

# “FACTORES RELACIONADOS AL USO DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA DEL DISTRITO FEDERAL”

Cruz Flores A<sup>5</sup>, Real Ramírez J<sup>5</sup>, Vega Ramírez H<sup>P</sup>

## RESUMEN.

La búsqueda de atención médica de trastornos mentales en la población general depende de la magnitud de la necesidad experimentada para ello y en mucho menor grado, de la disponibilidad de servicios percibida. Lo anterior, sucede también en la población que vive con VIH; sin embargo, la presencia de trastornos mentales en esta población es más frecuente comparada con la población general. Adicionalmente, su presencia puede considerarse un factor predictor de pobre adherencia al tratamiento antirretroviral. **Objetivo:** Evaluar los factores relacionados con el uso del servicio de salud mental entre los pacientes VIH positivos de una clínica especializada en VIH e ITS, en el Distrito Federal, México. **Metodología:** Posterior a un periodo de observación etnográfica participativa en la Clínica Especializada Condesa, se diseñó y aplicó un cuestionario a una muestra de 318 hombres de la misma. El cuestionario exploró características sociodemográficas, procesos de atención en la Clínica, estigma hacia VIH y trastornos mentales, consumo de sustancias y el uso de servicios de salud mental. La variable dependiente fue el uso o no uso del servicio de salud mental de la Clínica y se analizaron los perfiles de los pacientes que programan y acuden a la consulta mediante modelos de regresión logística. **Resultados:** La prevalencia de programar cita en el servicio de salud mental fue de 56%. De esta población, solo 58% habían acudido a su cita programada al momento de la encuesta. La presencia de estigma sentido hacia el VIH, consumir sustancias, acudir al área de asesoría de pares de la Clínica, tener dos años o menos siendo paciente de la misma y tener antecedente de psicoterapia, incrementan la probabilidad de usar el servicio de salud mental; mientras que tener una escolaridad a nivel básico, se relaciona con una probabilidad menor de uso de este servicio. **Conclusiones:** La población con VIH comparte con la población general un proceso de estigmatización hacia los trastornos mentales. El uso del servicio de salud mental es multifactorial y deben considerarse variables sociodemográficas, de procesos de atención en la Clínica, de estigma hacia el VIH y de contacto previo con servicios de salud mental. Las acciones de promoción de la salud mental entre la población de hombres VIH positivos de la Clínica necesitan ser reforzadas. Adicionalmente, este estudio documentó un perfil que orienta la búsqueda intencionada en esta población de aquellos que no se acercan a los servicios, sensibilizarlos hacia los trastornos mentales y así favorecer el uso del servicio de salud mental de la Clínica.

Palabras clave: Servicios de salud mental, VIH, trastornos mentales, Clínica Especializada Condesa.

<sup>5</sup> Médico Residente de Salud Pública y Medicina Preventiva, INSP.

<sup>5</sup> Coordinadora de la Especialidad en Salud Pública y Medicina Preventiva, INSP.

<sup>P</sup> Coordinador del Programa de Salud Mental de la CEC.

## INTRODUCCIÓN.

Los trastornos mentales se presentan más frecuentemente entre la población que vive con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) comparada con la población general; y la presencia de los mismos es un factor predictor para la pobre adherencia a la terapia antirretroviral (TARV), cuando dichos trastornos no son lo adecuadamente diagnosticados y/o tratados<sup>1</sup>. Por lo tanto, es necesario que los pacientes con VIH acudan a valoración y/o seguimiento por parte de los servicios de salud mental, con lo que se impactará positivamente en general en su salud y en su calidad de vida.

Sin embargo, existen múltiples factores que pueden hacer que los pacientes con VIH no busquen o acudan a los servicios de salud mental, entre los que podemos mencionar: factores sociodemográficos, económicos y de salud; los derivados del acceso a servicios de atención médica y su organización; el estigma hacia el VIH y hacia los trastornos mentales.

## ANTECEDENTES.

### EL VIH Y EL SIDA EN MÉXICO.

La infección por el VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), se han mantenido como un problema de salud

pública a nivel mundial y en nuestro país, derivado de sus repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas.

El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y SIDA (CENSIDA) estimó que para el 2011 en México, la prevalencia de infección por VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad estaba entre 0.24% a 0.30%; lo cual equivalía aproximadamente a 200 mil personas con VIH, entre adultos y niños en el país<sup>2</sup>.

En el periodo de 2011-2012, la epidemia de VIH en México se mantuvo como concentrada en poblaciones clave como: mujeres transgénero (MT) 20%<sup>3</sup>, hombres trabajadores sexuales (HTS) 18%, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) 17%<sup>4</sup>, usuarios de drogas inyectables (UDI) 7%; personas privadas de su libertad 1% y mujeres trabajadoras sexuales (MTS) 0.63%.

La mortalidad asociada al sida en el país se ha reducido un 7.8% del 2008 al 2010, pasando de una tasa de 4.9 muertes por cada 100, 000 habitantes a 4.5 defunciones por cada cien mil<sup>2</sup>.

Para el 2011, el Distrito Federal (DF) concentró 17% de las personas con VIH de todo el país, es decir, una prevalencia de infección por VIH como entidad de 0.79%. Anualmente contribuye con 21% de casos

incidentes a nivel nacional<sup>5</sup>. De estos, 89% son hombres y 59% ocurren en el grupo de los HSH. Además, 26% de los casos se distribuyen en el grupo etario de 15 a 29 años y 50% en el de personas de 30 a 44 años.

