

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

“Depresión, el consumo de sustancias y el autoestigma, y su relación con la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH”

T E S I S

Para obtener el título de especialista en Psiquiatría

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

P R E S E N T A:

Víctor Manuel César Guzmán

Jesús Abrahán Ruiz Rosas

Tutor teórico

Edgardo Hamid Vega Ramírez

Tutor Metodológico

Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad de México, 31 de mayo de 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Índice

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| MARCO TEÓRICO | 5 |
| Psicopatología en personas que viven con VIH..... | 5 |
| Depresión y adherencia al tratamiento antirretroviral para el VIH..... | 6 |
| Consumo de sustancias y adherencia al tratamiento antirretroviral para el VIH | 8 |
| Autoestigma asociado al VIH | 10 |
| Adherencia al tratamiento | 11 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 12 |
| JUSTIFICACIÓN | 14 |
| PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 15 |
| HIPÓTESIS | 15 |
| METODOLOGÍA..... | 15 |
| Tipo de estudio | 15 |
| Objetivo general | 15 |
| Objetivos específicos..... | 16 |
| Criterios de inclusión | 16 |
| Criterios de exclusión | 16 |
| Variables..... | 16 |
| Instrumentos de medición (con propiedades clinimétricas): | 19 |
| Cálculo de la muestra..... | 26 |
| Descripción del procedimiento | 27 |
| Análisis estadístico..... | 28 |
| CONSIDERACIONES ÉTICAS | 28 |
| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES..... | 29 |
| RESULTADOS | 30 |
| Flujograma para obtención de la muestra..... | 30 |
| Características sociodemográficas y aspectos del tratamiento antirretroviral..... | 30 |
| La depresión, el autoestigma y la adherencia al tratamiento antirretroviral | 32 |
| El riesgo de consumo de sustancias y adherencia a Tratamiento Antirretroviral | 32 |
| Correlación entre el consumo de sustancias y el autoestigma en personas que viven con VIH | 34 |
| DISCUSIÓN | 35 |

| | |
|-------------------|----|
| CONCLUSIONES..... | 39 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 40 |
| ANEXOS..... | 45 |

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con Programa Conjunto sobre el VIH/sida (ONUSIDA), con el transcurso en la historia y evolución de la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se ha obtenido un importante análisis y difusión de información, con la cual se han establecido objetivos para dar seguimiento y asegurar medidas en el futuro que puedan ayudar a establecer nuevas conductas terapéuticas, y así tratar esta enfermedad que rápidamente se ha posicionado como un problema de salud pública (ONUSIDA, 2021).

Además, a través de un trabajo en conjunto entre todos los países del mundo para la recolección y análisis de datos desde 1996, el ONUSIDA facilita dicha información, acreditada y actualizada sobre el VIH y su epidemiología, así como diferentes programas y financiamiento internacionales, con la finalidad de ayudar a desarrollar la capacidad de generar y aplicar información estratégica para que disminuya progresivamente hasta alcanzar el fin de esta epidemia en el 2030 (ONUSIDA, 2021).

En cuanto al panorama mundial sobre la epidemia de VIH, ONUSIDA reportó en 2021 que había 37.7 millones en promedio de personas que viven con VIH (PVV) hasta el año 2020, agregándose 1.5 millones de nuevos casos reportados y 680 mil defunciones de personas que vivían con esta condición. Para Latinoamérica, se reportaron 2.1 millones de PVV, 100 mil nuevos casos reportados en 2019 y 31 mil fallecimientos en personas que vivían con VIH, en dicha información obtenida se identificó una alta prevalencia en personas transgénero y en hombres que tienen sexo con otros hombres por lo que se sugiere que los esfuerzos para la prevención deben estar dirigidos a estas poblaciones (ONUSIDA, 2021). Por otra parte, en México, según el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (CENSIDA) se reportaron un total de 201,439 PVV; 20 mil nuevos casos reportados y 111,229 defunciones hasta 2019 (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y sida (CENSIDA), 2021).

Para alcanzar las metas de poner fin a la epidemia del VIH, se emplean diversas medidas como el apoyo integral y el tratamiento antirretroviral (TARV), el cual ha generado un cambio en las PVV, ya que ha logrado que éstas se reintegren en diversas esferas de su vida tales como la laboral, social, profesional y ha mejorado su calidad de vida. Por igual, la adherencia al TARV ha reducido la morbilidad asociada con el VIH y ha disminuido los riesgos de transmisión (DeBeck et al., 2017).

Las PVV y que se encuentran en TARV corren el riesgo de favorecer posibles mutaciones y resistencia del virus al tratamiento cuando no mantienen una adecuada adherencia a éste; se

ha identificado que es importante educar y reforzar la importancia del funcionamiento del TARV, así como favorecer una adecuada red de apoyo con familiares, amigos u otras personas cercanas a ellas para incentivar su adherencia. Ante una dinámica en la cual las PVV tienen una adherencia irregular al TARV ha generado que sea un asunto de suma importancia para la atención de este grupo de personas (Varela-Arévalo et al., 2008).

Aunado a lo anterior, se han evidenciado diversas psicopatologías que parecen influir en la adherencia al TARV y diversos estudios han reportado una relación frecuente con episodios depresivos, los cuales han sido subdiagnosticados, lo que dificulta el inicio de tratamiento antidepresivo. Esto tiende a impactar en la calidad de vida de las PVV, así como aumentar la morbi-mortalidad y las conductas de riesgo que favorecen la transmisión del VIH (Choi et al., 2016).

Asimismo, la adherencia al TARV se puede ver afectada cuando las PVV tienen consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, ya que bajo su influencia puede verse afectada la regularidad en la toma del tratamiento, o bien, un aumento en las conductas sexuales de riesgo que favorecen nuevamente la transmisión del virus (Sopheab et al., 2018). Por igual, contar con la presencia de autoestigma en las personas que viven con VIH favorecen situaciones o condiciones de falla en la conducta adherente al TARV (Balaji et al., 2017).

MARCO TEÓRICO

Psicopatología en personas que viven con VIH

De acuerdo con Jallow y colaboradores, la coexistencia de la infección por el VIH y trastornos psiquiátricos se ha vuelto un tema de interés global, ya que la presencia conjunta de estas condiciones afecta simultáneamente al paciente, ocurriendo que la presencia de una complica la evolución de la otra y viceversa. Se ha identificado que los trastornos psiquiátricos se presentan de forma frecuente en PVV y que también repercuten en su manejo terapéutico, por ejemplo: el TARV, esto se ha percibido principalmente en la adherencia a este tratamiento (Jallow et al., 2017). Por igual, se ha observado que recibir el diagnóstico de infección por VIH aumenta el riesgo de manifestar algún padecimiento psiquiátrico, acompañado de preocupaciones por posibles complicaciones y el estigma relacionado a dicho virus; por lo tanto, en PVV se ha reportado aumento en la tasa de prevalencia de hasta un 50% de padecimientos psiquiátricos (Jallow et al., 2017). En los estudios realizados por Jallow, la aparición de trastorno bipolar o trastorno por consumo de sustancias son algunos padecimientos que se han relacionado con

PVV y se caracteriza por patrones de impulsividad, conductas de riesgo o deterioro del juicio. Recientemente, se ha identificado que trastornos depresivos y ansiosos son más frecuentes en PVV que en personas sin esta condición (Jallow et al., 2017). En un estudio realizado en Estocolmo, se concluyó que son más frecuentes los diagnósticos psiquiátricos en PVV, encabezados por el trastorno por consumo de sustancias. Estudios anteriores a éste determinaron que las complicaciones psiquiátricas son más frecuentes en personas con TARV y consideran que padecer un trastorno psiquiátrico preexistente es un factor de riesgo para la transmisión e infección por VIH (Jallow et al., 2017).

En México, se realizó un estudio con PVV de 18 a 60 años y que reciben recibían atención en clínicas especializadas de VIH. Dentro de los criterios de inclusión se encontraban recibir TARV, conocer su carga viral y su conteo de linfocitos T CD4 en los últimos 6 meses al momento de la realización del estudio. Se estructuró un cuestionario en donde se conjuntaron el Inventario de Depresión de Beck (IDB) y el Inventario de Ansiedad de Beck (IAB), los cuales son autoaplicables y posteriormente se calificaron por personal evaluador; además, se realizó evaluación psicométrica por parte de investigadores. En este estudio se identificó que las mujeres que viven con VIH son más propensas a padecer episodios depresivos y ansiosos que los hombres; por igual, la severidad de éstos está sumamente relacionada a la carga viral que presentan. Finalmente, se propuso la estructuración de programas para mejorar la adherencia al TARV, lo que ayude a disminuir las complicaciones médico-psiquiátricas y mejorar la calidad de vida de los pacientes (Caballero-Suárez et al., 2017).

Depresión y adherencia al tratamiento antirretroviral para el VIH

Estudios como los realizados por Yousuf y colaboradores señalan que la depresión es un padecimiento mental que se caracteriza por tristeza constante, anhedonia, con alteraciones en la cognición, en el patrón de sueño, en el apetito y tiende a coexistir con ideas de muerte y suicidas (Yousuf et al., 2019). Aunado a esto, las personas con presencia de enfermedades crónicas tienen mayores probabilidades de cursar con sintomatología depresiva, por lo que PVV frecuentemente padecen cuadros depresivos, a diferencia de la población en general. Los trabajos por Yousuf puntualizan que los síntomas depresivos de las personas que viven con VIH están asociados a alteraciones biológicas, clínicas y psicosociales que afectan la progresión de la enfermedad; por ejemplo, se ha reportado que la depresión crónica está asociada con un mayor riesgo de progresión del VIH a etapa de sida, principalmente en las mujeres (Yousuf et al., 2019).

La comorbilidad de VIH con episodios depresivos afecta directamente la salud física y mental de las personas; esto se debe a que cursan como padecimientos latentes o silentes que, si no se realiza el diagnóstico y manejo oportuno al inicio de éstas, derivan en complicaciones en el individuo (Porche & Willis, 2006).

Una de las principales vías de transmisión del VIH son las conductas sexuales de riesgo, las cuales se caracterizan por relaciones sexuales sin preservativo, tener múltiples parejas sexuales, intercambio de sexo por dinero o drogas (Hutton et al., 2004). En dichas conductas, se han identificado frecuentemente síntomas o episodios depresivos los cuales pueden aumentar la probabilidad de participar en estas prácticas para mitigar la angustia y el ánimo bajo. Aunado a esto, se ha identificado que las personas deprimidas presentan un aumento en la probabilidad de tener un mayor número de parejas sexuales y de abusar del alcohol u otras sustancias, lo que contribuye a un mayor riesgo de transmisión del VIH (Hutton et al., 2004).

La depresión en PVV, además de impactar en su calidad de vida, está asociada con la progresión rápida de enfermedades oportunistas relacionadas al VIH, pobre adherencia al TARV, aumento en las conductas sexuales de riesgo y la conducta suicida (Musinguzi et al., 2018).

En una revisión sobre PVV en comorbilidad con depresión, se identificó que las mujeres con síntomas depresivos crónicos y VIH tienen el doble de riesgo de fallecer por complicaciones relacionadas con sida, al compararlas con aquellas que no han experimentado episodios depresivos; por igual, se concluye que vivir con VIH impacta en las personas, considerándolo como un estresor que consecuentemente puede derivar en síntomas depresivos. En las investigaciones de dicha revisión se recurrió al IDB y fue útil para determinar la relación con una pobre adherencia al TARV, conductas de riesgo y consumo de sustancias, lo que derivó en una evolución tórpida de la infección por VIH (Yousuf et al., 2019).

La asociación de la depresión y la progresión de la infección por VIH se basa en una liberación constante de interleucina-6 (IL-6) y del factor de necrosis tumoral-alfa (TNF- α) en personas con depresión. Estas citocinas proinflamatorias favorecen cuadros de inmunosupresión y por consecuencia la progresión del VIH o de otras enfermedades. Agregado a esto, la depresión en PVV no sólo es relevante por su asociación con la poca adherencia al TARV, sino también porque las personas recurren a conductas que las ponen en riesgo y por la presencia de intentos suicidas ante la complicación de sus condiciones (Musinguzi et al., 2018).

En una investigación en Ontario, Canadá, se entrevistaron de forma clínica a PVV y que reciben atención en clínicas especializadas. Se identificó como foco de atención y factor de riesgo

el subdiagnóstico de episodios depresivos, lo cual genera que no se inicie el tratamiento antidepresivo en el momento indicado y, por lo tanto, hay un impacto en la adherencia a TARV, que deriva en un riesgo elevado de deterioro en la salud de la persona, así como mayor probabilidad de transmisión del virus (Choi et al., 2016).

En otro estudio realizado en Baltimore, se identificó a través del empleo de IDB y de una entrevista clínica, que las personas deprimidas tenían más probabilidades de participar en comportamientos de riesgo para VIH, en comparación con las personas no deprimidas al ingreso en una clínica enfocada en la atención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Por igual, se reportó que personas deprimidas eran más propensas a haber intercambiado drogas o dinero a cambio de entablar relaciones sexuales, incluso compartieron haber tenido relaciones sexuales bajo estados de intoxicación por alcohol u otras sustancias. En dicho estudio se concluyó una asociación entre las conductas de riesgo que adoptan las personas deprimidas con el aumento del consumo de sustancias y la probabilidad de adquirir el VIH. Los autores enfatizaron en identificar síntomas depresivos de manera oportuna para desarrollar estrategias e intervenir oportuna y eficazmente para reducir las prácticas sexuales de riesgo para adquirir VIH, apoyar el cambio de comportamiento y disminuir los riesgos a la salud (Hutton et al., 2004).

Consumo de sustancias y adherencia al tratamiento antirretroviral para el VIH

El consumo de sustancias se refiere al uso de drogas naturales o sintéticas que tiene efecto específicamente en el sistema nervioso central, lo que puede generar alteraciones en el estado de ánimo o en la percepción de estímulos como el dolor. Dichos efectos pueden alterar el razonamiento y favorecer conductas sexuales impulsivas, como prácticas sexuales de riesgo, múltiples parejas sexuales, intercambio de drogas por sexo o dinero, lo que facilita la transmisión de ITS, específicamente del VIH. Dentro de las sustancias identificadas con mayor frecuencia de uso y este tipo de prácticas están el alcohol, tabaco, cannabis, estimulantes (cocaína, anfetaminas, etc), opioides, sedantes o hipnóticos, alucinógenos e inhalantes (Irrázabal et al., 2016).

Estos antecedentes son relevantes, considerando que el consumo de sustancias no sólo aumenta los riesgos de transmisión del VIH, sino también exacerba disfunciones cognitivas que derivan en la disminución de la calidad de vida y en el funcionamiento de las PVV (Langford et al., 2011). Por ejemplo, consumir alcohol en cantidades riesgosas pueden comprometer la respuesta del TARV y también se ha asociado a prácticas sexuales de riesgo que favorecen la transmisión del VIH (Silverberg et al., 2018).

Tanto los episodios depresivos, como el consumo de sustancias, reducen la adherencia a los cuidados necesarios para el manejo del VIH, lo que impide que las personas que viven con esta enfermedad difícilmente alcancen la supresión viral (Fojo et al., 2019). Aunado a lo ya mencionado, el consumo de alcohol y otras sustancias se ha considerado que probablemente tiene efectos directos en la replicación del virus y la activación del sistema inmune, favoreciendo así que las PVV y que consumen sustancias interrumpen el TARV como resultado de un cuadro depresivo comórbido. De forma similar, el consumo de cocaína, opioides y metanfetaminas está asociado con una inadecuada adherencia al TARV; por igual, el abuso de alcohol tiene una alta comorbilidad con episodios depresivos y esto, a su vez, favorece el consumo de cocaína, opioides y metanfetaminas (Fojo et al., 2019).

