias veces	La mayoría de las veces
1. Me dijeron que usara mis propios cubiertos y artículos personales (vaso, plato, cuchara, tenedor, jabón de baño, zacate, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me pidieron no tocar a los hijos de alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando quise tomar de una botella de agua/refresco, me dijeron que tomara al último	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se burlaron de mí cuando iba pasando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dejé de comer con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me dijeron que me alejara porque estaba tosiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Alguien dejó de ser mi amigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Algún amigo ya no me habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me dijeron apodos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. La gente empezó a cantar canciones ofensivas cuando iba pasando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me dijeron que no tengo futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Alguien me regañó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me dijeron que Dios me está castigando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me hicieron comer solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Alguien me insultó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. La gente me evitó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. La gente dejó de visitarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. La gente dejó de relacionarse conmigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Me culparon por tener VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Alguien trató de hacer que me despidieran de mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mi patrón me negó oportunidades de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 2. El siguiente grupo de preguntas es acerca de experiencias en hospitales o clínicas, que no sean la Clínica Condesa

En los últimos 3 meses, ¿te has atendido en otra clínica u hospital, a parte de la Clínica Condesa?

Sí **No** (pasa a la Sección 3)

En los últimos 3 meses, ¿qué tan frecuente te pasaron las siguientes situaciones debido al diagnóstico de VIH, en otra clínica u hospital, fuera de Clínica Condesa?

	Nunca	Una o dos veces	Varias veces	La mayoría de las veces
--	--------------	------------------------	---------------------	--------------------------------

	Nunca	Una o dos veces	Varias veces	La mayoría de las veces
22. Me negaron la atención médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me negaron tratamiento debido a que me dijeron que de todos modos me iba a morir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Me dieron de alta de algún hospital aunque todavía necesitaba atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Me trajeron de un lado a otro en vez de ser ayudado por alguien del hospital o clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. En algún hospital o clínica me hicieron esperar hasta el último	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. En algún hospital o clínica, me dejaron en algún lugar o cama sucia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. En algún hospital o clínica, mi dolor fue ignorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 3. En los últimos 3 meses, ¿qué tan frecuente has pensado o te has sentido de la siguiente manera debido al diagnóstico de VIH?

	Nunca	Una o dos veces	Varias veces	La mayoría de las veces
29. Sentí que no merecía vivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sentí vergüenza de tener esta enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Me sentí totalmente inútil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sentí que le traigo muchos problemas a mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sentí que ya no soy un ser humano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE IMPULSIVIDAD-ESTADO (EIE)
(Iribarren, et al., 2011)

INSTRUCCIONES: A continuación leerás frases relacionadas con la forma de comportarte en diferentes situaciones. Por favor, piensa qué tanto te han pasado esas situaciones en el último mes, y marca con una “X” tu respuestas. Conteste rápida y honestamente.

	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre / Siempre
1. Busco actividades en las que obtengo una rápida satisfacción, aunque me perjudiquen				
2. Suelo caer en tentaciones que me dificultan cumplir con algún compromiso				
3. Busco conseguir beneficios inmediatos, en vez de esperar algo mejor para después				
4. Continúo haciendo determinadas actividades que me satisfacen, a pesar de que los demás me dicen que me perjudican				
5. Cuando algo se me antoja voy por ello de forma inmediata, sin poder esperar				
6. Obtengo más placer rompiendo las reglas que controlando mis acciones				
7. Cuando no consigo lo que quiero, me cuesta controlar mis acciones				
8. Me cuesta parar lo que estoy haciendo aunque vea que me estoy equivocando				
9. Tengo reacciones sin pensar, que no puedo evitar				
10. Si hago algo y no tengo los resultados que quiero, me cuesta volver a intentarlo de otra forma				
11. Suelo reaccionar de la misma forma aunque no sea el momento o el lugar apropiado				
12. No freno a mis reacciones por más que me digan que pare				
13. Repito muchas veces la misma forma de actuar aunque no consiga lo que quiero				
14. Suelo equivocarme porque reacciono tan rápido que no pongo suficiente atención a los detalles importantes				
15. Ante algo inesperado actúo sin pensar en las consecuencias				
16. Saco conclusiones erróneas por no esperar el tiempo necesario				
17. En ocasiones no pongo atención a las consecuencias inmediatas de mis acciones				
18. Contesto antes de que hayan terminado de hacerme una pregunta				
19. En algunas situaciones no espero lo suficiente y actúo antes de tiempo				
20. Actúo sin pensar y eso provoca que otras personas puedan enojarse por lo que hago				