#### LA RELACIÓN: TRASTORNOS MENTALES Y VIH.

Hasta un tercio de las personas con VIH tiene algún trastorno mental y a pesar de que tienen la misma capacidad que el resto de la población para ser adherentes a los tratamientos antirretrovirales, la presencia de esta comorbilidad se ha relacionado con la pobre adherencia a estos.

La prevalencia de algún trastorno mental en personas con VIH, incluyendo el abuso de sustancias, se encuentra entre un 30% y 73%, según cifras de Gallego, 2001<sup>5</sup>. La dependencia a sustancias tiene una fuerte asociación con la combinación de la presencia de un trastorno mental e infección por VIH. Además, los trastornos por abuso de sustancias muy frecuentemente se observan en combinación con otros trastornos mentales como la depresión<sup>6</sup>.

García y Alfaro (2011), realizaron una investigación cualitativa con pacientes mexicanos con VIH sobre la presencia de

trastornos mentales basados en la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Dadas las características cualitativas de su estudio, no se puede especificar una prevalencia de trastornos mentales en esta población, sin embargo, se tiene la conclusión de que los indicadores de enfermedad mental, no mantienen una relación lineal con la adherencia terapéutica antirretroviral y se ha atribuido su interacción con variables como el apoyo familiar, condiciones personales de vida, acceso al sistema de salud, condiciones de confidencialidad y otros.

#### EL ESTIGMA HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y HACIA EL VIH.

Goffman (1963) definió al estigma “como un atributo profundamente devaluador, que degrada y rebaja a la persona portadora del mismo”; y esto ha sido un concepto que se ha aplicado hasta la actualidad. El estigma, según Muñoz (2009), es una característica en las personas que resulta contraria a la norma de una unidad social o al comportamiento en un momento determinado. Los individuos estigmatizados son aquellos que poseen algún atributo o

---

<sup>5</sup>MAGIS RC. Programa de VIH / SIDA de la Ciudad de México. Clínica Especializada Condesa. Diciembre 2011.

característica que es devaluada en un contexto social particular<sup>7, 8</sup>.

El estigma engloba tres aspectos del comportamiento social: los **estereotipos**, que incluyen estructuras de conocimientos que son aprendidas por la mayoría de los miembros de una sociedad; los **prejuicios** sociales, que se experimentan cuando existen reacciones negativas ante los estereotipos, manifestadas a través de actitudes y valoraciones, que a su vez darán lugar a la **discriminación** efectiva, es decir, a comportamientos de rechazo que pone a las personas en situación de desventaja social<sup>7</sup>.

La anticipación al rechazo, basada en los estereotipos, se conoce como **estigma percibido, anticipado o internalizado**; este se construye desde la perspectiva personal y corresponde con creencias acerca de la devaluación-discriminación que podría experimentar una persona. El **estigma internalizado**, por lo tanto, se refiere a la respuesta que tiene un individuo a una característica estigmatizadora y al deseo que tiene de revelarlo a terceros.

La comunicación del diagnóstico de infección por VIH supone un impacto psicológico y social, creando una estigmatización por el “*rol de enfermo*”; y podría ser que esta estigmatización se potencialice por la presencia en la persona

con VIH de algún trastorno mental. Esto contribuye a la explicación de las múltiples situaciones que hay que considerar en la prevención, control y tratamiento de las personas con VIH para otorgar servicios de atención médica amigables y que resulten eficaces.

#### USO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y VIH.

Kessler y col.<sup>9</sup>, documentaron que cerca de un 50% a 60% de la población general que se beneficiaría de tener atención por servicios de salud mental no los busca. Lo anterior, ha dado pauta a ciertas hipótesis que explican los efectos negativos que tienen las actitudes estigmatizantes para disuadir a las personas en la búsqueda de atención en salud mental, para evitar una etiqueta de “enfermo mental”. Por su parte, Sirey y col.<sup>10</sup>, sustentan la relación directa que existe entre las actitudes estigmatizantes hacia los trastornos mentales y la adherencia terapéutica.

García-Silberman (2002), demostró que aunque la población mexicana parece tener bastante información acerca de las enfermedades mentales y afirma estar dispuesta a aceptar la cercanía de los enfermos mentales. En los hechos, las conductas de búsqueda de atención, de reconocimiento de los síntomas y aceptación

de enfermos en la familia o la comunidad, mostraron depender de la magnitud de la necesidad experimentada (sólo cuando es extrema e imperativa) y en menor grado de la disponibilidad de servicios percibida; resaltándose así, que la utilización de los servicios psiquiátricos disponibles no depende sólo de su existencia, sino de la apropiada educación de la población para atenderse problemas de salud mental<sup>11</sup>.

Himelhoch y col., resaltaron cómo aproximadamente 40% de las personas que reciben atención médica por VIH en Estados Unidos de América, resultaron positivas a pruebas de tamizaje para trastornos mentales, de los cuales 30% utilizaba medicamentos psiquiátricos y solo 26% usaban servicios de algún profesional de salud mental, ya sea a nivel individual o familiar<sup>12</sup>.