Un estudio realizado en Camboya demostró que las personas que consumen sustancias, principalmente por vía intravenosa y que comparten jeringas y agujas con otros consumidores, tienen relaciones sexuales de riesgo bajo intoxicación por estas sustancias, lo que contribuye considerablemente a una prevalencia más alta para el VIH. De igual forma, los usuarios de sustancias no inyectables (principalmente el consumo de estimulantes de tipo anfetaminas), corren un mayor riesgo de experimentar problemas de salud física, mental y trastorno por abuso de polisustancias; a su vez, pueden convertirse en usuarios de drogas inyectables con un mayor riesgo de transmisión del VIH. Los participantes de esta investigación, especialmente los usuarios de drogas intravenosas afirmaron haber practicado relaciones sexuales de riesgo a cambio de otras sustancias y de dinero para la adquisición de éstas. Este estudio sugirió crear estrategias para atender subgrupos de personas que consumen diversas sustancias, principalmente a los usuarios de drogas inyectables y sin olvidar la atención a otros usuarios (Sopheab et al., 2018).

Los resultados obtenidos en una revisión sistemática sugieren que la criminalización del consumo de drogas tiene un efecto negativo en la prevención y el tratamiento del VIH. Este efecto negativo fue particularmente evidente cuando se observó la disminución de la distribución de agujas y jeringas, un mayor intercambio de jeringas y una mayor carga del VIH entre las personas que se inyectan sustancias. Sobre el uso de sustancias intravenosas, se ha interpretado como un problema de salud pública en donde se han identificado los riesgos posibles siendo la propagación de enfermedades infecciosas, especialmente el VIH, la de mayor interés. Se cree que alrededor del 13% de las personas que se inyectan drogas viven con VIH, lo que representa aproximadamente 1.7 millones de personas (DeBeck et al., 2017).

En una investigación realizada en Santiago de Chile, cuya población de estudio se centró en mujeres que viven con VIH, se identificó que el alcohol es una de las sustancias frecuentemente utilizadas debido a su fácil acceso y costo; y seguido están la marihuana y la cocaína. En dicho estudio se reportó que los niveles de dependencia a las sustancias son mayor en las mujeres que en los hombres, principalmente hacia la cocaína. Esto favorece las prácticas sexuales de riesgo, múltiples parejas sexuales e intercambio de sexo por dinero u otras sustancias, lo cual aumenta el riesgo de transmisión del VIH (Irrázabal et al., 2016).

Autoestigma asociado al VIH

Con base en lo establecido por Balaji y colaboradores (2017), se define como estigma a la desacreditación social de un grupo o individuos que son marginados por otras personas y que se les atribuyen creencias negativas, lo que contribuye a la discriminación y violencia física o psicológica. Este concepto ha sido rediseñado en diversas formas: “estigma anticipado”, el cual se caracteriza por la expectativa de que los individuos sean devaluados por otros si su identidad o condición se vuelven conocidas; “estigma percibido”, el cual se refiere a la anticipación de actitudes sociales negativas y miedo a la discriminación; “autoestigma”, en el cual la misma persona adopta hacia sí misma los prejuicios, creencias y sentimientos negativos del mismo grupo estigmatizado.

Se ha identificado que algunas personas pasan por diferentes síntomas tales como estrés, ansiedad, depresión u otros malestares psicoemocionales, cuando se les notifica o atestiguan algún diagnóstico de una enfermedad crónica (Reis et al., 2013). Williamson y colaboradores señalan que vivir con una enfermedad crónica como el VIH puede ser estresante, a menudo se estigmatiza y la enfermedad requiere un ajuste considerable (Williamson et al., 2017). Varios estudios han caracterizado a la población que vive con VIH como un grupo que experimenta estrés social frecuente, relacionado con la forma en que otros perciben su estado, lo que predice una menor calidad de vida y síntomas depresivos. Paralelamente, otro estudio en población afroamericana, concluyó que vivir con VIH puede conceptualizarse como un estresante social crónico que puede tener consecuencias más perjudiciales para la salud mental, debido al estigma generalizado relacionado con el VIH que existe dentro de esa comunidad étnica (Williamson et al., 2017). Además de este impacto en la salud física y emocional, las PVV modifican sus estilos de vida para optimizar su adherencia al TARV o tomar otras medidas de autocuidado para evitar infecciones oportunistas, lo cual favorece la presencia de desesperanza, vergüenza, miedo o culpa (Reis et al., 2013).

De igual manera, la posible relación del estigma y autoestigma hacia las PVV con la presencia de síntomas depresivos se ve favorecida por el aislamiento social que, a su vez, entorpece la búsqueda de ayuda o de atención médica y afecta su adherencia al TARV. Así mismo, en revisiones sistemáticas se ha observado al autoestigma como predictor importante para desarrollar síntomas depresivos (MacLean & Wetherall, 2021).

Adherencia al tratamiento

Con el transcurso de los años se han estructurado diversos conceptos para el término “adherencia” en el contexto de la atención clínica al VIH. Estos coinciden en describirla como una serie de conductas en donde las PVV se comprometen en la ingesta del TARV y en mantener su toma continua, además de seguir las indicaciones médicas, acudir a consultas con diferentes profesionales del equipo multidisciplinario, evitar conductas de riesgo y hacer cambios en el estilo de vida para retomar actividades en distintas esferas de su vida diaria (Varela-Arévalo et al., 2008). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) coincide en este concepto para asegurar una continuidad en un tratamiento a largo plazo, por lo que adopta una definición que describe a la adherencia como a la serie de conductas que realiza el paciente para la ingesta de sus medicamentos y seguir indicaciones dadas por los profesionales de salud, agregando el involucramiento del paciente como participante principal en la relación con el equipo médico, lo que tiene gran importancia para favorecer la adherencia al tratamiento (Varela-Arévalo et al., 2008). Por igual, la OMS ha externado su preocupación sobre la importancia de mantener una adecuada adherencia ya que está asociada con el éxito o fracaso terapéutico para el control del VIH, por lo que se corre el riesgo de una rápida replicación y mutación viral, resistencia al tratamiento y favorecer la concomitancia de infecciones oportunistas (Varela-Arévalo et al., 2008).

De igual manera, se han identificado diversos factores en la falta de adherencia al TARV entre los que destacan: los socioeconómicos, los relacionados con el sistema de salud, con la enfermedad misma, con el tratamiento, con el paciente, la percepción inconforme de su estado de salud y sopesar el manejo de su tratamiento. Dentro de las principales variables asociadas con cierta dificultad para la adherencia al TARV se encuentran: edades jóvenes, pobreza y pérdida de red de apoyo social; por igual, se identificaron otros factores, tales como: episodios depresivos, consumo de sustancias, efectos secundarios de los medicamentos, el estigma, suposiciones acerca de la efectividad y su estado de salud al momento del tratamiento. La comprensión de estos elementos es esencial para determinar qué tipo de intervenciones podrían emplearse para disminuir las tasas de inadecuada adherencia, ya que mantener rangos altos de

adherencia al TARV (90% - 95%) es crucial para alcanzar un tratamiento exitoso (Reisner et al., 2009).

Como antecedente en México, se realizaron estudios en donde se evaluaron factores que influyen en la adherencia a TARV y se demostró que el 40% había interrumpido la ingesta de medicamentos y la reinició posteriormente. Se analizaron resultados de PVV provenientes de cuatro estados de la República Mexicana (Morelos, Guerrero, Estado de México y Ciudad de México), en las que se identificaron las causas más habituales para interrumpir la toma de medicamentos: olvido (35%), evitar efectos secundarios (23%) y no contar con el medicamento cercanamente cuando correspondía su toma 38%) (Peñarrieta et al., 2009). Con esta investigación se concluyó que algunas variables involucradas en la adherencia al TARV fueron el nivel educativo, la influencia sociocultural, la percepción de la enfermedad, la pobre red de apoyo, el conocimiento sobre el tratamiento y su posible toxicidad; así como síntomas depresivos, ansiosos, consumo de sustancias o el olvido de la toma; la presencia de estas variables favorece una inadecuada adherencia y consecuentemente complica el curso de la infección (Peñarrieta et al., 2009).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Contar con diagnóstico de infección por el VIH genera un impacto psicológico y social en las personas que lo reciben y usualmente genera negación, lo que dificulta, en ocasiones, iniciar o mantener TARV (Caballero-Suárez et al., 2017). La depresión y el consumo de sustancias son padecimientos mentales muy frecuentes en las PVV, además que se ha identificado en investigaciones previas que la depresión es frecuentemente subdiagnosticada y que al no atenderla puede favorecer conductas sexuales riesgo, tales como múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales sin uso de preservativo o intercambio de sexo por dinero o sustancias, con la finalidad de mitigar la angustia y el ánimo bajo (Caballero-Suárez et al., 2017). Estas conductas no sólo favorecen la progresión de la infección por el VIH, sino también el aumento en su transmisión. En 2017, un estudio reportó que mujeres mexicanas que vivían con VIH (45%) eran más propensas a padecer episodios depresivos que los hombres (18.6%); por igual, la severidad de la sintomatología depresiva estuvo sumamente relacionada a la carga viral que presentaban al momento del estudio (Caballero-Suárez et al., 2017).

Otra conducta que se ha observado en las PVV es el uso de sustancias psicoactivas, cuyos efectos alteran el razonamiento de quien lo usa y favorece, similar a la depresión, conductas sexuales de riesgo caracterizadas por impulsividad (múltiples parejas sexuales,

relaciones sexuales sin uso de preservativo, intercambio de drogas por sexo o dinero, compartir jeringas y agujas para administración de sustancias intravenosas) y facilita la transmisión de cualquier ITS, incluyendo VIH o virus de la hepatitis B o C (Sopheab et al., 2018). Es importante señalar que el consumo de sustancias no sólo aumenta los riesgos de transmisión del VIH, sino también exacerba disfunciones cognitivas que derivan en la disminución en la calidad de vida y en el funcionamiento de las PVV (Sopheab et al., 2018). Se ha evidenciado que la mayoría de los usuarios de sustancias no intravenosas son hombres (81.5%) quienes se encuentran entre los 20 a los 29 años y la prevalencia de VIH en consumidores de sustancias fue de 5.1%. En este reporte se identificó que la prevalencia de mujeres que vivían con VIH y que consumían drogas intravenosas fue 37.5%, mientras que la prevalencia en los hombres con las mismas características fue de 22.5% (Sopheab et al., 2018).

En su reporte mundial del 2018, la ONUSIDA establece que el estigma hacia el VIH ha acompañado a las personas que viven con esta enfermedad desde los primeros casos reportados en la historia del virus, acompañándose de conductas discriminatorias (ej. aislamiento social por temor a contagiarse fácilmente) y violentas ejercidas por terceros, las cuales están asociadas a otras creencias estigmatizantes (ej. Relación entre homosexualidad con VIH). Esto ha generado que se recurran a diversas conductas evitativas por las PVV para evitar estas situaciones de discriminación (ej. Evitar tomas de dosis de medicamento cuando se encuentra en un contexto social, limitar su redes familiares o sociales, etc. (ONUSIDA, 2018). La contribución del autoestigma hacia el VIH condicionan emociones e ideas como el miedo, culpa, castigo, pensamientos de minusvalía o hasta rechazo hacia sí mismo. La información en México refleja pocos datos sobre este factor, ya que en 2015 solamente 15.4% de las mujeres que vivían con VIH (50,000) reportaron haber sufrido algún tipo de discriminación al compartir su diagnóstico (ONUSIDA, 2018).

Si bien la adherencia al TARV se ha visto influida por diversos factores como la edad, nivel socioeconómico o red de apoyo; se han identificado otros factores que afectan la adherencia, tales como: episodios depresivos, consumo de sustancias y el estigma; se sospecha que el autoestigma puede impactar en la adherencia al TARV y disminuir el objetivo de mantener rangos altos de adherencia (90% - 95%) para alcanzar un tratamiento exitoso (Reisner et al., 2009). Las PVV han referido que evitan la ingesta de su medicación en frente de familiares o amigos debido a que no desean compartir su diagnóstico por temor a ser discriminados o violentados física o psicológicamente, lo que genera interrupción en el régimen terapéutico que puede repercutir en olvido de tomas o abandono del TARV (Fojo et al., 2019).

Se ha comprobado que la presencia de depresión que no cuenta con tratamiento, y que se cronifica, tiene una liberación prolongada de citocinas inflamatorias, lo cual inmunosuprime aún más a las PVV. Si se agrega el diagnóstico del VIH evidentemente se exacerbaría la disminución de actividad inmunitaria en el individuo, favoreciendo cuadros repetidos o graves de infecciones oportunistas (Musinguzi et al., 2018). Otros hallazgos que han sido descritos por Musinguzi y colaboradores son la exacerbación de síntomas depresivos en PVV, por lo que se ha propuesto considerar al diagnóstico de VIH como factor de riesgo para síntomas depresivos graves como la ideación o conducta suicida y, a su vez, si sumamos a este trastorno afectivo, el consumo de sustancias, ambos pueden reducir la adherencia a los cuidados necesarios para el manejo del VIH, lo que impide que se alcance la supresión viral (Musinguzi et al., 2018).

JUSTIFICACIÓN

Partiendo de la información previamente revisada, donde se identifica que la depresión, el consumo de sustancias y el autoestigma influyen en la adherencia al TARV, y por consecuencia tiene repercusiones en la salud de las PVV, esta investigación evaluará de qué manera la interacción de estos padecimientos mentales influyen en la adherencia al TARV.

Las Clínicas Especializadas Condesa (CEC) y Condesa Iztapalapa (CECI) son centros clínicos de atención para PVV en la Ciudad de México. Desde su fundación, han promovido diversos programas de prevención, atención y seguimiento enfocado a poblaciones en vulnerabilidad y en alto riesgo de ITS. Actualmente, la CEC y CECI atienden a más 14,000 personas en diferentes servicios y programas especializados en VIH e ITS, salud mental, diagnóstico, consejería, entre otras; por igual, apoyan a víctimas de violencia sexual, migrantes, personas en situación de calle y usuarios de drogas. Poseen una red de colaboración extensa y que han consolidado con otros centros investigadores de salud, tanto nacionales como internacionales, esto con la finalidad de apoyar el desarrollo científico para beneficiar a personas que viven con VIH. Dentro de esta red de colaboradores figuran instituciones como el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER), el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), las universidades de Brown y de California (en Estados Unidos), el Instituto Pasteur (en Francia), la Fundación Oswaldo Cruz (en Brasil), entre otras; incluso ha atendido las recomendaciones realizadas por el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) y la

Organización Mundial de la Salud (OMS) (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida, 2017).

A pesar de la información comentada con anterioridad sobre los datos de prevalencia con que se cuenta a nivel nacional, aún no se cuenta con suficiente información en México sobre personas que viven con VIH que se encuentran en TARV, que padecen depresión y consumen diversas sustancias, entre otras cosas con la finalidad de mitigar sintomatología depresiva asociada; por igual, hay poca información sobre el impacto que llegase a tener el autoestigma en las personas que se conocen con el diagnóstico de VIH. Debido a esto, se considera de suma importancia profundizar más sobre estos temas con la finalidad de aportar datos concernientes a estas condiciones, que promuevan el reconocimiento de necesidades específicas en personas que viven con VIH en población mexicana. Además de esto y como se mencionó, se recurrió a la CEC y a la CECI ya que son centros que se especializan, principalmente, en la atención de PVV por lo que se encuentra un área de oportunidad para identificar posibles factores de riesgo o estresores que obstaculizan a alcanzar una adecuada adherencia al TARV en esta población.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La depresión y el consumo de sustancias moderado o grave tendrá relación con la adherencia al TARV en PVV, teniendo al autoestigma como mediador de esta relación?