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Folio: _____

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Autoestigma y sexo no seguro en pacientes con VIH/sida

Mi nombre es Hamid Vega y soy estudiante de la maestría en Salud Mental Pública de la Universidad Nacional Autónoma de México. Con la finalidad de titularme de dicha maestría, se me pide hacer una investigación. Yo la haré sobre experiencias relacionadas con el VIH/sida y algunos aspectos de la sexualidad de pacientes que viven con el diagnóstico. Le voy a dar información sobre esta investigación y le pediré contestar unos cuestionarios. Antes de decidirse, puede hacerme todas las preguntas que le surjan o no le queden claras. Yo me tomaré todo el tiempo necesario para aclararlas.

La razón de hacer esta investigación es averiguar si existe una relación entre vivir ciertas experiencias relacionadas al VIH/sida y algunos aspectos de la sexualidad. Esta investigación la haré a través de la aplicación de unos cuestionarios que hablan sobre algunos aspectos de la sexualidad y ciertas vivencias relacionadas con el VIH/sida, de los pacientes que acuden a la Clínica. La razón de haberlo elegido a usted es por ser paciente de esta Clínica. Su participación es totalmente voluntaria y puede elegir participar o no. Independientemente de su decisión, la atención que se le otorga en esta Clínica continuará de forma habitual y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea y ya no participar en cualquier momento de la investigación.

Una vez que acepte participar en la investigación, le haré las preguntas de los cuestionarios mientras espera pasar a su consulta de hoy, lo cual nos tomará alrededor de 30 minutos. Los cuestionarios no llevarán su nombre, ya que se contestan de forma confidencial y privada. Sólo serán identificados con un folio exclusivo de la investigación, y no con el número de expediente que maneja dentro de la Clínica, por lo que sus respuestas no se relacionarán de forma directa con usted. El acceso a los cuestionarios y sus respuestas, sólo lo tendré yo. Sus respuestas, junto con las de otros pacientes, las vaciaré en una base de datos para analizarlas y al final llegar a conclusiones generales.

El participar en la investigación no le traerá ningún beneficio directo a usted y sólo servirá para conocer más acerca de las vivencias relacionadas con el VIH/sida y su asociación con algunos aspectos de la sexualidad. Usted tampoco tendrá ningún tipo de incentivo por su participación. Si desea saber los resultados de la investigación, me puede solicitar un resumen cuando haya finalizado todo el proceso. Puede ser que llegue a sentirse un poco triste o ansioso por las preguntas que conteste. Si es así, me lo puede decir y lo enviaré con el personal de la Clínica que le pueda ayudar al respecto.

Si tiene alguna pregunta, en cualquier momento puede contactarme a mí, el investigador responsable, Dr. Hamid Vega, al teléfono **5271-6439**, e-mail: **drhamidvega@yahoo.com**; o

bien, directamente en la Clínica Especializada Condesa (**Benjamín Hill #24, Col. Condesa, Del. Cuauhtémoc, D.F.**), en el área de la Dirección Médica.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en una investigación que estudia las vivencias relacionadas al VIH/sida y mi sexualidad. Entiendo que se me harán preguntas sobre mi sexualidad y ciertas vivencias relacionadas con el VIH/sida. Mis respuestas se sumarán a las de otros participantes. Esas respuestas serán vaciadas a una base de datos para analizarlas y obtener conclusiones generales de la investigación. Mi identidad será resguardada, ya que los cuestionarios no llevarán mi nombre, respondiéndolos de forma confidencial y privada. Sólo se les identificará con un número de folio, exclusivo de la investigación, al cual sólo tendrá acceso el investigador responsable. Además, de ninguna manera se identificarán con el número de expediente que tengo dentro de la Clínica.

He leído la información proporcionada y he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella. Igualmente, se me han contestado claramente todas las dudas que he tenido, por lo que consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte de ninguna manera mi atención habitual en la Clínica Especializada Condesa.

Nombre completo y firma del participante

Fecha

Edgardo Hamid Vega Ramírez

Nombre completo y firma del investigador principal

Fecha