Aproximadamente 34% de los pacientes tenían antecedente de haber tenido tratamiento ya sea individual o familiar por algún servicio de salud mental en un periodo de seis meses, con un promedio de ocho visitas a dichos servicios en ese lapso de tiempo. Adicionalmente la utilización de servicios de salud mental fue mayor entre los pacientes con discapacidad, ex usuarios y usuarios de drogas, así como los que tenían más de siete visitas a unidades de primer nivel de atención.

Los factores como la edad, el nivel escolar, o la etnia, así como el estadio de la infección por VIH o la medicación con antirretrovirales han sido explorados en la búsqueda de su relación con el uso de servicios de salud mental por parte de personas con VIH por Corrigan, y otros autores<sup>13, 14, 15</sup>, sin encontrar relaciones concluyentes en la explicación de este fenómeno.

#### LA CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA DEL DISTRITO FEDERAL (CEC).

Ante la creciente demanda de atención médica de personas con VIH en el D.F. en el año 2000, el Gobierno de la Ciudad de México inauguró la CEC, con la finalidad de atender y dar tratamiento a la población con VIH sin seguridad social y residente de la entidad.

En la CEC, durante el 2006, se realizaron un total de 2,850 pruebas de VIH y cuatro años después, la cifra anual de pruebas realizadas ascendió a 8,820, con una prevalencia de VIH de 11.5%. Para el año 2011, el ascenso de pruebas realizadas en la CEC continuó hasta alcanzar las 12,029 realizadas en ese

año y las casi 16,000 en el siguiente, con una prevalencia de VIH de 15.6%<sup>¶</sup>.

Durante el año 2013, se recibieron en el área de Consejería y Detección de la CEC, un promedio mensual de aproximadamente 1,500 personas. De las casi 23 mil pruebas realizadas en ese año, 13.8%, fueron positivas a VIH, 20% de estas pruebas fueron de hombres. En este año se registraron un total de 3,171 nuevos casos detectados.

El modelo de atención de la CEC ha generado un espacio de atención focalizado en el diagnóstico y tratamiento de VIH e ITS con una población de 8,830 pacientes, de los cuales 7,000 eran hombres para febrero del 2014.

Actualmente la CEC ofrece servicios de consejería y detección de infecciones de transmisión sexual (ITS), asesoría de pares (AS-PAR), trabajo social, laboratorio general y especializado, radiología, farmacia y consulta externa en medicina general, así como en diversas especialidades médicas como son: medicina interna e infectología, psiquiatría, dermatología e ITS, proctología y ginecología. Otras áreas de la salud que ofrecen servicios son: odontología, nutrición y psicología. De éstas, las áreas de AS-PAR y salud mental (psiquiatría y psicología), se

incorporaron desde el 2012. Con estos servicios, la CEC ofrece una atención integral que favorece la accesibilidad de los pacientes a servicios gratuitos y focalizados.

Se estima un crecimiento de 14% anual de la demanda de atención en la CEC. De conservarse esa estimación, en un periodo de cuatro años, la población atendida será de aproximadamente 14,000 personas<sup>£</sup>.

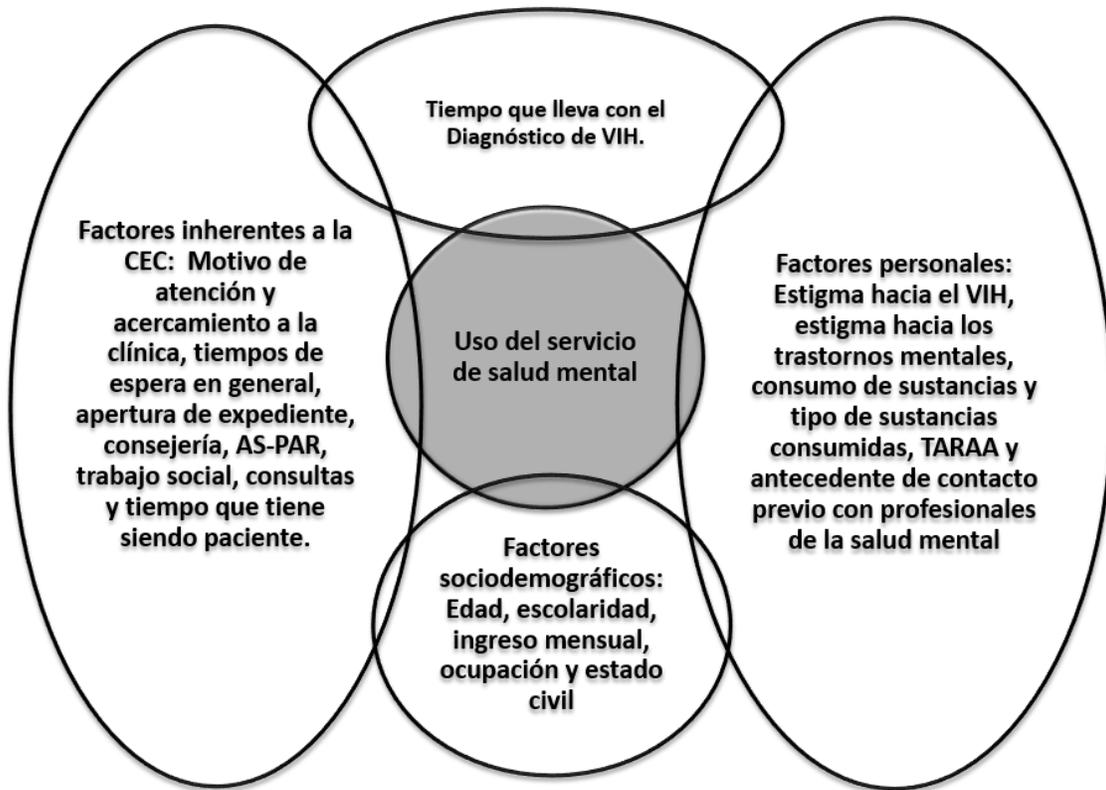
#### MODELO TEÓRICO DEL USO DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA CEC.