HIPÓTESIS

Las PVV que cursan con depresión y tienen un consumo de sustancias moderado o grave tendrán menor adherencia al TARV, y esta relación se verá modificada por los niveles de autoestigma.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Observacional, retrospectivo, transversal, homodémico y de asociación.

Objetivo general

Determinar la asociación entre la depresión y el consumo de sustancias moderado o grave con la adherencia al TARV en personas que viven con VIH, y evaluar la mediación del autoestigma reportado en esa asociación.

Objetivos específicos

1. Determinar la presencia de depresión en una muestra de PVV.
2. Determinar los patrones de consumo de sustancias en leve, moderado o grave en una muestra de PVV.
3. Determinar la alta y baja adherencia al TARV en una muestra de PVV.
4. Determinar el nivel de autoestigma en una muestra de PVV.
5. Identificar qué tipo de sustancias tienen una mayor asociación con la baja adherencia en una muestra de PVV.
6. Identificar si la relación entre el consumo de sustancias y el autoestigma es directamente proporcional en una muestra de PVV.

Criterios de inclusión

1. Personas con diagnóstico confirmado de VIH de ≥ 6 seis meses de evolución.
2. Tener un expediente activo en la CEC o CECI.
3. Mayores de 18 años.
4. Escolaridad igual o mayor a 6 años (primaria completa).
5. Estar bajo TARV de 6-24 meses desde la primera vez que se le prescribió, sin importar historial de adherencia.
6. Aceptar firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

1. Patología mental grave. (ej., esquizofrenia).
2. Participantes con trastorno depresivo mayor o trastorno por consumo de sustancias graves, con inestabilidad clínica o sin tratamiento.
3. Diagnóstico clínico de trastorno neurocognitivo mayor u otra condición relacionada.

Variables

Independientes: Depresión y consumo moderado y grave de sustancias.

Moderadora: Autoestigma asociado al VIH.

Dependiente: Adherencia al TARV.

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Categorías | Fuente |
|--------------------|---|--|-------------------------|--|-------------------------|
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona | Pregunta directa sobre los años cumplidos al momento de la evaluación | Cuantitativa discreta | Registrado en número de años cumplidos | Ficha de identificación |
| Género | Identidad de género de una persona, sin importar su sexo de nacimiento. | Identificación personal hacia alguna identidad de género. | Cualitativa nominal | 1= Mujer 2= Hombre 3= Mujer trans. 4= Hombre trans | Ídem |
| Escolaridad | Tiempo de formación académica en instituciones de educación. | Número de años de escolaridad concluidos y acreditados al momento de la evaluación | Cualitativa nominal | 1= Primaria completa 2= Secundaria completa. 3= Preparatoria o técnica completa 4= Licenciatura completa. 5= Especialidad completa. 6= Posgrado completo. | Ídem |

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Categorías | Fuente |
|------------------------------|---|--|-----------------------|--|--|
| Depresión | Conjunto de síntomas del estado de ánimo, caracterizado por ánimo bajo, anhedonia, alteraciones del sueño, etc., de acuerdo con los criterios diagnósticos de DSM-5 | Presencia o ausencia de episodio depresivo mayor, junto con la gravedad. | Cualitativa ordinal | Puntaje: 0 a 13: Sin depresión. 14 a 19: Depresión leve. 20 a 28: Depresión moderada. 29 a 63: Depresión grave | Inventario de depresión de Beck (BDI) |
| Consumo de sustancias | Patrón de consumo de cualquier sustancia, por lo general, mediante autoadministración, de una manera que se desvía de los patrones sociales o médicos aprobados | Presencia o ausencia de consumo de sustancias, junto con la gravedad. | Cualitativa ordinal | Riesgo bajo = Alcohol 0-10. Otras sustancias 0-3. Riesgo moderado = Alcohol 11-26; Otras sustancias 4-26. Riesgo alto = ≥ 27 | Prueba de detección del consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) |
| Autoestigma por VIH | Proceso en el cual la persona adopta hacia sí misma prejuicios, creencias y sentimientos negativos al conocerse con diagnóstico de VIH. | Presencia o ausencia de autoestigma por VIH, junto con la gravedad. | Cuantitativa discreta | Puntaje de la escala de medición. A mayor puntaje, mayor autoestigma. | Instrumento de Estigma sobre VIH/SIDA en personas viviendo con VIH/SIDA (HASI-P) |

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Tipo de variable | Categorías | Fuente |
|-------------------|---|--|----------------------|--|--|
| Adherencia | Conducta caracterizada por la toma prescrita de medicamento en tiempo y dosis, según la indicación del personal médico. | Medición del nivel de concordancia entre la toma del TARV y la indicación del personal médico. | Cuantitativa ordinal | Con adherencia perfecta = Si responde "En ninguna ocasión" en las cuatro preguntas sobre conducta adherente. Sin adherencia perfecta = Si en alguna de las cuatro preguntas sobre conducta adherente responde algo distinto a "En ninguna ocasión". | Cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH) |

Instrumentos de medición (con propiedades clinimétricas):

Para fines de esta investigación, se creó un instrumento expreso en donde se preguntó los datos de las variables sociodemográficas descritas anteriormente. Además, todo el instrumento se complementó con diferentes cuestionarios que se describen a continuación:

Inventario de depresión de Beck (BDI)

Es un cuestionario creado por el psiquiatra Aaron T. Beck, en 1961, está compuesto por 21 reactivos tipo Likert. El inventario ha sido uno de los instrumentos más utilizados para detectar y medir la gravedad de síntomas depresivos. Los reactivos mostrados en este inventario solamente describen los síntomas clínicos más frecuentes en episodios depresivos. Este cuestionario está destinado para un uso clínico en pacientes adultos y adolescentes mayores de 13 años con un diagnóstico psiquiátrico (Sanz et al., 2011).

El inventario evalúa la gravedad de la depresión y cada reactivo se califica en una escala de 4 puntos que comprende desde 0 hasta 3 puntos, al final se suman y los valores mínimos y máximos obtenibles son 0 y 63 puntos, respectivamente. El participante puede realizarlo en 10

minutos aproximadamente. La versión original fue utilizada en una muestra de pacientes psiquiátricos, mostrando excelentes propiedades psicométricas (Sanz et al., 2011).

Posterior a un metaanálisis comparativo realizado por Beck, Steer y Garbin, concluyeron que el valor promedio del coeficiente alfa para muestras clínicas es de 0.86 y para muestras no clínicas es de 0.81. La estabilidad temporal, test-retest ha sido probado en intervalos de una semana de aplicación o más tiempo. El valor promedio de correlación y validez concurrente con la escala de Hamilton, la escala de Zung y la escala de depresión del MMPI, oscila entre 0.72 y 0.73 respectivamente. El análisis factorial muestra que el número de factores obtenidos, dependiendo del tipo de muestra utilizada, oscila entre 3 y 7. No obstante lo anterior, la evidencia apunta hacia el hecho de que este inventario representa un síndrome general de depresión que se puede dividir en 3 factores intercorrelacionados: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática. Por igual, señalaron que existe evidencia de que este instrumento discrimina entre subtipos de depresión y claramente diferencia la depresión de la ansiedad (Jurado et al., 1998).

Este instrumento fue construido originalmente en los Estados Unidos y posteriormente fue traducida al español (España), chino, alemán, francés, sueco, árabe, persa y búlgaro. A su vez, esta escala que requiere autorización para su adquisición y su uso está restringido a psicólogos o profesionales certificados aun cuando se utilice con fines de investigación (Jurado et al., 1998).

En México se han reportado tres estudios psicométricos cuyo objetivo traducir, adaptar y estandarizar este inventario. Esto implicó obtener datos de confiabilidad, validez de constructo, validez concurrente, así como todas las normativas para residentes en la Ciudad de México utilizando muestras clínicas y no clínicas.

Primer estudio (Eignor, 2013):

- Fase I: Participaron 81 personas, residentes de la Ciudad de México, entre 15 y 65 años. Inicialmente se obtuvo el BID original (en inglés) directamente de la *Psychological Corporation*. Se tradujo al español sometiéndolo a la validación 10 profesores de la Facultad de Psicología con amplio dominio del inglés y conocimientos sobre psicometría y depresión. Las correcciones sugeridas fueron incorporadas hasta tener como resultado la versión que se sometió al estudio piloto. Las respuestas fueron codificadas y procesadas mediante el paquete estadístico SPSS versión 4.0. El análisis de confiabilidad para obtener la consistencia interna arrojó para esta versión, un coeficiente alfa de Cronbach de 0.78.

- Fase II: Participaron 1508 personas, residentes de la Ciudad de México, entre 15 y 65 años. Se aplicó el BDI a 1508 personas. Una vez aplicados los cuestionarios, posterior al reporte estadístico acerca de las características de esta muestra obtenida, se decidió su dividirla en dos submuestras: población general (285 hombres, 365 mujeres) y estudiantes (515 hombres y 343 mujeres).

En ambas fases, el inventario se aplicó de manera individual y colectiva en colegios, domicilios particulares y deferentes sitios laborales en diversas zonas de la Ciudad de México.. Las respuestas de los inventarios realizados fueron codificadas y procesadas con un paquete SPSS. El análisis de consistencia interna para muestra normativa arrojó un valor alfa de 0.87.

Segundo estudio (Psychological Corporation, 1996):

Su objetivo consistió en evaluar la validez concurrente entre el BDI y la Escala de Zung en una muestra de participantes con previo diagnóstico de depresión. Participaron 120 personas que acudieron a consulta externa o al área de psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN). Los participantes fueron seleccionados tras ser entrevistados por un psiquiatra, éste los refería con una psicóloga quien los invitaba a responder los instrumentos: primero se les entregaba el BDI y enseguida la Escala de Zung. La muestra de este estudio quedó integrada por 101 mujeres y 19 hombres con edades entre 17 y 72 años. Los diagnósticos psiquiátricos fueron: depresión del climaterio 21.7%, depresión reactiva 25%, depresión orgánica 7.5%, depresión neurótica 28.3%, depresión involutiva 12.5% y trastorno afectivo bipolar en fase depresiva 6%.

Tercer estudio (Jurado et al., 1998):

Consistió en evaluar la validez concurrente de BDI y la escala de Zung en una muestra de adolescentes de bachillerato, en donde participaron 546 alumnos entre 15 y 23 años. Un especialista pasaba a cada salón e identificaba a los alumnos que cumplían con el rango de edad y los invitaba a contestar los instrumentos en el siguiente orden: primero el BDI y luego la escala de Zung. Cuando era necesario se repetían las instrucciones que venían escritas en cada instrumento y se procedía a contestarlos. La distribución por semestre escolar indicó que 149 (27.3%) cruzaba el primero, 138 (25.3%) el tercero y 259 (47.4%) el quinto semestre de preparatoria. En cuanto al estado civil, 526 (96.3%) eran solteros, 17 (3.1%) eran casados y 3 (.5%) vivían en unión libre.

Con base en los resultados de los estudios descritos, se concluyó que la versión mexicana del BDI cumplía con los requisitos psicométricos mínimos necesarios para ser empleada para

evaluación de la depresión, es decir reporta cifras estadísticas que demuestran la validez de contenido de criterio y de constructo.

El coeficiente alfa de Cronbach obtenido en esta revisión fue compatible con el reportado en la bibliografía internacional respecto a los metaanálisis reportados por el propio Beck y colaboradores, el cual lo refieren como de 0.87 (Jurado et al., 1998).

Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) (Organización Mundial de la Salud, 2011)

Fue diseñado bajo la supervisión de la OMS a través de especialistas en adicciones con la finalidad de desarrollar una escala clinimétrica para tamizar el impacto que genera el consumo de sustancias psicoactivas como un problema de salud pública. La prueba se diseñó para que se utilizara desde el primer nivel de atención ya que puede detectarse si el consumo fuese nocivo o pudiera agravarse.

Este cuestionario es autoaplicable y consta de ocho preguntas para detectar el consumo de las siguientes sustancias: Tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes (tipo anfetamina), inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas.

El cuestionario refleja el riesgo para cada sustancia que el usuario ha consumido a lo largo de su vida y de forma más reciente. A través de la puntuación, se obtiene estadios de la clasificación del nivel de riesgo como “bajo”, “moderado” o “alto”, esto con la finalidad de determinar la intervención adecuada: “no tratamiento”, “intervención breve” o “derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento”, respectivamente (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Dentro de las sugerencias que establecen los profesionales en cuanto a las puntuaciones evaluadas, el rango “moderado” obtenido nos podría orientar hacia un consumo dañino de las sustancias en cuestión, mientras que las puntuaciones de rango “alto” orientan a una posible dependencia a las sustancias. El puntaje total se obtiene por la suma de las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. Por otra parte, los resultados de la pregunta 8 no se integran a la puntuación total, pero funciona como un indicador de alto riesgo y ofrece un panorama en donde se encuentra riesgos como sobredosis, dependencia, infecciones virales (VIH y hepatitis C) y con niveles más altos de otro tipo de problemas relacionados con las drogas (Organización Mundial de la Salud, 2011).

De acuerdo con el manual para el uso del ASSIST en atención primaria, dicha escala pasó por tres etapas de prueba para confirmar su validez y confiabilidad en el ámbito internacional y demostrar que puede vincularse a intervenciones breves. Se describen a continuación (Organización Mundial de la Salud, 2011):

- Fase I: Se estructuró en 1997 y 1998, generando así la primera versión de la prueba conformada por 12 preguntas. Estas preguntas fueron sometidas a un estudio de confiabilidad de test-retest en diferentes países para evaluar su confiabilidad y factibilidad. Los resultados arrojaron que la prueba era confiable y factible de acuerdo con los testimonios de los participantes y para facilitar la administración y comprensión de las preguntas; reduciendo el cuestionario a ocho preguntas.
- Fase II: Se llevó a cabo por medio de un estudio internacional para validar el cuestionario de la prueba de detección en una gran población de servicios de la atención de primer nivel y de un posible manejo contra las drogas; esto sucedió en los años 2000 y 2002. Satisfactoriamente, este estudio demostró la validez de la prueba de manera predictiva y discriminatoria, por lo que inicialmente se incluyeron las puntuaciones límite para 'riesgo bajo', 'moderado' y 'alto'.
- Fase III: Tuvo como finalidad investigar, a través de pruebas aleatorizadas, para conocer la eficacia de intervenciones breves con base en las puntuaciones que coincidían con consumo moderado en diferentes sustancias. Esta intervención tuvo como duración de 5 a 15 minutos y el estudio se realizó entre 2003 y 2007. Dentro los resultados obtenidos, se demostró que los participantes que recibieron una intervención disminuyeron significativamente las puntuaciones de la prueba después de tres meses.

Para este estudio, se ha adaptado a un formato en el cual se incluyen nombres comunes con que en la zona de influencia son conocidas algunas sustancias, tal y como sugieren los autores de esta escala (Organización Mundial de la Salud, 2011).

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

(Vega-Ramírez & Lara-Muñoz, 2013)

Este instrumento consiste en una escala tipo Likert, autoaplicable, de 27 reactivos que evalúan la frecuencia en los últimos tres meses en que las PVV han experimentado sucesos, pensamientos o emociones relacionadas a su diagnóstico de VIH. De igual manera, en esta escala se exploran los pensamientos y sentimientos de las personas tiene hacia sí misma al

concientizarse sobre su vivencia con VIH, dicho de otra manera, su estigma internalizado o autoestigma.