En la búsqueda de las relaciones existentes entre la demanda de atención de servicios de salud mental y las características de las personas que acceden a ellos. La contribución de este trabajo es probar un modelo teórico que explique de una manera integral el uso de los servicios de salud mental en la población de hombres con VIH atendidos en la CEC. En este se incluyeron variables sociodemográficas, personales, de salud y derivadas de los procesos de atención como se muestra en la figura 1; entendiendo al proceso de atención como un fenómeno complejo que requiere una explicación amplia en el contexto del paciente con VIH.

<sup>¶</sup> Sistema SALVAR al 21 de febrero, 2014.

<sup>£</sup> Sistema SALVAR y sistemas de información de la CEC.

**Figura 1. Representación del modelo teórico sobre los factores que influyen para que los pacientes de la CEC usen el servicio de salud mental.**



## MATERIAL Y MÉTODOS.

El objetivo general de este estudio fue evaluar los factores relacionados con el uso del servicio de salud mental entre los hombres con VIH de la CEC. Los objetivos específicos contemplaron: 1) describir el proceso de atención que se brinda a los usuarios por parte de los servicios de primer contacto de la Clínica, 2) describir el proceso de atención que se brinda a los pacientes VIH positivos por parte del servicio de salud mental de la Clínica, 3) caracterizar las

variables sociodemográficas y las derivadas de los procesos de atención que influyen en el uso del servicio de salud mental de la Clínica, y 4) analizar el estigma hacia los trastornos mentales y hacia la infección por VIH.

Se realizó un estudio de tipo transversal con metodología mixta, la cual se realizó en dos fases. La primera fase incluyó una observación etnográfica participativa, enfocada al conocimiento de la CEC y sus procesos de atención en áreas de primer contacto de los pacientes de la clínica y la consulta externa de salud mental. Con esto

se documentó la ruta crítica que siguen los pacientes dentro de la clínica hasta el servicio de salud mental.

En la segunda etapa de acuerdo a los procesos de atención registrados se diseñó y piloteó un cuestionario auto aplicable dirigido a los pacientes hombres VIH positivos atendidos en la CEC en donde se exploraron los factores que influían en su atención por salud mental. Este cuestionario se dividió en los siguientes apartados: aspectos sociodemográficos, antecedentes de atención en la CEC, estigma hacia la infección por VIH y trastornos mentales, hábitos de consumo de sustancias y antecedentes de atención en servicios de salud mental. (Anexo 1)

#### CÁLCULO DE LA MUESTRA.

Se encuestaron 318 pacientes de la muestra calculada sobre una población registrada de 7000 pacientes en la CEC en el periodo 2013 para una prevalencia de uso de servicios de salud mental del 26%<sup>12</sup>, con un 95% de confianza y una tasa de no respuesta de 10%.

#### SELECCIÓN DE SUJETOS.

Los pacientes encuestados se seleccionaron a través de los registros de la consulta diaria en las libretas de enfermería de la consulta

externa de diferentes servicios mediante aleatorización con arranque fijo y selección por intervalos regulares. El reclutamiento se realizó en un periodo de dos meses en horarios matutino y vespertino durante los días que se otorga consulta dentro de la CEC.

En cada una de las encuestas se explicó el objetivo del estudio y se invitaba a los pacientes a participar. Cuando aceptaban se procedía a la lectura de un consentimiento informado oral y se verificaban los siguientes criterios de inclusión: Que fueran pacientes activos de la CEC, es decir, que contaran con expediente dentro de la CEC y recibieran atención por el diagnóstico de VIH positivo; hombres mexicanos con 18 años o más años cumplidos, capaces de leer y escribir.

#### ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Se realizó un análisis descriptivo univariado, bivariado y se propusieron dos modelos de regresión logística multivariados en donde se buscó el perfil de los pacientes que programan citas en la consulta de salud mental y los que acuden a su cita programada.

Los modelos propuestos se diseñaron con base en el modelo teórico previamente descrito bajo criterios de plausibilidad

biológica, consistencia, temporalidad y asociación.

La captura de la base de datos y el análisis descrito se realizaron con STATA12 SE.

## RESULTADOS.

### DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN DE LA CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA (CEC).

La CEC tiene un modelo de atención único en México. La atención de la Clínica está focalizada para cualquier persona que presente alguna infección de transmisión sexual, principalmente personas con VIH, sin importar su identificación sexogenérica u orientación sexual. Aun cuando en el momento de su creación la CEC se concibió para llegar a poblaciones de hombres y mujeres, el modelo de atención poco a poco ha concentrado más sus acciones hacia la población de hombres. Los programas y servicios dirigidos a mujeres se han reforzado a través de otras dependencias de Secretaría de Salud del Gobierno del D.F. con la finalidad de optimizar la atención hacia mujeres.