La elaboración de este instrumento consistió en tres fases de investigación, desde 2003 hasta 2006 para el desarrollo y validación de éste. Estas fases se realizaron en cinco países: Malawi, Lesoto, Sudáfrica, Suazilandia y Tanzania.

- Fase I: Elaboración de los reactivos. Se integraron grupos de personas que viven con VIH en los países mencionados, provenientes tanto de áreas rurales y urbanas, obteniendo 111 participantes, los cuales fueron asignados a 19 grupos. Los reactivos se construyeron a partir de las citas textuales que los participantes proporcionaron, los cuales fueron revisados minuciosamente por los investigadores. Se decidió establecer cuatro opciones de respuesta tipo Likert para cada reactivo y así dar otras opciones de respuestas y hacerlas comprensibles a los participantes. Al final, se obtuvieron 90 reactivos para el estudio piloto.

- Fase II: Esta fase se llevó a cabo en dos fases. La primera, consistió en la participación de cuatro a seis personas que viven con VIH de los países previamente mencionados. En la segunda fase se aplicó el instrumento a 217 personas que viven con VIH de estos países. Posterior al análisis factorial con rotación oblicua de todos los reactivos, se obtuvieron diez factores, con un alfa de Cronbach >0.70 para cada uno. Se eliminaron los reactivos que tuvieron una pobre carga factorial, generando un instrumento de 72 reactivos, con adecuada confiabilidad interna y validez de constructo.

- Fase III: Validación del instrumento. Los investigadores aplicaron el instrumento a 300 PVV, sumando 1,477 participantes. Se llevó a cabo un análisis factorial para cada país y se realizó una comparación entre ellos.. Para valorar la validez convergente, el instrumento se comparó 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 a este análisis factorial resultó un instrumento de 33 preguntas. Cada país llevó a cabo una revisión de los factores y se concluyó que seis factores eran los más constantes e interpretables, teniendo una carga factorial muy similar entre ellos. Estos factores obtenidos se describen a continuación: abuso verbal (8 reactivos, alfa= 0.906), autopercepción negativa (5 reactivos, alfa= 0.906), negligencia en instituciones de salud (7 reactivos, alfa= 0.832), aislamiento social (5 reactivos, alfa= 0.890), miedo al contagio (6 reactivos, alfa= 0.795), y estigma en el lugar de trabajo (2 reactivos, alfa= 0.758). La puntuación de este instrumento se

realiza sumando los puntajes de cada reactivo (0-3), dividiendo el resultado entre el número de reactivos de cada factor. Entre mayor es el puntaje obtenido, se puede interpretar que hay mayor percepción del estigma y viceversa. Los mayores puntajes totales de cada factor fueron para: autopercepción negativa (0.95), abuso verbal (0.65) y aislamiento social (0.64); en cambio, 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).

Finalmente se realizó la correlación con la SSC-HIVrev y las dos dimensiones propuestas del HAT-QoL, encontrándose una correlación positiva con el primero de 0.158 (rango= 0.09-0.25); y 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). Se ha empleado este instrumento en otras investigaciones en donde se involucran con el estigma y el autoestigma, así como sus factores asociados o predictores. En cambio, se ha identificado que las personas con mayor nivel educativo tendían a reportar más autoestigma, de acuerdo con la sección de 'Autopercepción negativa' del instrumento.

Adaptación, uso y validación para esta investigación del HASI-P (Vega-Ramírez & Lara-Muñoz, 2013)

Posterior al análisis clinimétrico de esta escala, podemos concluir que es idóneo para medir el autoestigma como variable moderadora. A continuación, se detalla el proceso de validación y de adaptación para una investigación realizada en personas que viven con VIH de la CEC:

1. Se tradujo el instrumento original, lo que ayudó a construir la primera versión del instrumento en español mexicano (HASI-P, V1), posteriormente se modificaron sintaxis y redacción.
2. Se les pidió retroalimentación a 15 participantes de la CEC a quienes se les aplicó la *HASI-P, V1* con la finalidad de evaluar la comprensión en instrucciones y en los reactivos de los reactivos. Se recibieron críticas en las preguntas 1 y 3; por igual, comentaron que en las preguntas de la primera sección (reactivos 1-21), se requería que los entrevistados conocieran sobre su diagnóstico de VIH o incluso sospecharlo para poder responder si habían experimentado discriminación en algún momento de su vida. En el apartado de "Negligencia en instituciones de salud" (reactivos 22-28) se agregó a las instrucciones que se marcar si habían sufrido discriminación en alguna institución de salud, distinta a la CEC, ya que esta última es una clínica de atención especializada en PVV desde el año 2000, por lo que este tipo de situaciones serían menos frecuentes. Posterior a las modificaciones realizadas, se obtuvo la versión dos (HASI-P, V2) del instrumento.

3. Finalmente, la confiabilidad interna de la *HASI-P, V2*, obtuvo un alfa de Cronbach= 0.92 para todo el instrumento y específicamente para la sección que evaluó el autoestigma (“Autopercepción negativa”), el alfa fue de 0.77.

Cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH)

(Balderas-Medina et al., 2018)

Este instrumento autoaplicable contiene 20 reactivos con respuesta en escalas Likert de cinco puntos. El objetivo de este instrumento es evaluar la adherencia al TARV desde el inicio del tratamiento y durante la última semana, también evalúa el cumplimiento con el horario de las tomas y recuerdo del nombre de los fármacos que conforman el tratamiento. Está conformado por cinco apartados que, a su vez, evalúa algunos factores de la adherencia como: cumplimiento del tratamiento, antecedentes de alguna falta en la adherencia, la relación médico-paciente, las creencias del paciente relacionadas al tratamiento y el uso de estrategias para recordar tomar el medicamento. La puntuación total obtenida posible de la suma de los reactivos es 89 como valor máximo y 17 como mínimo.

La consistencia interna (alfa de Cronbach) de este instrumento es de 0.73, así como una validez de criterio externo con carga viral de $r=.24$ y $r=.27$ (6 meses).

En el caso de la población mexicana, la versión validada tiene un alfa de Cronbach de 0.84 y una validez de criterio externo con carga viral de $r=0.26$, y con CD4 $r=0.21$. Los puntos de corte y niveles de adherencia se presentan a continuación:

| Nivel | Puntuación |
|--------------------------------|-------------------|
| Baja adherencia | 17-73 |
| Adherencia insuficiente | 74-80 |
| Adherencia adecuada | 81-84 |
| Adherencia estricta | 85-89 |

Cálculo de la muestra

El muestreo fue no probabilístico y por conveniencia. El cálculo de la muestra fue a través de la fórmula de muestras finitas, con un nivel de confianza del 95% ($Z= 1.96$) y un error estimado del 5% (d). Se considerará un tamaño de universo (N) de 15,582 usuarios, que es el número aproximado de pacientes activos dentro de la CEC para el 2020. Usaremos como parámetro de cálculo (p) la proporción de PPV y mala adherencia al TARV en Latinoamérica (30%) (Costa et al., 2018), ya que es la menor tasa reportada en la literatura, en relación con las demás variables

en personas que viven con VIH (p. Ej., trastorno depresivo mayor, consumo de sustancias y autoestigma). La muestra calculada (n) fue de 316 participantes, pero considerando un porcentaje de pérdida estándar de 10%, el resultado final sería de 348 participantes.

Fórmula empleada

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{donde: } n_0 = p^*(1-p)^* \left(\frac{Z(1 - \frac{\alpha}{2})}{d} \right)^2$$

Descripción del procedimiento

Una vez que se contó con el instrumento de medición construido y con la aprobación de los Comités de Tesis y de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; se transcribió el instrumento y el consentimiento informado a una plataforma digital y, posteriormente, se envió el enlace vía correo electrónico a los potenciales participantes para invitarles a contestar el cuestionario desde cualquier dispositivo de su preferencia. Esta adaptación digital se realizó con la finalidad de seguir los lineamientos de contingencia sanitaria que se adoptaron a partir de marzo de 2020 para disminuir el riesgo de contagio de COVID-19, de esta manera se pretendió disminuir la afluencia o el acúmulo de participantes en un área específica de las Clínicas Especializadas Condesa (CEC); por igual, se evitó el riesgo de contagio a través de objetos como cuestionarios, bolígrafos, lápices, entre otros fómites que podrían servir de vehículo de contagio para el virus.

El Investigador Responsable tuvo una reunión virtual con las autoridades de la Clínica Especializada Condesa (CEC) para explicar la finalidad y objetivo de este proyecto de investigación. Posteriormente, se hizo el mismo proceso con los coordinadores del área de Salud Mental. Se invitó a los participantes por medio de difusión del proyecto en las redes sociales de la CEC; por igual, dentro de las CEC se colocaron carteles con el enlace del cuestionario y código QR y se entregaron volantes con las mismas características en zonas de mayor afluencia de usuarios de estas clínicas para realizar el cuestionario de forma digital previa lectura y aceptación voluntaria de consentimiento informado haciendo énfasis en que consistió en una invitación a participar la cual fue totalmente voluntaria y que podía interrumpir ésta en el momento en que el participante lo deseara; asimismo, es importante remarcar que toda la información recopilada fue

confidencial. En dado caso de que aceptaron participar, al término de la encuesta, el participante tuvo la oportunidad de descargar un archivo con información general y comprensible por lego, referente a la psicopatología abordada (depresión y consumo de sustancias) y con datos de contacto de salud mental de la CEC para orientación.

Los resultados se descargaron en formato de archivo de Excel para su análisis. Sólo el investigador responsable tuvo acceso, dicho archivo estuvo encriptado con una contraseña que solamente el investigador conocía. Finalmente, se describieron los resultados obtenidos para que este proyecto fuese entregado en tiempo y forma al departamento de Enseñanza del INPRFM.

Análisis estadístico

Se hizo un análisis descriptivo univariado inicialmente y después análisis comparativos con pruebas de X^2 para las variables categóricas y pruebas t para las continuas. Las variables significativas del análisis comparativo se usaron para construir un modelo de regresión logística múltiple, usando la adherencia al TARV como variable de salida y determinar la asociación con la presencia de depresión y el consumo de sustancias. El autoestigma se usó como variable de ajuste (mediador) de esta asociación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La evaluación ética de este proyecto se llevó a cabo por el comité de ética en investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente Muñiz, este comité revisó y realizó sugerencias mediante dictámenes. Para continuar con la investigación, se elaboró un consentimiento informado por escrito para los participantes en donde se otorgó la información necesaria, información clara y sin tecnicismos, se respetó la capacidad de consentir del participante, que su decisión fuera voluntaria y, agregado a esto, se aclaró que se respetaron sus datos los cuales se mantuvieron como información confidencial. Este consentimiento se le proporcionó para su lectura en una plataforma digital en donde se señaló lo previamente mencionado y se le explicó que podían abandonar su participación en cualquier momento de la investigación sin importar si habían iniciado o incluso después de haber respondido el instrumento de medición, se enfatizó que esta decisión no repercutiría de ninguna manera en su atención dentro de la CEC.

Al término de la participación, se señaló el botón para descargar información para los participantes sobre las variables abordadas en este proyecto y contó con datos de contacto de Salud Mental, dicha información se descargó con la finalidad de que el paciente fuera poseedor de ésta. Esta investigación se consideró como de bajo riesgo; sin embargo, se le explicó que, en caso de incomodarse, molestarse, inquietarse o manifestar tristeza, se canalizaría al área de Salud Mental dentro de la CEC para valoración y seguimiento, es por esto que se ofreció los números telefónicos y correo electrónico de esta área, por igual, se proveyó el correo electrónico del investigador principal en caso de que el participante lo requiriera.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

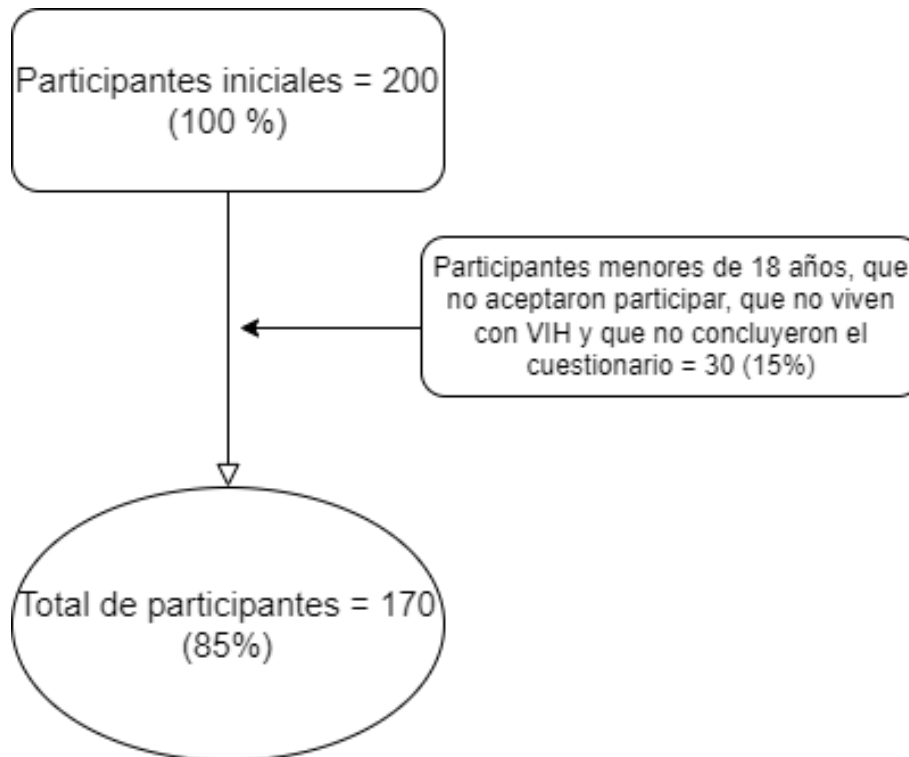
| CRONOGRAMA | 2020 | | | | | | | | | | | | 2021 | | | | | | | | | | | | 2022 | | | | | | | | | | | |
|---|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
| Seminario | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Complementar marco teorico y antecedentes | | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Someter a Comité de Tesis | | | | | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Someter a Comité Ética | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reproducción de instrumentos de medición | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Toma de muestra | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recolección de datos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análisis de resultados | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resultados y conclusiones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrega final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Entrega de avance a Enseñanza

RESULTADOS

A pesar de los esfuerzos que se hicieron para recolectar el total de la muestra calculada, se tuvieron diversas dificultades. La asistencia intermitente de los usuarios a las clínicas por las condiciones sanitarias de la pandemia de la COVID-19, dificultó la promoción de participación y, por lo tanto, no se pudo alcanzar el número necesario para hacer los análisis de asociación y mediación de las variables propuestas. A continuación, se muestran los resultados de los análisis descriptivos y comparativos para cumplir con el mayor número de objetivos propuestos de manera inicial.

Flujograma para obtención de la muestra



Características sociodemográficas y aspectos del tratamiento antirretroviral

La mayoría de los participantes fueron de la CEC Cuauhtémoc (82.9%), eran hombres (97.6%) y tuvieron una media de edad de 35.6 años (± 8.4) (Tabla 1). Ninguna de estas características tuvo diferencias entre los grupos con adherencia perfecta (CAP) y sin adherencia perfecta (SAP).