Entre las actividades que realiza la CEC, además de la atención integral hacia pacientes con VIH, existe atención a mujeres

transgénero, atención a personas víctimas de agresiones sexuales y otorgamiento de tratamiento profiláctico postexposición, actividades de promoción a la salud sexual, prevención del VIH y otras ITS, y la investigación en estas áreas desde diversos abordajes.

La ruta crítica de los usuarios inicia en el **módulo de informes** de la clínica. Allí las personas exponen su necesidad de atención y son referidos al **área de consejería**. El área de consejería ofrece la detección de VIH y otras ITS como sífilis, hepatitis B y C, aunado a la orientación necesaria que requiera el usuario. En esta área se realiza el registro y cotejo de los datos personales del usuario con una identificación oficial con fotografía. De esta manera, se garantiza que los resultados de las pruebas coincidan con el paciente correcto. Posterior a una plática de preconsejería, los usuarios pasan al **área de laboratorio especializado** para la toma de muestra sanguínea, y regresan a la sala de espera de **consejería** para recoger su resultado, el cual es entregado de manera individual y privada por un consejero, quien ofrece orientación y posconsejería de acuerdo a los resultados de las pruebas y los factores de riesgo identificados en la historia clínica.

Los pacientes a partir de aquí se dividen entre los que son reactivos a la prueba rápida de VIH y los que no lo son. A estos últimos se les recomienda acudir a la clínica para seguimiento y tamizaje de VIH u otras ITS. Para el caso de los pacientes reactivos, se describe a continuación el proceso que seguirán para su atención dentro o fuera de la CEC.

De ser reactivo a VIH en el resultado de la prueba rápida realizada en el laboratorio especializado, las personas son orientadas para recoger sus resultados confirmatorios de VIH, junto con la cuantificación de carga viral y conteo de CD4, en un lapso de cinco días hábiles. Cuando la persona regresa por su resultado confirmatorio, este le es entregado por un consejero. Si el diagnóstico de VIH es confirmado, la persona tiene la decisión de pasar o no por el área de **AS-PAR** (Asesoría de Pares), previa información del objetivo de su paso por la misma. Posiblemente, la decisión de pasar o no por dicha área tenga que ver más con factores personales de los pacientes y no tanto con el proceso de atención de la CEC.

El área de AS-PAR, está integrada por personas que comparten el diagnóstico de VIH positivo y tienen como objetivo: brindar orientación sobre las dudas que se

presentan ante un resultado VIH positivo; no solo a la persona que recibe el resultado, sino también a las parejas, amistades y/o familiares de la misma en caso de aceptarlo; además promueven el acompañamiento y la integración de las personas diagnosticadas a los servicios para su seguimiento clínico y tratamiento, ya sea en la CEC u otros dependiendo del sistema de atención médica que les corresponda.

Una vez que han decidido atenderse en la CEC, pasan al **área de trabajo social**. Esta área brinda información respecto a los trámites que hay que realizar para la integración de las personas a los servicios de la clínica y asigna un folio de atención a los usuarios para que sean valorados en el **área de infectología o medicina interna**. Dicho folio se conservará como identificación hasta que el usuario tenga un expediente dentro de la clínica.

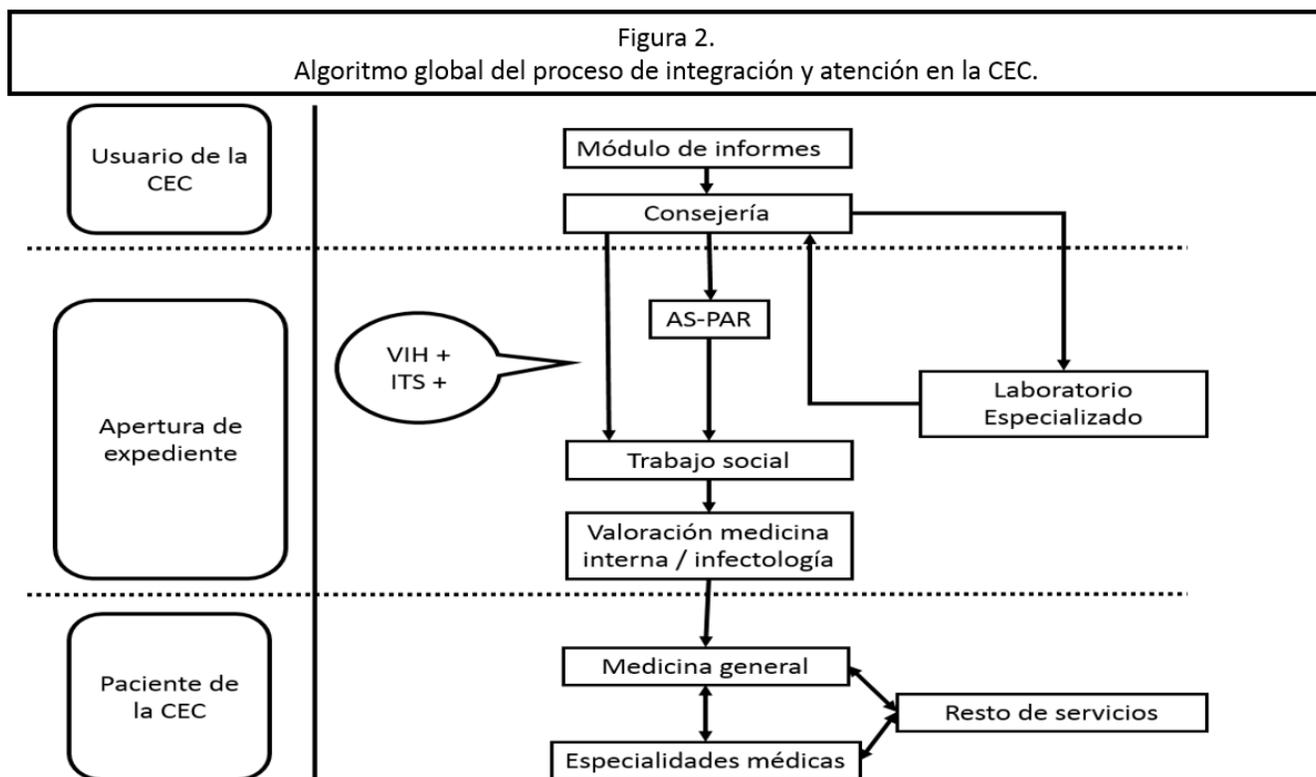
La valoración por **medicina interna o infectología**, tiene como objetivo conocer las condiciones generales de salud de las personas recientemente diagnosticadas con VIH. Si la persona cuenta con servicios de atención médica por parte de alguna dependencia de seguridad social, desde esta área se elabora una referencia médica dirigida a los servicios de salud correspondientes. De no contar con