El grupo CAP fue más numeroso (108/170, 63.5%) que el grupo SAP (62/170, 36.4%). La mayoría del grupo CAP (48.1%) tenían 1-5 años con el diagnóstico de VIH y con el TARV (52.8%), en comparación con el grupo SAP que mostró tener más de 5 años en ambas variables (53.2% y 48.4%, respectivamente). Ambas comparaciones tuvieron diferencias entre los dos grupos ($P=.001$, $P=.007$, respectivamente). El tiempo del último estudio de control de carga viral y el autorreporte de estar indetectable no tuvo diferencias entre los grupos ($P=.59$, $P=.27$, respectivamente).

Tabla 1. Características sociodemográficas y de la infección por el VIH según la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH de las Clínicas Especializadas Condesa

| | Total (N= 170) | | Con adherencia perfecta (n= 108) | | Sin adherencia perfecta (n=62) | | P |
|--------------------------------------|-------------------|----------|--|----------|--------------------------------------|----------|------|
| | \bar{X} | D.E. | \bar{X} | D.E. | \bar{X} | D.E. | |
| Edad | 35.6 | 8.4 | 35.6 | 7.6 | 35.7 | 9.7 | .83 |
| | N | % | N | % | N | % | |
| Sexo | | | | | | | .54 |
| Hombre | 165 | 97.6 | 105 | 97.2 | 60 | 98.3 | |
| Mujer | 4 | 2.4 | 3 | 2.8 | 1 | 1.6 | |
| Clínicas de atención | | | | | | | .67 |
| CEC | 141 | 82.9 | 88 | 81.5 | 53 | 85.5 | |
| CECI | 29 | 17.1 | 20 | 18.5 | 9 | 14.5 | |
| Tiempo con VIH | | | | | | | .007 |
| Menos de 1 año | 36 | 21.1 | 24 | 22.2 | 12 | 19.4 | |
| 1 – 5 años | 69 | 40.6 | 52 | 48.1 | 17 | 27.4 | |
| Más de 5 años | 65 | 38.2 | 32 | 29.6 | 33 | 53.2 | |
| Tiempo con TARV | | | | | | | .001 |
| Menos de 1 año | 38 | 22.4 | 28 | 25.9 | 10 | 16.1 | |
| 1 – 5 años | 79 | 46.5 | 57 | 52.8 | 22 | 35.5 | |
| Más de 5 años | 53 | 31.1 | 23 | 21.3 | 30 | 48.4 | |
| Última carga viral | | | | | | | .59 |
| Menos de 6 meses | 104 | 61.5 | 68 | 62.9 | 36 | 59 | |
| 6 – 12 meses | 53 | 31.2 | 34 | 31.5 | 19 | 31.2 | |
| Más de un año | 12 | 7.1 | 6 | 5.6 | 6 | 9.8 | |
| Autorreporte de indetectable* | | | | | | | .27 |
| No | 16 | 9.9 | 8 | 7.8 | 8 | 13.6 | |
| Sí | 146 | 90.1 | 95 | 92.2 | 51 | 86.4 | |

CEC: Clínica Especializada Condesa; CECI: Clínica Especializada Condesa-Iztapalapa; TARV: Tratamiento antirretroviral
*N= 162. Ocho participantes nunca se realizaron el estudio de carga viral.

La depresión, el autoestigma y la adherencia al tratamiento antirretroviral

Más de la mitad de todos los participantes tuvieron un nivel mínimo (43.5%) y leve de depresión (21.1%); mientras que la media de autoestigma fue de 3.1 (± 3.5) para toda la muestra. El grupo CAP tuvo más participantes con depresión mínima (46.3% vs. 38.7%) y leve (25% vs. 22.6%) comparados con el grupo SAP; mientras tanto, este último grupo tuvo más participantes con depresión moderada (25.8% vs. 22.2%) y grave (12.9% vs. 6.5%) que aquellos CAP. Sin embargo, ninguna de estas comparaciones tuvo diferencias significativas estadísticamente (Tabla 2).

De igual forma, la media de puntaje de autoestigma fue discretamente mayor en los participantes SAP (3.1 [± 3.5]), pero tampoco tuvo diferencias al comparar con la media de puntaje del grupo CAP.

Tabla 2. Depresión y autoestigma según la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH de las Clínicas Especializadas Condesa

| | Total (N= 170) | | Con adherencia perfecta (n= 108) | | Sin adherencia perfecta (n= 62) | | P |
|---------------------------|-------------------|-------------|--|-------------|---------------------------------------|-------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % | |
| Nivel de depresión | | | | | | | .44 |
| Mínima | 74.0 | 43.5 | 50.0 | 46.3 | 24.0 | 38.7 | |
| Leve | 41.0 | 24.1 | 27.0 | 25 | 14.0 | 22.6 | |
| Moderada | 40.0 | 23.5 | 24.0 | 22.2 | 16.0 | 25.8 | |
| Grave | 15.0 | 8.8 | 7.0 | 6.5 | 8.0 | 12.9 | |
| | □ | D.E. | □ | D.E. | □ | D.E. | |
| Autoestigma | 3.08 | 3.53 | 3.05 | 3.59 | 3.13 | 3.47 | .87 |

El riesgo de consumo de sustancias y adherencia a Tratamiento Antirretroviral

Las sustancias estuvieron representadas por tres tipos con la mayor frecuencia de consumo de riesgo moderado/alto en todos los participantes: tabaco (48.2%), alcohol (24.1%) y los *poppers* (20.6%). Así mismo, se identificó que las sustancias con riesgo moderado/alto de consumo en los participantes CAP fueron el tabaco (45.4%), el alcohol (23.1%) y los *poppers* (17.6%); mientras que en los participantes del grupo SAP fueron el tabaco (53.2%), el alcohol (25.8%), los *poppers* (25.8%) y los potenciadores de erección (24.2%) (Tabla 3).

Aunado a lo descrito, no se encontraron diferencias significativas en los riesgos de consumo de las sustancias interrogadas entre los grupos de adherencia; excepto para el

consumo de cocaína, donde hubo más participantes SAP (20.9%) en comparación con el grupo CAP (6.5%) con riesgo de consumo moderado/alto ($P=.007$).

Los inhalables y aquellas sustancias derivadas del opio no se describen debido a que pocos participantes reportaron el antecedente de consumo, por lo que no se realizó análisis comparativo.

Tabla 3. Riesgo de consumo de sustancias con base en la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH de las Clínicas Especializadas Condesa

| Riesgo de consumo de sustancias | Total (N= 170) | | Con adherencia perfecta (n= 108) | | Sin adherencia perfecta (n= 62) | | P |
|----------------------------------|----------------|------|----------------------------------|------|---------------------------------|------|------|
| | N | % | N | % | N | % | |
| Tabaco | | | | | | | .34 |
| Sin consumo/Bajo riesgo | 88 | 51.8 | 59 | 54.6 | 29 | 46.8 | |
| Moderado/Alto riesgo | 82 | 48.2 | 49 | 45.4 | 33 | 53.2 | |
| Alcohol | | | | | | | .71 |
| Sin consumo/Bajo riesgo | 129 | 75.9 | 83 | 76.8 | 46 | 74.2 | |
| Moderado/Alto riesgo | 41 | 24.1 | 25 | 23.1 | 16 | 25.8 | |
| Cannabis | | | | | | | .53 |
| Sin consumo/Bajo riesgo | 141 | 82.9 | 91 | 84.3 | 50 | 80.7 | |
| Moderado/Alto riesgo | 29 | 17.1 | 17 | 15.7 | 12 | 19.4 | |
| Cocaína | | | | | | | .007 |
| Sin consumo/Bajo riesgo | 150 | 88.2 | 101 | 93.5 | 49 | 79 | |
| Moderado/Alto riesgo | 20 | 11.8 | 7 | 6.5 | 13 | 20.9 | |
| Anfetaminas | | | | | | | .10 |
| Sin consumo/Bajo riesgo | 147 | 86.5 | 97 | 89.8 | 50 | 80.7 | |
| Moderado/Alto riesgo | 23 | 13.5 | 11 | 10.2 | 12 | 19.4 | |
| Poppers | | | | | | | .23 |
| Sin consumo/Bajo riesgo | 135 | 79.4 | 89 | 82.4 | 46 | 74.2 | |
| Moderado/Alto riesgo | 35 | 20.6 | 19 | 17.6 | 16 | 25.8 | |
| Benzodiacepinas | | | | | | | .45 |
| Sin consumo/Bajo riesgo | 152 | 89.4 | 98 | 90.7 | 54 | 87.1 | |
| Moderado/Alto riesgo | 18 | 10.6 | 10 | 9.3 | 8 | 12.9 | |
| Alucinógenos | | | | | | | .55 |
| Sin consumo/Bajo riesgo | 167 | 98.2 | 107 | 99.1 | 60 | 96.8 | |
| Moderado/Alto riesgo | 3 | 1.8 | 1 | 0.9 | 2 | 3.2 | |
| Potenciadores de erección | | | | | | | .15 |
| Sin consumo/Bajo riesgo | 139 | 81.8 | 92 | 85.2 | 47 | 75.8 | |
| Moderado/Alto riesgo | 31 | 18.2 | 16 | 14.8 | 15 | 24.2 | |
| Otras | | | | | | | .35 |
| Sin consumo/Bajo riesgo | 165 | 97.1 | 106 | 98.2 | 59 | 95.2 | |
| Moderado/Alto riesgo | 5 | 2.9 | 2 | 1.9 | 3 | 4.8 | |
| Drogas de chemsex* | | | | | | | .61 |
| Usaron | 115 | 67.7 | 75 | 69.4 | 40 | 64.5 | |
| No usaron | 55 | 32.4 | 33 | 30.6 | 22 | 35.5 | |

*Incluye: Cocaína, anfetaminas, *poppers*, GHB (Gamma-hidroxitirato "Éxtasis líquido") y potenciadores de erección.

Correlación entre el consumo de sustancias y el autoestigma en personas que viven con VIH

Para el análisis de correlación entre el consumo de sustancias y el puntaje de autoestigma, se encontraron cuatro sustancias con una correlación significativa (Tabla 4). El alcohol y las benzodiazepinas tuvieron una correlación positiva débil ($r = 0.26$, $P = .001$; $r = 0.35$; $P = .02$, respectivamente), mientras que el tabaco y los potenciadores de la erección tuvieron una correlación positiva muy débil ($r = 0.18$, $P = .05$; $r = 0.26$; $P = .04$, respectivamente). El resto de las sustancias evaluadas no presentaron correlaciones significativas con el autoestigma.

Tabla 4. Coeficientes de Correlación entre el consumo de sustancias y el autoestigma en personas que viven con VIH de las Clínicas Especializadas Condesa

| Sustancia | Autoestigma | | | |
|----------------------------------|-------------|------|-----------------|-------------|
| | Total (N) | % | Correlación (r) | P |
| Alcohol | 159 | 93.5 | 0.26 | .001 |
| Tabaco | 127 | 74.7 | 0.18 | .05 |
| Cannabis | 98 | 57.6 | 0.10 | .31 |
| Poppers | 94 | 55.2 | 0.02 | .87 |
| Potenciadores de erección | 68 | 40 | 0.26 | .04 |
| Anfetaminas | 50 | 29.4 | 0.08 | .56 |
| Cocaína | 48 | 28.2 | -0.07 | .65 |
| Benzodiazepinas | 43 | 25.2 | 0.35 | .02 |
| Alucinógenos | 27 | 15.8 | 0.12 | .55 |
| Otras | 22 | 12.9 | 0.11 | .62 |
| Inhalantes | 8 | | 0.36 | .38 |
| Opioides | 4 | | -0.09 | .91 |

DISCUSIÓN

Nuestro trabajo buscó determinar la asociación entre la depresión y el consumo de sustancias moderado o grave con la adherencia al TARV en PVV, y evaluar la mediación del autoestigma en esta asociación en una muestra de usuarios de la CEC y CECI en la Ciudad de México. El número de participantes fue menor en comparación con otro estudio realizado en México que también reclutó PVV, aunque éste último tuvo una técnica de muestreo más amplio y con representatividad nacional (Bautista-Arredondo et al., 2013); sin embargo, a pesar de esto, la tasa de respuesta de nuestro estudio fue aceptable, considerando que en esta investigación se adoptaron medidas de contingencia sanitaria por la alerta epidemiológica del SARS-CoV2 impuestas a nivel nacional. Además, se hizo difusión a través de redes sociales de la CEC y de la CECI, y posteriormente, conforme el semáforo epidemiológico lo permitió, se colocaron carteles de invitación en puntos estratégicos de ambas clínicas. A pesar de estos esfuerzos y con la finalidad de aumentar el tamaño de la muestra de estudio, el investigador principal acudió de forma presencial a las clínicas para repartir volantes de invitación, logrando así la obtención final de número de participantes. De modo similar a nuestro trabajo, un estudio realizado en Ciudad del Cabo, Sudáfrica (Gouse et al., 2016) también obtuvo una tasa de respuesta menor a la esperada, lo que resultó en una dificultad para realizar comparaciones entre las variables estudiadas.

La mayoría de los participantes fueron usuarios de la CEC, hombres y de mediana de edad de 35.6 años, lo cual es similar al perfil sociodemográfico reportado por la CEC, donde la mayoría de los usuarios con recién diagnóstico de VIH son varones (92.3%) y tienen una edad igual o mayor a los 33 años (Clínica Especializada Condesa, 2022). Los participantes con menos de cinco años de haber recibido el diagnóstico de VIH reportaron mejor adherencia al TARV, alcanzando la adherencia perfecta. Este hallazgo es similar a un metaanálisis donde se evaluó el desgaste por ingesta de medicamentos, es decir, el cansancio o hartazgo de las personas que toman medicamentos diariamente por enfermedades crónicas (p. Ej., infección por VIH), donde encontraron que personas con recién diagnóstico de infección por el VIH y recién inicio de TARV tienen más probabilidades de alcanzar metas terapéuticas consistentes con la supresión viral, junto con un régimen farmacológico de una sola toma (Cihlar & Fordyce, 2016). Por el contrario, nuestros participantes con más de cinco años con el diagnóstico de VIH y, por consecuencia, con más tiempo bajo TARV, fueron aquellos con menor adherencia perfecta. Probablemente esto es consecuencia al desgaste derivado de la toma diaria de medicamentos, lo cual conlleva a olvidos recurrentes, o bien, omisión y/o abandono por días del TARV (Cihlar & Fordyce, 2016).

Fallas en la adherencia son frecuentes cuando el régimen de TARV consiste en múltiples tomas de fármacos antirretrovirales, representando el principal factor para el desgaste de toma de medicamentos (*pill burden*, en inglés) (Nachega et al., 2014). Adicionalmente, los factores asociados a la pobre adherencia del TARV en las PVV son los olvidos frecuentes, el desgaste por la toma de los medicamentos y los efectos secundarios que éstos generan, causando, en casos extremos, abandono de los medicamentos por periodos de tiempo (Cihlar & Fordyce, 2016). Con esta información podemos sugerir el uso o el apoyo al desarrollo de nuevas técnicas para evitar abandonos y el desgaste en la toma de medicamentos, o bien, realizar intervenciones oportunas o preventivas para mejorar la adherencia. Una de las alternativas recientes para mejorar la adherencia al TARV es la aplicación intramuscular de los medicamentos de liberación prolongada; por ejemplo, una inyección mensual supervisada por el personal de salud y así evitar la toma diaria de fármacos para evitar omisiones, olvidos o el desgaste por ingesta de medicamentos (de Miguel Buckley et al., 2018). Adicionalmente, como parte de los antecedentes relacionados con el VIH, la mayoría de los participantes de nuestro estudio reportaron haberse realizado el estudio de carga viral en el último año, probablemente debido a que la mayoría también tiene menos de cinco años con el diagnóstico. En consecuencia, también la mayoría de los participantes se autorreportaron como “indetectables” (control virológico del VIH), en línea con la buena adherencia al TARV por el poco tiempo que han estado bajo este esquema farmacológico.