derechohabiencia, esta valoración médica se integra posteriormente al expediente de la persona en la CEC. De esta manera el especialista que realizó la valoración, será su médico internista o infectólogo desde ese momento en adelante.

Una vez que el usuario abre su expediente en la CEC, se considera paciente de la misma y se le programa cita por primera vez en el **área de medicina general** para la elaboración de la historia clínica. En esta misma área, se le asigna un médico que será

el que le brinde atención cada vez que presente algún evento médico de atención primaria. Al término de su historia clínica, el ahora paciente activo de la CEC, puede solicitar atención a las diferentes especialidades médicas de la clínica y demás servicios que ahí se le brindan, incluidos los del **área de salud mental**.

Lo anteriormente descrito se esquematiza en el algoritmo de integración y atención de la CEC presentado en la figura 2:



Fuente: Elaboración propia.

En la actualidad, el tiempo promedio que transcurre desde que una persona tiene su resultado confirmatorio de VIH hasta que se vuelve paciente con expediente en la CEC es de 13 a 15 días hábiles.

#### DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDESA (CEC)

Los pacientes de la CEC pueden llegar al servicio de salud mental, ya sea por decisión propia o por referencia desde algún otro servicio dentro de la CEC. Cuando un paciente llega al servicio de salud mental por primera vez, pasa directamente con algún integrante del área para programar su cita, la cual corresponde al personal de psicología.

La valoración psicológica puede tener varios desenlaces con respecto al paciente y según su diagnóstico clínico: programar una cita subsecuente en psicología, ser referido a otra unidad de salud o institución que brinde un tratamiento psicoterapéutico más estrecho, ser referido a la consulta psiquiátrica o la combinación de las opciones anteriores, y si no necesita más seguimiento

por parte del área se le otorga cita abierta al servicio.

Si un paciente es referido desde psicología a psiquiatría, los médicos psiquiatras programan una cita para dicho paciente y el proceso es el mismo que el que se lleva a cabo en psicología.

#### RESULTADOS DE LA ENCUESTA.

##### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES HOMBRES DE LA CEC.

Los pacientes de la CEC tuvieron una media de edad de 32.5 años y 75% eran solteros. El 40% tuvieron una escolaridad a nivel licenciatura trunca o terminada, siendo la media de 12.4 años escolares cursados. El 52.6% de los pacientes tenía ocupaciones con ingresos mensuales no fijos y el 63.3% tenían ingresos mensuales menores o iguales a los \$7,000 pesos. En cuanto al promedio de tiempo siendo pacientes de la CEC osciló entre 1.5 a 2.5 años. El promedio de tiempo viviendo con el diagnóstico de VIH fue de 2.6 a 4 años (Tabla 1 y 1.1).

**Tabla 1**  
**Características sociodemográficas de los pacientes de la CEC.**

	<b>n</b>	<b>Media</b>	<b>Rango</b>
<b>Edad (Años)</b>	314	32.5	18 - 62
<b>Escolaridad (Años)</b>	315	12.4	1 - 19
<b>Tiempo siendo paciente de la clínica (Días)</b>	308	886	1 - 5110
<b>Tiempo que lleva con el diagnóstico de VIH (Días)</b>	309	1439	10 - 10950

Fuente: Cuestionario: "Características del proceso de atención y uso del servicio de salud mental para hombres de la Clínica Especializada Condesa, 2014".

**FACTORES RELACIONADOS CON EL USO DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA CEC.**

Todos los pacientes de la CEC, deberían tener al menos una valoración por parte del área de salud mental; sin embargo, sólo 56% de ellos programó cita en salud mental, y de estos un poco más de la mitad acudió a su cita programada, al momento en que fueron encuestados.