Aunque no hubo diferencias significativas, observamos que los participantes SAP al TARV presentaron más síntomas depresivos moderados y graves, junto con un puntaje de autoestigma ligeramente mayor que los participantes CAP. Esto podría significar que el autoestigma sobre el VIH esté relacionado con los síntomas depresivos y, por lo tanto, tengan una interacción mutua (Reis et al., 2013).

En concordancia con nuestros hallazgos, un estudio realizado en Kenya con PVV encontraron una alta prevalencia de síntomas depresivos moderados a graves, mediados por el abuso de alcohol, incrementando su intensidad y repercutiendo en una inadecuada adherencia al TARV (Korhonen et al., 2018). De forma similar, otro estudio identificó que a medida que los niveles de estigma relacionado al VIH aumentan, también lo hacen los síntomas depresivos (MacLean & Wetherall, 2021). Es importante resaltar que tanto el estigma como el autoestigma poseen una asociación comprobada con los síntomas afectivos, por lo que se hace necesario desarrollar y consolidar intervenciones que disminuyan el autoestigma, tales como psicoeducación, facilidad de acceso a información actualizada sobre el VIH/sida, acceso

oportuno e inmediato a TARV, así como intervenciones dirigidas a mejorar la autorregulación emocional y los mecanismos de afrontamiento (MacLean & Wetherall, 2021).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017, se observó un incremento en el consumo de diferentes sustancias en la población mexicana adulta. Para el caso del alcohol, entre los varones, se registró una prevalencia de consumo alguna vez en la vida de 77.1%, en el último año de 55.7% y en el último mes de 35% (Villatoro-Velázquez et al., 2017a). En contraste, en nuestro estudio se identificó que la mayoría de los participantes no consumen o tienen un bajo riesgo de consumo de alcohol, sin diferencias entre los grupos de CAP y SAP, pero la proporción de consumidores con riesgo moderado/alto no es baja, considerando otros estudios que han evaluado el uso de esta sustancia (Silverberg et al., 2018). Para el caso del tabaco, la misma ENCODAT 2016-2017 arrojó una prevalencia de consumo de 27.1% en hombres adultos en el último mes (Reynales-Shigematsu et al., 2017), mientras que en nuestro estudio el consumo de riesgo moderado y alto fue muy alto (48.2%) en los últimos tres meses, aunque sin diferencias entre los grupos de adherencia al TARV.

La prevalencia del consumo de drogas ilícitas en población mexicana en 2002 fue 4.6% y aumentó a 7.2% para 2011, en donde se reportó que las drogas de mayor consumo fueron el cannabis (6%), la cocaína (3.3%) y el *crack* (cocaína base) (1%) (Villatoro-Velázquez et al., 2017b). En contraste, en nuestro estudio identificamos que las sustancias ilícitas con riesgo de consumo moderado y alto más frecuentes fueron los *poppers* (20.6%), los potenciadores de erección (18.2%), el cannabis (17.1%), anfetaminas (13.5%) y cocaína (11.8%). Esto puede deberse a las características propias de los participantes, es decir, al tratarse de HSH, su patrón de comportamiento asociado al consumo de sustancias tiende a ser distinto que los varones de la población general. Por ejemplo, es común el uso de las sustancias durante o previo a los encuentros sexuales que tienen como efecto facilitar, prolongar o intensificar el placer sexual, tales como los *poppers* y las anfetaminas (Giorgetti et al., 2017). No obstante, no hubo diferencias en el consumo de las distintas sustancias entre los grupos CAP y SAP, excepto para la cocaína, donde el grupo SAP tuvo mayor riesgo de consumo moderado/alto en comparación con el grupo CAP. Este hallazgo es similar a lo encontrado en otras poblaciones de PVV y que consumen esta sustancia, lo cual está asociado a una pobre o nula adherencia al TARV, así como una deficiente respuesta virológica (Fojo et al., 2019). De la misma manera, este patrón de consumo para la cocaína podría favorecer la presencia de conductas impulsivas que faciliten el abandono al TARV, y a su vez, incrementar las conductas sexuales de riesgo (Sopheab et al., 2018).

Para el caso del estigma relacionado al VIH, ya se ha reportado su relación con los síntomas depresivos, además del impacto que produce el autoestigma en ellos (MacLean & Wetherall, 2021). De igual forma, se ha evidenciado la relación entre el autoestigma y la dificultad para compartir el diagnóstico de VIH, ya que los sentimientos de culpa y vergüenza son generados por experiencias de discriminación o miedo a vivirlas, favoreciendo la presencia de síntomas ansiosos por la divulgación o revelación del diagnóstico de VIH hacia terceros. Así mismo, obligar a compartir el diagnóstico en una PVV trae como resultado lo contrario, o sea, incrementa el impedimento para verbalizar el diagnóstico, lo cual podría contribuir al miedo o ansiedad y al aislamiento social. Estas personas padecen ansiedad por la posibilidad de ser rechazados y discriminados por otros, provocando así consecuencias negativas como la inadecuada adherencia al TARV, aislamiento social y poco compromiso para las conductas de autocuidado (Evangeli & Wroe, 2017). Ejemplo de esta evidencia está en nuestro hallazgo de las correlaciones positivas entre el autoestigma y el consumo de algunas sustancias: alcohol, benzodiazepinas, tabaco y potenciadores de la erección, las cuales tienen como principal característica tener un efecto ansiolítico o facilitar la erección aún en presencia de síntomas ansiosos. Esto es similar a lo encontrado en el 70% de las PVV en Estados Unidos de Norteamérica que consumen alcohol, tabaco, medicamentos y sustancias ilícitas, lo cual aumenta con la edad, manteniéndose el alcohol con las mayores tasas de consumo y abuso que las demás sustancias (Womack & Justice, 2020). Esto podría explicarse debido a que el alcohol es una sustancia depresora del sistema nervioso central, cuyo mecanismo de acción consiste en la unión de la subunidad A de los receptores GABA ($GABA_A$) aumentando su concentración y, en consecuencia, permitir la entrada de iones de cloro (Cl^-) a las neuronas, lo que genera efecto depresor cuando hay consumo constante y en grandes cantidades, favoreciendo la somnolencia, desinhibición y los efectos de sedación (Brunton et al., 2012). Este mismo mecanismo de acción es compartido por las benzodiazepinas, medicamentos que principalmente se usan como tratamiento de síntomas ansiosos agudos o como medicamentos de abuso en algunas muestras de PVV (Votaw et al., 2019) (Sadock et al., 2015).

El autoestigma condiciona la aparición de síntomas ansiosos o depresivos (Evangeli & Wroe, 2017), lo que puede condicionar que las personas consuman tabaco como un modelo de automedicación para aliviar esta sintomatología (Fluharty et al., 2017). De forma similar, el consumo excesivo de alcohol y el temor o ansiedad por no conseguir un adecuado desempeño sexual, favorece la aparición de algunos trastornos sexuales, como dificultades en la erección en varones que viven con VIH (Giorgetti et al., 2017). Es probable que nuestros participantes

reportaron el uso de potenciadores de la erección para aumentar la rigidez eréctil, contrarrestar efectos de otras drogas o del alcohol, aumentar la libido, disminuir su ansiedad por desempeño, e impresionar o satisfacer a la pareja sexual y/o aumentar su autoestima (Giorgetti et al., 2017). Con todo esto, podría explicarse que los participantes con alto puntaje de autoestigma podrían tener síntomas depresivos y ansiosos, los cuales pretenderían atenuar a través del consumo de sustancias, como en el alcohol, el tabaco o las benzodiazepinas, cuya finalidad sea aminorar el malestar, o bien, compensar consecuencias de los síntomas como es el caso de la dificultad para iniciar o mantener relaciones sexuales, a través del consumo de potenciadores de la erección.

CONCLUSIONES

Se han identificado diversos factores que influyen en la adherencia al TARV para el VIH, tales como los aspectos sociales, los dependientes al sistema de salud, a factores económicos, los inherentes a las PVV, entre otros. Con este estudio evaluamos algunos posibles factores en estas personas que podrían influir en la adherencia al TARV, principalmente la depresión y el consumo de sustancias; por igual, evaluamos el autoestigma al VIH con el objetivo de identificar alguna posible relación con estas variables.

Observamos que la adherencia al TARV era mejor en personas con poco tiempo de diagnóstico y que las sustancias más consumidas por los participantes fueron el alcohol, el tabaco y las benzodiazepinas, las cuales tienen como principal objetivo terapéutico disminuir síntomas ansiosos, lo que sugiere que el uso frecuente de estas sustancias tiene como finalidad disminuir los síntomas depresivos y/o ansiosos posiblemente generado por el autoestigma de vivir con VIH. De forma similar, los potenciadores de erección se reportaron como una sustancia de mayor consumo ante la presencia de autoestigma, esto sugiere que las PVV recurren a estas sustancias con la finalidad de compensar o solucionar temporalmente la ansiedad de desempeño sexual o la pérdida de interés sexual. Finalmente, en nuestra investigación se identificó a la cocaína como la sustancia con mayor impacto en las PVV y SAP al TARV, mientras que el resto de las sustancias aparentemente no impactaban en la adherencia.

La implementación de estrategias que ayuden a combatir el abuso de sustancias, así como disminuir el autoestigma en PVV, podría contribuir a disminuir la sintomatología depresiva, y por lo tanto, reducir la posibilidad de baja adherencia al TARV.

BIBLIOGRAFÍA

- Balaji, A. B., Bowles, K. E., Hess, K. L., Smith, J. C., & Paz-Bailey, G. (2017). Association Between Enacted Stigma and HIV-Related Risk Behavior Among MSM, National HIV Behavioral Surveillance System, 2011. *AIDS and Behavior*, *21*(1), 227–237. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1599-z>
- Balderas-Medina, E. P., Caballero-Suárez, N. P., & Sánchez Sosa, J. J. (2018). *Relación del apoyo social con la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de personas con VIH*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bautista-Arredondo, S., Colchero, M. A., Romero, M., Conde-Glez, C. J., & Sosa-Rubí, S. G. (2013). Is the HIV Epidemic Stable among MSM in Mexico? HIV Prevalence and Risk Behavior Results from a Nationally Representative Survey among Men Who Have Sex with Men. *PLoS ONE*, *8*(9), e72616. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0072616>
- Brunton, Laurence., Chabner, Bruce., & Knollman, B. (2012). *Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica*.
- Caballero-Suárez, N. P., Rodríguez-Estrada, Evelyn., Candela-Iglesias, María., & Candela-Iglesias, María. (2017). Comparison of levels of anxiety and depression between women and men living with HIV of a Mexico City clinic. *Salud Mental*, *40*(1), 15–21.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. (2017). *La Clínica Especializada Condesa, un bien público de interés estratégico*. Gobierno de México.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y sida (CENSIDA). (2021). *Boletín de atención integral de personas que viven con VIH. Día mundial del sida. Poner fin a las desigualdades, poner fin al VIH, poner fin a las pandemias*.
- Choi, S. K. Y., Boyle, E., Cairney, J., Gardner, S., Collins, E. J., Bacon, J., & Rourke, S. B. (2016). Adequacy of Mental Health Services for HIV-Positive Patients with Depression: Ontario HIV Treatment Network Cohort Study. *PLOS ONE*, *11*(6), e0156652. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156652>
- Cihlar, T., & Fordyce, M. (2016). Current status and prospects of HIV treatment. *Current Opinion in Virology*, *18*, 50–56. <https://doi.org/10.1016/j.coviro.2016.03.004>
- Clínica Especializada Condesa. (2022, January 2). *Respuesta Epidemiológica al VIH Sida y al Virus de la Hepatitis C en la Ciudad de México 2021*. Gobierno de México.
- Costa, J. de M., Torres, T. S., Coelho, L. E., & Luz, P. M. (2018). Adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*, *21*(1), e25066. <https://doi.org/10.1002/jia2.25066>
- de Miguel Buckley, R., Montejano, R., Stella-Ascariz, N., & Arribas, J. R. (2018). New Strategies of ARV: the Road to Simplification. *Current HIV/AIDS Reports*, *15*(1), 11–19. <https://doi.org/10.1007/s11904-018-0371-6>
- DeBeck, K., Cheng, T., Montaner, J. S., Beyrer, C., Elliott, R., Sherman, S., Wood, E., & Baral, S. (2017). HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet HIV*, *4*(8), e357–e374. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30073-5](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30073-5)


- Eignor, D. R. (2013). The standards for educational and psychological testing. In *APA handbook of testing and assessment in psychology, Vol. 1: Test theory and testing and assessment in industrial and organizational psychology*. (pp. 245–250). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/14047-013>
- Evangelini, M., & Wroe, A. L. (2017). HIV Disclosure Anxiety: A Systematic Review and Theoretical Synthesis. *AIDS and Behavior, 21*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1453-3>
- Fluharty, M., Taylor, A. E., Grabski, M., & Munafò, M. R. (2017). The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine & Tobacco Research, 19*(1), 3–13.
<https://doi.org/10.1093/ntr/ntw140>
- Fojo, A. T., Lesko, C. R., Calkins, K. L., Moore, R. D., McCaul, M. E., Hutton, H. E., Mathews, W. C., Crane, H., Christopoulos, K., Cropsey, K., Mugavero, M. J., Mayer, K., Pence, B. W., Lau, B., & Chander, G. (2019). Do Symptoms of Depression Interact with Substance Use to Affect HIV Continuum of Care Outcomes? *AIDS and Behavior, 23*(3), 580–591. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2269-0>
- Giorgetti, R., Tagliabracchi, A., Schifano, F., Zaami, S., Marinelli, E., & Busardò, F. P. (2017). When “Chems” Meet Sex: A Rising Phenomenon Called “ChemSex.” *Current Neuropharmacology, 15*(5).
<https://doi.org/10.2174/1570159X15666161117151148>
- Gouse, H., Joska, J. A., Lion, R. R., Watt, M. H., Burnhams, W., Carrico, A. W., & Meade, C. S. (2016). HIV testing and sero-prevalence among methamphetamine users seeking substance abuse treatment in Cape Town. *Drug and Alcohol Review, 35*(5), 580–583. <https://doi.org/10.1111/dar.12371>
- Hutton, H. E., Lyketsos, C. G., Zenilman, J. M., Thompson, R. E., & Erbeding, E. J. (2004). *Depression and HIV Risk Behaviors Among Patients in a Sexually Transmitted Disease Clinic*.
- Irarrázabal, L. P., Ferrer, L., Villegas, N., Sanhueza, S., Molina, Y., & Cianelli, R. (2016). Mujeres que Consumen Sustancias y su Vulnerabilidad frente al VIH en Santiago de Chile (Women Who Consume Substances and Their Vulnerability to HIV in Santiago of Chile). *Hispanic Health Care International, 14*(2), 89–93. <https://doi.org/10.1177/1540415316647978>
- Jallow, A., Ljunggren, G., Wändell, P., Wahlström, L., & Carlsson, A. C. (2017). HIV-infection and psychiatric illnesses – A double edged sword that threatens the vision of a contained epidemic. *Journal of Infection, 74*(1), 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2016.09.009>
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental, 21*(3), 26–31.
- Korhonen, C., Kimani, M., Wahome, E., Otieno, F., Okall, D., Bailey, R. C., Harper, G. W., Lorway, R. R., Doshi, M., Mathenge, J., Kimani, J., Sanders, E. J., & Graham, S. M. (2018). Depressive symptoms and problematic alcohol and other substance use in 1476 gay, bisexual, and other MSM at three research sites in Kenya. *AIDS, 32*(11), 1507–1515.
<https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001847>

- Langford, D., Baron, D., Joy, J., del Valle, L., & Shack, J. (2011). Contributions of HIV infection in the hypothalamus and substance abuse/use to HPT dysregulation. *Psychoneuroendocrinology*, *36*(5), 710–719. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.10.005>
- MacLean, J. R., & Wetherall, K. (2021). The Association between HIV-Stigma and Depressive Symptoms among People Living with HIV/AIDS: A Systematic Review of Studies Conducted in South Africa. *Journal of Affective Disorders*, *287*, 125–137. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.027>
- Musinguzi, K., Obuku, A., Nakasujja, N., Birabwa, H., Nakku, J., Levin, J., & Kinyanda, E. (2018). Association between major depressive disorder and pro-inflammatory cytokines and acute phase proteins among HIV-1 positive patients in Uganda. *BMC Immunology*, *19*(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12865-017-0239-3>
- Nachega, J. B., Parienti, J.-J., Uthman, O. A., Gross, R., Dowdy, D. W., Sax, P. E., Gallant, J. E., Mugavero, M. J., Mills, E. J., & Giordano, T. P. (2014). Lower Pill Burden and Once-Daily Antiretroviral Treatment Regimens for HIV Infection: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Clinical Infectious Diseases*, *58*(9), 1297–1307. <https://doi.org/10.1093/cid/ciu046>
- ONUSIDA. (2018). *UNAIDS Data 2018*.
- ONUSIDA. (2021). *Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. Hoja Informativa.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria* (Biblioteca Sede OPS, Ed.). Organización Panamericana de la Salud. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x>
- Peñarrieta, M. I., Kendall, Tamil., Martínez, Norma., Rivera, A. M., Gonzales, Nora., Flores, Florabel., & del Angel, E. (2009). Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, *26*(3), 333–337.
- Porche, D. J., & Willis, D. G. (2006). Depression in HIV-infected men. *Issues in Mental Health Nursing*, *27*(4), 391–401. <https://doi.org/10.1080/01612840600569658>
- Psychological Corporation. (1996). *Catalog: Tests and related products for psychological assessment*.
- Reis, A. C. R. da S., Guerra, M. N. P., & Lencastre, L. M. de F. Q. e. (2013). Treatment adherence and subjective well-being in HIV/AIDS infection. *AIDS Care*, *25*(12), 1604–1611. <https://doi.org/10.1080/09540121.2013.793276>
- Reisner, S. L., Mimiaga, M. J., Skeer, M., Perkovich, B., Johnson, C. v., & Safren, S. A. (2009). A review of HIV antiretroviral adherence and intervention studies among HIV-infected youth. *Topics in HIV Medicine : A Publication of the International AIDS Society, USA*, *17*(1), 14–25.
- Reynales-Shigematsu, LM., Zavala-Arciniega, L., Paz-Ballesteros, WC., Gutierrez-Torres, DS., García-Buendía, JC., Rodríguez-Andrade, MA., Gutierrez-Reyes, J., Franco-Nuñez, A., Romero-Martinez, M., & Mendoza-Alvarado, L. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco*.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Sinopsis de psiquiatría. Kaplan & Sadock* (11th ed.). Wolters Kluwer.


- Sanz, J., Vázquez, C., & Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España. (2011). Evaluación del Inventario de Depresión de Beck-II. *Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*, 1–15.
- Silverberg, M. J., Leyden, W. A., Leibowitz, A., Hare, C. B., Jang, H. J., Sterling, S., Catz, S. L., Parthasarathy, S., Horberg, M. A., & Satre, D. D. (2018). Factors associated with hazardous alcohol use and motivation to reduce drinking among HIV primary care patients: Baseline findings from the Health & Motivation study. *Addictive Behaviors*, 84, 110–117. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.03.033>
- Sopheab, H., Chhea, C., Tuot, S., & Muir, J. A. (2018). HIV prevalence, related risk behaviors, and correlates of HIV infection among people who use drugs in Cambodia. *BMC Infectious Diseases*, 18(1), 562. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3472-3>
- Varela-Arévalo, M. T., Salazar-Torres, I. C., & Correa-Sánchez, Diego. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/Sida. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(2), 101–113.
- Vega-Ramírez, E. H., & Lara-Muñoz, M. C. E. (2013). *Autoestigma y sexo no seguro en hombres con VIH*. Lara-Muñoz, María C. E.
- Villatoro-Velázquez, J., Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón-Cirret, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, ME., Gutierrez-Reyes, J., Franco-Nuñez, A., Romero-Martínez, M., & Mendoza-Alvarado, L. (2017a). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol*.
- Villatoro-Velázquez, J., Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón-Cirret, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, ME., Gutierrez-Reyes, J., Franco-Nuñez, A., Romero-Martínez, M., & Mendoza-Alvarado, L. (2017b). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas*.
- Votaw, V. R., Geyer, R., Rieselbach, M. M., & McHugh, R. K. (2019). The epidemiology of benzodiazepine misuse: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 200, 95–114. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.02.033>
- Williamson, T. J., Mahmood, Z., Kuhn, T. P., & Thames, A. D. (2017). Differential relationships between social adversity and depressive symptoms by HIV status and racial/ethnic identity. *Health Psychology*, 36(2), 133–142. <https://doi.org/10.1037/hea0000458>
- Womack, J. A., & Justice, A. C. (2020). The OATH Syndemic: Opioids and other substances, Aging, Alcohol, Tobacco, and HIV. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 15(4), 218–225. <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000635>
- Yousuf, A., Mohd Arifin, S. R., Musa, R., & Md. Isa, M. L. (2019). Depression and HIV Disease Progression: A Mini-Review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 15(1), 153–159. <https://doi.org/10.2174/1745017901915010153>

ANEXOS

1) Carta de consentimiento informado:



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ



CONDESA
Clínica Especializada

Sección 1 de 63

Salud Mental y VIH

CONSENTIMIENTO INFORMADO

"El trastorno depresivo mayor, el consumo de sustancias y el autoestigma, y su relación con la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH"

Por favor, lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en contactarnos si existiera algo que no quede claro. Su participación e información son anónimas, de tal forma que su nombre o cualquier otro dato personal no serán recabados en ningún momento.

Mi nombre es Víctor Manuel César Guzmán y soy médico residente de la especialidad de psiquiatría en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, y en compañía de los doctores Jesús Ruiz Rosas y Hamid Vega Ramírez le estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo identificar la relación entre el trastorno depresivo mayor, el consumo de drogas psicoactivas y el autoestigma (autopercepción de vivir con VIH), con la toma de los medicamentos antirretrovirales para el VIH. Este estudio se realiza para conocer su experiencia para generar evidencia sobre los temas enlistados previamente y así contribuir al desarrollo de conocimiento científico.

El procedimiento para este estudio será a través de esta plataforma digital y se está invitando a las personas mayores de 18 años, con VIH y que tomen tratamiento antirretroviral (TARV) con más de 6 meses de antigüedad. Si acepta participar, se le presentarán preguntas sobre su estado emocional, el consumo de drogas psicoactivas (si las tiene), su autopercepción de vivir con VIH y la forma en que toma su TARV. La mayoría de las preguntas son de opción múltiple y tiene una duración aproximada de 15 a 20 minutos; por igual, tendrá la opción de no contestar si no lo desea.

Es importante recordar que su PARTICIPACIÓN es TOTALMENTE VOLUNTARIA y no recibirá ningún tipo de compensación económica; sin embargo, como beneficio por su tiempo y participación, podrá descargar dos archivos digitales (tríptico e infografía) con información sobre depresión mayor, consumo de drogas y el autoestigma; así como recomendaciones para la toma adecuada de medicamentos antirretrovirales. Le recordamos que en todo momento, mientras responda la encuesta, antes o después de enviar sus respuestas, tendrá la oportunidad de retirar su participación. Así pues, su información no será recolectada o considerada para el análisis final.

Si no acepta participar, aquí terminará la invitación a responder la encuesta y su proceso de atención en la Clínica Especializada Condesa (CEC) o en el área de Salud Mental no cambiará o se modificará de ninguna manera.

Consentimiento Informado



Sus respuestas se recolectarán en un formato de archivo de Excel y no habrá manera de poder identificarle de ninguna forma, ya que no le pediremos datos de identificación personal. Sólo el investigador responsable tendrá acceso a la información, la cual estará resguardada con una contraseña que solo él conocerá, y será utilizada exclusivamente para la investigación descrita en este documento. Los resultados de esta investigación serán dados a conocer a través de medios de divulgación científica.

Si usted llega a percibir algún malestar emocional antes, durante o después de responder las preguntas, tiene diferentes opciones para recibir atención:

1. Contactar directamente al investigador principal, el Dr. Víctor Manuel César Guzmán (datos más adelante); o bien, si usted lo prefiere, puede contactar a los coinvestigadores también. Como paciente de la CEC tiene derecho a recibir todos sus servicios y atención gratuitos, incluyendo los que puedan derivarse de participar en esta investigación.

A continuación, se proporcionan los datos de contacto para recibir atención a su malestar, si lo presenta, además de cualquier pregunta y aclaración. Horario de atención de lunes a viernes en horarios de 9:00 a 17:00 h., de acuerdo con su preferencia.

- Dr. Víctor Manuel César Guzmán, Investigador principal, Médico residente de la especialidad de Psiquiatría: vimacegu@imp.edu.mx
- Dr. Jesús Ruiz Rosas, Psiquiatra, Coordinador del área de Salud Mental de la CEC. Teléfonos: 55 5515 8311 y 55 7978 9229; saludmentalclinicacondesa@gmail.com
- Dr. Hamid Vega Ramírez, Psiquiatra. Teléfono: 56 1986 3236; hamid.vega@imp.edu.mx

2. También tiene la opción de comunicarse al servicio de La Línea de la Vida, al teléfono 800 911 2000 o el correo electrónico lalineadelavida@salud.gob.mx, los cuales funcionan las 24 h del día, los 365 días del año. Aquí también puede recibir atención profesional de forma gratuita.

En caso de aceptar participar, de clic en botón "Acepto participar" para comenzar con la encuesta. Una vez que termine con todas las preguntas, se confirmará el envío de sus respuestas. *

- Sí acepto participar
- No acepto participar

2) Batería de instrumentos utilizados:

Descargas

Antes de comenzar, te recordamos que puedes bajar el consentimiento informado y el folleto con información general sobre salud mental y VIH en los siguientes links.

Consentimiento informado: https://drive.google.com/file/d/1hA2qM8XG_KcKDZc3lQ69B5oGhhfWNSX/view?usp=sharing

Folleto: <https://drive.google.com/file/d/1JqE3z6qkFK74ZF3DZbuV5v8lKlUq6i8s/view?usp=sharing>

Datos generales_1

¿Cuántos años cumplidos tienes? *

Elegir ▼

Datos generales_2

¿Tienes el diagnóstico de VIH? *

Sí

No

Datos generales_3

¿Eres paciente de alguna de las Clínicas Condesas? *

Sí, de la Clínica Especializada Condesa - Cuauhtémoc

Sí, de la Clínica Especializada Condesa Iztapalpa

No

Datos generales_4

¿Cuál fue tu sexo asignado al nacer? *

Femenino

Masculino

Intersexo

¿Con qué género te identificas? *

Mujer

Hombre

Mujer trans

Hombre trans

No binarix

Queer

Otros: _____

Estado de ánimo_1

A continuación, lea con atención cada uno de los siguientes enunciados para cada pregunta. Luego elija el que mejor describa cómo se ha sentido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, escoja el más alto.

¿Cómo se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy? *

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de mi tristeza.
- Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

¿Cómo se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy? *

- No estoy particularmente desanimado(a) acerca del futuro.
- Me siento desanimado(a) acerca del futuro.
- Siento que no puedo esperar nada bueno del futuro.
- Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.

¿Cómo se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy? *

- No me siento como un(a) fracasado(a).
- Siento que he fracasado más que la mayoría.
- Cuando pienso en el pasado, sólo veo un fracaso tras otro.
- Siento que soy un fracaso total como persona.

¿Cómo se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy? *

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas de la misma manera que solía.
- No obtengo verdadera satisfacción en nada.
- Me siento insatisfecho(a) o aburrido(a) con todo.

¿Cómo se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy? *

- No me siento particularmente culpable.
- Me siento culpable una buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

¿Cómo se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy? *

- No siento que estoy siendo castigado(a).
- Siento que puedo ser castigado(a).
- Espero ser castigado(a).
- Siento que estoy siendo castigado(a).

¿Cómo se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy? *

- No me siento decepcionado(a) o desilusionado(a) de mí mismo(a).
- Me siento decepcionado(a) o desilusionado(a) de mí mismo(a).
- Siento aversión hacia a mí mismo(a).
- Me odio a mí mismo(a).

¿Cómo se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy? *

- No siento que yo sea peor que nadie.
- Me critico a mí mismo(a) por mis debilidades y errores.
- Me culpo continuamente por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que pasa.

¿Cómo se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy? *

- No tengo ningún pensamiento acerca de matarme.
- Tengo pensamientos acerca de matarme, pero no lo llevaría a cabo.
- Me gustaría matarme.
- Me mataría si tuviera la oportunidad.

¿Cómo se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy? *

- No lloro más que antes.
- Ahora lloro más que antes.
- Ahora lloro todo el tiempo.
- Antes podía llorar pero ahora quiero llorar y no puedo.

¿Cómo se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy? *

- No estoy más irritado(a) ahora de lo que suelo estar.
- Me molesto o me irrito más fácilmente de lo que solía.
- Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo.
- Ahora no me irrito por las cosas que normalmente me solían irritar.

¿Cómo se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy? *

- No he perdido el interés en otras personas.
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía habitualmente.
- He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas.
- He perdido todo el interés en otras personas.

Estado de ánimo_2

¿Cómo se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy? *

- Tomo decisiones tan bien como antes.
- Pospongo tomar decisiones más de lo que solía.
- Tengo más dificultades en tomar decisiones que antes.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

¿Cómo se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy? *

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me preocupa que estoy luciendo viejo(a) o poco atractivo(a).
- Siento que he sufrido cambios permanentes en mi apariencia que me hacen lucir poco atractivo(a)
- Siento que luzco muy poco atractivo(a).

¿Cómo se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy? *

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta más esfuerzo del habitual para comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme a mí mismo(a) a hacer las cosas.
- Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

¿Cómo se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy? *

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya ni duermo más

¿Cómo se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy? *

- No me siento cansado (a).
- Me canso más que antes.
- Me canso en cuanto haga cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado (a) para hacer nada.

¿Cómo se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy? *

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

¿Cómo se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy? *

- No he perdido peso últimamente.
- He perdido más de 2Kg.
- He perdido más de 4Kg.
- He perdido más de 7 Kg.

Actualmente me encuentro bajo una dieta o plan nutricional. *

- Sí
- No

¿Cómo se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy? *

- No estoy preocupado por mi salud.
- Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de esófago, falta de aire, etcetera
- Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por las enfermedades que me resulta imposible pensar en otra cosa.

¿Cómo se ha sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy? *

- Mi interés por el sexo no ha variado.
- Las relaciones sexuales me atraen menos que antes.
- Estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.
- He perdido totalmente el interés sexual.