De los pacientes que no programaron cita, más del 60% refirió no haberlo hecho porque no les parecía necesario, no habían querido hacerlo o porque esperaban ser referidos desde otros servicios de la clínica. Un 20% desconocía la existencia de este servicio. (Figura 3)

El 80% de los pacientes que asistieron a su cita en salud mental, fueron pacientes referidos por otros servicios, especialmente

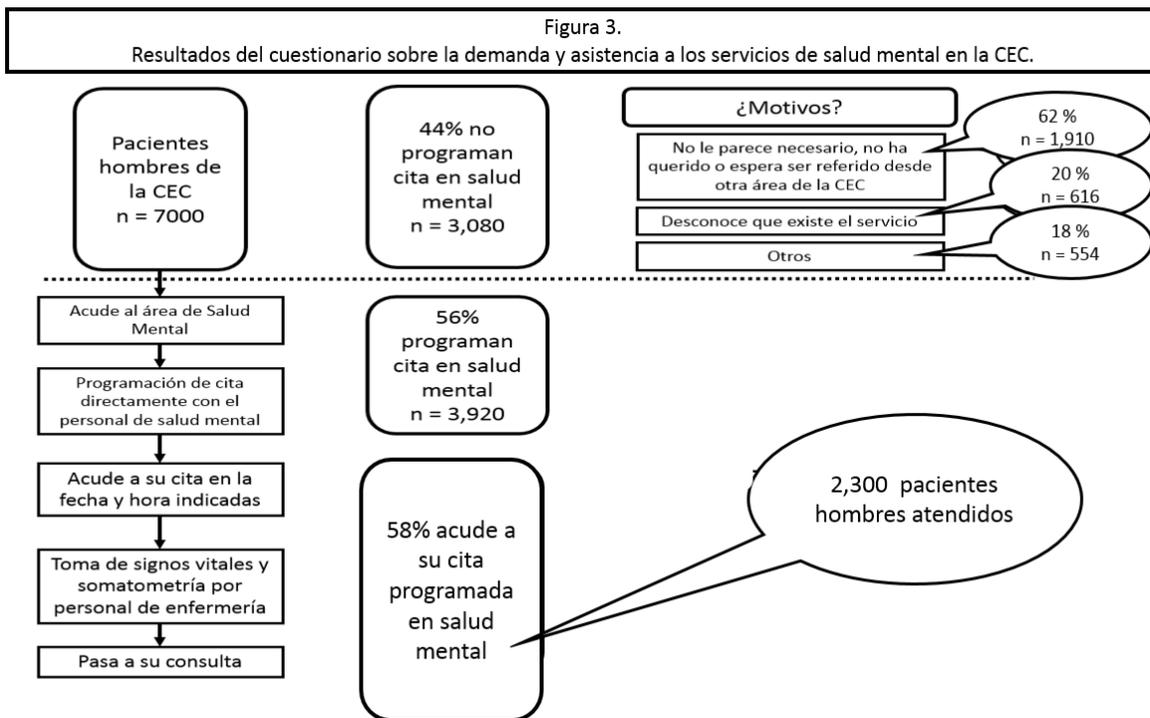
por medicina interna o infectología (50%), seguidos de aquellos referidos por medicina general (40%).

Los pacientes más jóvenes (18 a 21 años de edad) programaron y acudieron a cita de salud mental en una mayor proporción que el resto de los grupos etarios; disminuyendo esta proporción conforme el grupo etario de los pacientes era mayor. Por ejemplo, la proporción de pacientes de 18 a 21 años de edad que programó consulta fue 29% mayor con respecto a los pacientes mayores de 35 años, pero sólo 10% mayor con respecto a los del grupo de 22 a 25 años. (Tabla 2). Los pacientes con ocupaciones de ingreso mensual fijo, programaron 9% más y acudieron 13% más a la cita en salud mental en comparación con aquellos con ocupaciones de ingreso mensual no fijo.

**Tabla 1.1**  
**Características sociodemográficas de los pacientes de la CEC.**

	n	%
<b>Edad</b>	<b>314</b>	<b>100</b>
18 a 21 años	37	11.7
22 a 25 años	51	16.2
26 a 30 años	71	22.6
31 a 35 años	46	14.6
>35 años	109	34.7
<b>Estado civil</b>	<b>309</b>	<b>100</b>
Soltero	232	75.0
Unión libre	36	11.6
Casado	33	10.7
Divorciado	8	2.6
<b>Escolaridad</b>	<b>315</b>	<b>100</b>
Primaria	12	3.8
Secundaria	51	16.2
Preparatoria o carrera técnica	118	37.4
Licenciatura	126	40.0
Posgrado	8	2.5
<b>Ocupación</b>	<b>311</b>	<b>100</b>
Jornalero/Obrero/Empleado	103	33.1
Trabajador por cuenta propia	67	21.5
Desempleado	50	16.0
Estudiante	45	14.5
Patrón/Empresario/Gerente	43	13.8
Trabajador sexual	2	0.6
Jubilado / Pensionado	1	0.3
<b>Ingreso mensual</b>	<b>300</b>	<b>100</b>
Sin ingreso	62	20.6
Menor a \$2,500	82	27.3
\$2,500 a \$7,000	108	36.0
\$7,001 a \$11,500	34	11.3
Mayor a \$11,500	14	4.6

Fuente: Cuestionario: "Características del proceso de atención y uso del servicio de salud mental para hombres de la Clínica Especializada Condesa, 2014".



Fuente: Elaboración propia.