Ant. de VIH_1

¿Hace cuánto que vives con VIH? *

- Menos de 6 meses
- 6 meses a menos de 1 año
- 1 - 5 años
- 6 - 10 años
- No quiero contestar

¿Hace cuánto que te iniciaron el tratamiento antirretroviral? *

- Menos de 6 meses
- 6 meses a menos de 1 año
- 1 - 5 años
- 6 - 10 años
- No tomo tratamiento antirretroviral
- No quiero contestar

¿Hace cuánto que te iniciaron el último examen de carga viral o de control del VIH? *

- Menos de 6 meses
- 6 meses a menos de 1 año
- 1 - 5 años
- 6 - 10 años
- Nunca me han examen de carga viral o de control
- No quiero contestar

¿El resultado fue "indetectable", o sea, el VIH está controlado? *

- Sí
- No
- No sé

Ant. de VIH_2

A continuación, seleccione una respuesta para cada pregunta realizada *

| | Sí | No |
|---|-----------------------|-----------------------|
| ¿Puede una persona infectarse de VIH por una picadura de mosquito? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Puede una persona infectarse del VIH al compartir una comida con alguien que está infectado? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Puede una persona adquirir el VIH al inyectarse con una aguja que alguien más ya utilizó? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿Puede una persona que se ve saludable estar infectada con VIH, el virus que causa el SIDA? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ¿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? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Durante la última semana... *

| | Siempre | Más de la mitad de las veces | Aproximadamente la mitad de las veces | Algunas veces | En ninguna ocasión | No quiero contestar |
|--|-----------------------|------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ¿Ha dejado de tomar su medicamento en alguna ocasión? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Si en alguna ocasión se ha sentido mejor. ¿Ha dejado de tomar su medicamento? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Si en alguna ocasión después de tomar su medicamento se ha encontrado peor. ¿Ha dejado de tomarla? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido. ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales? *

Muy insatisfecho.

Insatisfecho.

Indiferente.

Satisfecho.

Muy satisfecho

¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales? *

Muy intensos

Intensos

Medianamente intensos

Poco intensos

Nada intensos

¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicamentos? *

Mucho tiempo.

Bastante tiempo.

Regular.

Poco tiempo.

Nada de tiempo.

¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales? *

- Nada cumplidor.
- Poco cumplidor.
- Regular.
- Bastante cumplidor.
- Muy cumplidor.

¿Qué dificultad percibe para tomar los medicamentos? *

- Mucha dificultad.
- Bastante dificultad.
- Regular.
- Poca dificultad.
- Nada de dificultad.

En los últimos 3 meses, ¿qué tan frecuente ha pensado o se ha sentido de la siguiente manera debido al diagnóstico de VIH? *

| | Nunca | Una o dos veces | Varias veces | La mayoría de las veces | No quiero contestar |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| Sentí que no merecía vivir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sentí vergüenza de tener esta enfermedad. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me sentí totalmente inútil. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sentí que le traigo muchos problemas a mi familia. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sentí que ya no soy un ser humano. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Tabaco_1

¿A lo largo de su vida ha consumido alguna vez tabaco (cigarros, puro, pipa, etc)? *

- Sí
- No

Tabaco_2

¿Con qué frecuencia ha consumido tabaco en los ÚLTIMOS 3 MESES? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Tabaco_3

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir tabaco (cigarro, puro, pipa, etc)? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de tabaco (cigarro, puro, pipa, etc.) a problemas de salud, sociales, legales o económicos? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Tabaco_4

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de tabaco (cigarro, puro, pipa, etc.)? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir tabaco (cigarro, puro, pipa, etc.) y no lo ha logrado? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

Alcohol_1

¿A lo largo de su vida ha consumido alguna vez bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, etc.)? *

- Sí
- No

Alcohol_2

¿Con qué frecuencia ha consumido bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, etc.) en los ÚLTIMOS 3 MESES? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Alcohol_3

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, etc.)? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, etc.) a problemas de salud, sociales, legales o económicos? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que esperaba de usted habitualmente por el consumo de bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, etc.)? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Alcohol_4

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, etc.)? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, etc.) y no lo ha logrado? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

Cannabis_1

¿A lo largo de su vida ha consumido alguna vez cannabis (marihuana, mota, hierba, hashish, etc)? *

- Sí
- No

Cannabis_2

¿Con qué frecuencia ha consumido cannabis (marihuana, mota, hierba, hashish, etc) en los ÚLTIMOS 3 MESES? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Cannabis_3

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir cannabis (marihuana, mota, hierba, hashish, etc)? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de cannabis (marihuana, mota, hierba, hashish, etc) a problemas de salud, sociales, legales o económicos? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que esperaba de usted habitualmente por el consumo de cannabis (marihuana, mota, hierba, hashish, etc)? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Cannabis_4

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de cannabis (marihuana, mota, hierba, hashish, etc)? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir cannabis (marihuana, mota, hierba, hashish, etc) y no lo ha logrado? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

Cocaína_1

¿A lo largo de su vida ha consumido alguna vez cocaína (coca, crack, piedra, base, etc)? *

- Sí
- No

Cocaína_2

¿Con qué frecuencia ha consumido cocaína (coca, crack, piedra, base, etc) en los ÚLTIMOS * 3 MESES?

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Cocaína_3

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir cocaína (coca, crack, piedra, base, etc)? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de cocaína (coca, crack, piedra, base, etc) a problemas de salud, sociales, legales o económicos? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que esperaba de usted habitualmente por el consumo de cocaína (coca, crack, piedra, base, etc)? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Cocaína_4

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de cocaína (coca, crack, piedra, base, etc)? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir cocaína (coca, crack, piedra, base, etc) y no lo ha logrado? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

Anfetaminas_1

¿A lo largo de su vida ha consumido alguna vez anfetaminas (metas, cristal, éxtasis, tachas, píldoras adelgazantes)? *

- Sí
- No

Anfetaminas_2

¿Con qué frecuencia ha consumido anfetaminas (metas, cristal, éxtasis, tachas, píldoras adelgazantes) en los ÚLTIMOS 3 MESES? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Anfetaminas_3

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir anfetaminas (metas, cristal, éxtasis, tachas, píldoras adelgazantes)? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de anfetaminas (metas, cristal, éxtasis, tachas, píldoras adelgazantes) a problemas de salud, sociales, legales o económicos? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que esperaba de usted habitualmente por el consumo de anfetaminas (metas, cristal, éxtasis, tachas, píldoras adelgazantes)? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Anfetaminas_4

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de anfetaminas (metas, cristal, éxtasis, tachas, píldoras adelgazantes)? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir anfetaminas (metas, cristal, éxtasis, tachas, píldoras adelgazantes) y no lo ha logrado? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

"Poppers" _1

¿A lo largo de su vida ha consumido alguna vez poppers o Traumazol® (cloruro de etilo)? *

- Sí
- No

"Poppers" _2

¿Con qué frecuencia ha consumido poppers o Traumazol® (cloruro de etilo) en los últimos 3 meses? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

"Poppers" _3

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir poppers o Traumazol® (cloruro de etilo)? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de poppers o Traumazol® (cloruro de etilo) a problemas de salud, sociales, legales o económicos? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

"Poppers" _4

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de poppers o Traumazol® (cloruro de etilo)? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir poppers o Traumazol® (cloruro de etilo) y no lo ha logrado? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

Inhalables_1

¿A lo largo de su vida ha consumido alguna vez inhalables (mona, activo, chemo, thinner, gasolina, PVC, aire comprimido, etc)? *

- Sí
- No

Inhalables_2

¿Con qué frecuencia ha consumido inhalables (mona, activo, chemo, thinner, gasolina, PVC, aire comprimido, etc) en los ÚLTIMOS 3 MESES? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Inhalables_3

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir inhalables (mona, activo, chemo, thinner, gasolina, PVC, aire comprimido, etc)? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de inhalables (mona, activo, chemo, thinner, gasolina, PVC, aire comprimido, etc) a problemas de salud, sociales, legales o económicos? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que esperaba de usted habitualmente por el consumo de inhalables (mona, activo, chemo, thinner, gasolina, PVC, aire comprimido, etc)? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Inhalables_4

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de inhalables (mona, activo, chemo, thinner, gasolina, PVC, aire comprimido, etc)? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir inhalables (mona, activo, chemo, thinner, gasolina, PVC, aire comprimido, etc) y no lo ha logrado? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

Tranquilizantes o pastillas para dormir_1

En esta sección se enfoca sobre el consumo de pastillas para dormir o tranquilizantes que NO fueron prescritas por algún médico.

¿A lo largo de su vida ha consumido alguna vez tranquilizantes o pastillas para dormir (chochos: Valium®/Diazepam; Tafil®/Alprazolam; Ativan®/Lorazepam; Rohypnol®/Reynas; Rivotril®/Kriadex®/Clonazepam; Lexotan®/Bromazepam; etc)? *

- Sí
- No

Tranquilizantes o pastillas para dormir_2

En esta sección se enfoca sobre el consumo de pastillas para dormir o tranquilizantes que NO fueron prescritas por algún médico.

¿Con qué frecuencia ha consumido tranquilizantes o pastillas para dormir (chochos: Valium®/Diazepam; Tafil®/Alprazolam; Ativan®/Lorazepam; Rohypnol®/Reynas; Rivotril®/Kriadex®/Clonazepam; Lexotan®/Bromazepam; etc) en los ÚLTIMOS 3 MESES? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Tranquilizantes o pastillas para dormir_3

En esta sección se enfoca sobre el consumo de pastillas para dormir o tranquilizantes que NO fueron prescritas por algún médico.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir tranquilizantes o pastillas para dormir (chochos: Valium®/Diazepam; Tafil®/Alprazolam; Ativan®/Lorazepam; Rohypnol®/Reynas; Rivotril®/Kriadex®/Clonazepam; Lexotan®/Bromazepam; etc)? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir (chochos: Valium®/Diazepam; Tafil®/Alprazolam; Ativan®/Lorazepam; Rohypnol®/Reynas; Rivotril®/Kriadex®/Clonazepam; Lexotan®/Bromazepam; etc) a problemas de salud, sociales, legales o económicos? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que esperaba de usted habitualmente por el consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir (chochos: Valium®/Diazepam; Tafil®/Alprazolam; Ativan®/Lorazepam; Rohypnol®/Reynas; Rivotril®/Kriadex®/Clonazepam; Lexotan®/Bromazepam; etc)? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Tranquilizantes o pastillas para dormir_4

En esta sección se enfoca sobre el consumo de pastillas para dormir o tranquilizantes que NO fueron prescritas por algún médico.

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir (chochos: Valium®/Diazepam; Tafil®/Alprazolam; Ativan®/Lorazepam; Rohypnol®/Reynas; Rivotril®/Kriadex®/Clonazepam; Lexotan®/Bromazepam; etc)? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir tranquilizantes o pastillas para dormir (chochos: Valium®/Diazepam; Tafil®/Alprazolam; Ativan®/Lorazepam; Rohypnol®/Reynas; Rivotril®/Kriadex®/Clonazepam; Lexotan®/Bromazepam; etc) y no lo ha logrado? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

Alucinógenos_1

¿A lo largo de su vida ha consumido alguna vez alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina)? *

- Sí
- No

Alucinógenos_2

¿Con qué frecuencia ha consumido alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina) en los ÚLTIMOS 3 MESES? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Alucinógenos_3

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina)? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina) a problemas de salud, sociales, legales o económicos? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que esperaba de usted habitualmente por el consumo de alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina)? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Alucinógenos_4

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina)? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina) y no lo ha logrado? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

Opiáceos, analgésicos o medicamentos para el dolor_1

En esta sección se enfoca sobre el consumo de medicamentos para el dolor que NO fueron prescritos por algún médico.

¿A lo largo de su vida ha consumido alguna vez opiáceos (morfina, heroína, metadona, codeína, etc)? *

- Sí
- No

Opiáceos, analgésicos o medicamentos para el dolor_2

En esta sección se enfoca sobre el consumo de medicamentos para el dolor que NO fueron prescritos por algún médico.

¿Con qué frecuencia ha consumido opiáceos (morfina, heroína, metadona, codeína, etc) en los ÚLTIMOS 3 MESES? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Opiáceos, analgésicos o medicamentos para el dolor_3

En esta sección se enfoca sobre el consumo de medicamentos para el dolor que NO fueron prescritos por algún médico.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir opiáceos (morfina, heroína, metadona, codeína, etc)? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de opiáceos (morfina, heroína, metadona, codeína, etc) a problemas de salud, sociales, legales o económicos? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que esperaba de usted habitualmente por el consumo de opiáceos (morfina, heroína, metadona, codeína, etc)? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Opiáceos, analgésicos o medicamentos para el dolor_4

En esta sección se enfoca sobre el consumo de medicamentos para el dolor que NO fueron prescritos por algún médico.

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de opiáceos (morfina, heroína, metadona, codeína, etc)? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir opiáceos (morfina, heroína, metadona, codeína, etc) y no lo ha logrado? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

Potenciadores_1

¿A lo largo de su vida ha consumido potenciadores de erección como Viagra®, Cialis®, Levitra®, etc.?

- Sí
- No

Potenciadores_2

¿Con qué frecuencia ha consumido potenciadores de erección como Viagra®, Cialis®, Levitra®, etc., en los ÚLTIMOS 3 MESES?

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Potenciadores_3

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir potenciadores de erección como Viagra®, Cialis®, Levitra®, etc.?

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de potenciadores de erección como Viagra®, Cialis®, Levitra®, etc., a problemas de salud, sociales, legales o económicos?

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que esperaba de usted habitualmente por el consumo de potenciadores de erección como Viagra®, Cialis®, Levitra®, etc.?

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Potenciadores_4

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de potenciadores de erección como Viagra®, Cialis®, Levitra®, etc.?

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir potenciadores de erección como Viagra®, Cialis®, Levitra®, etc., y no lo ha logrado?

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

Otras sustancias_1

¿A lo largo de su vida ha consumido otras sustancias (GHB, éxtasis líquido, Gi, Xyrem, champú, scoop, soap, etc)

- Sí
- No

Otras sustancias_2

¿Con qué frecuencia ha consumido otras sustancias (GHB, éxtasis líquido, Gi, Xyrem, champú, scoop, soap, etc) en los últimos 3 meses?

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Otras sustancias_3

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir otras sustancias (GHB, éxtasis líquido, Gi, Xyrem, champú, scoop, soap, etc)?

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de otras sustancias (GHB, éxtasis líquido, Gi, Xyrem, champú, scoop, soap, etc) a problemas de salud, sociales, legales o económicos? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que esperaba de usted habitualmente por el consumo de otras sustancias (GHB, éxtasis líquido, Gi, Xyrem, champú, scoop, soap, etc)? *

- Nunca.
- 1 o 2 veces.
- Cada mes.
- Cada semana.
- Diario o casi diario.

Otras sustancias_4

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de otras sustancias (GHB, éxtasis líquido, Gi, Xyrem, champú, scoop, soap, etc)? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir otras sustancias (GHB, éxtasis líquido, Gi, Xyrem, champú, scoop, soap, etc) y no lo ha logrado? *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

Drogas inyectadas

¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS) *

- Nunca.
- Sí, en los últimos 3 meses.
- Sí, pero no en los últimos 3 meses.

Agradecimiento - NC

Da clic en "Enviar"

Agradecimiento - NC

Te agradecemos mucho el interés en contestar esta encuesta, pero en esta ocasión solo es para mayores de edad, personas que viven con VIH y con expediente dentro de las Clínicas Condesa.

Ya puedes cerrar su navegador. ¡Gracias!

Agradecimiento - NA

Gracias por su interés. Ya puedes cerrar su navegador.