Los pacientes que tenían dos años o menos estudiando en la CEC programaron y acudieron a sus citas en salud mental en mayor proporción comparados con los que tenían más tiempo como pacientes, dicha diferencia fue más clara en el rubro de asistir a la cita programada, 10% contra 25%, respectivamente.

Con respecto a la escolaridad, conforme aumentaba el nivel escolar de los pacientes, la proporción de los que programaron y acudieron a cita en salud mental aumentaba;

por ejemplo, la proporción de pacientes con licenciatura o posgrado que programaron consulta fue 29% mayor en comparación con los que contaban con primaria o secundaria.

Los pacientes que pasaron alguna vez por el área de AS-PAR, independientemente del número de visitas a la misma, programaron y acudieron a su cita en salud mental en mayor proporción comparados con los que no pasaron nunca por esa área 76% vs 24%.

\* Se detalla el flujo del proceso hasta llegar a la cita en el servicio de salud mental y las respectivas extrapolaciones de lo que ocurriría en la población de pacientes de la CEC.

El estigma hacia el VIH, en particular, el estigma sentido, marcó diferencias de proporciones entre aquellos que lo presentaban versus los que no, poniendo en evidencia que los pacientes que presentaban estigma sentido hacia la infección por VIH programaron y acudieron a salud mental en mayor proporción (20% más) comparados con los que no lo tenían; por otro lado, en el caso del estigma hacia los trastornos mentales, los pacientes que programaron y acudieron a su cita en salud mental tuvieron puntuaciones menores de estigma hacia trastornos mentales, comparados con los que no lo hicieron.

La presencia de consumo de sustancias en los tres meses previos a la entrevista, tuvo una mayor proporción de personas que programaron y acudieron a cita

en salud mental en comparación a los que no consumieron 60% vs 30%. Sin embargo, la presencia de un probable trastorno por uso de sustancias, mostró diferencias significativas en el rubro de acudir a cita en salud mental. Al analizar el tipo de sustancia consumida en los últimos tres meses de manera aislada, se encontró que las personas que referían consumir tabaco, alcohol, cannabis, anfetaminas o *poppers*<sup>§</sup> programaban y acudían a su cita de salud mental en mayor proporción comparados con los que no los consumían.

El antecedente de psicoterapia (por lo menos una vez a la semana como mínimo en un periodo de seis meses) fue un factor que se observó en mayor proporción entre aquellos que programaron y acudieron a su cita de salud mental 12% a 16% más.

---

<sup>§</sup> Los nitratos de amilo contenidos en envases comúnmente llamados "poppers", son sustancias consideradas drogas recreativas y que suelen ser clasificadas como "drogas inhalables" por su característica volátil. Su uso está relacionado con las sensaciones de euforia breve que causa su inhalación y la percepción de

prolongación del placer sexual. Su uso se ha popularizado más entre poblaciones de jóvenes y poblaciones de HSH, sobretudo, en la búsqueda de potenciar el placer sexual, ya sea a través de su efecto sobre la dilatación anal y/o sobre la dilatación de vasos sanguíneos en el pene, que prolonga la erección.

**Tabla 2.**  
**Características de los pacientes y uso del servicio de salud mental de la CEC.**

	Programó cita en salud mental			valor p	Acudió a su cita programada			valor p
		Si	No			Si	No	
	n	n (%)	n (%)		n	n (%)	n (%)	
<b>Total de pacientes</b>	<b>316</b>	<b>177 (56)</b>	<b>139 (44)</b>		<b>177</b>	<b>103 (58)</b>	<b>74 (42)</b>	
<b>Edad del paciente (Años)</b>	<b>312</b>				<b>175</b>			
18 a 21	37	27 (73)	10 (27)	0.008	27	22 (81)	5 (19)	0.08
22 a 25	51	32 (63)	19 (37)		32	18 (56)	14 (44)	
26 a 30	70	45 (64)	25 (36)		45	25 (56)	20 (44)	
31 a 35	46	23 (50)	23 (50)		23	13 (57)	10 (43)	
>35	108	48 (44)	60 (56)		48	23 (48)	25 (52)	
<b>Ocupación actual *</b>	<b>311</b>				<b>174</b>			
Ingreso fijo	146	89 (61)	57 (39)	0.10	89	57 (64)	32 (36)	0.07
Ingreso no fijo	164	85 (52)	79 (48)		85	43 (51)	42 (49)	
<b>Tiempo siendo paciente de la CEC.</b>	<b>306</b>				<b>177</b>			
Menor o igual a 2 años	207	127 (61)	80 (39)	0.07	127	83 (65)	43 (35)	0.002
Más de 2 años	99	50 (51)	49 (49)		50	20 (40)	30 (60)	
<b>Escolaridad</b>	<b>313</b>				<b>176</b>			
Primaria y secundaria	62	22 (35)	40 (65)	0.001	22	6 (27)	16 (78)	0.002
Preparatoria/Técnico	118	69 (58)	49 (41)		69	38 (55)	31 (45)	
Licenciatura y posgrado	133	85 (64)	48 (36)		85	58 (68)	27 (31)	
<b>Acudió al área de AS-PAR</b>	<b>301</b>				<b>171</b>			
Si	171	90 (76)	81 (44)	0.000	98	71 (79)	19 (21)	0.000
No	130	28 (24)	102 (56)		73	27 (33)	54 (67)	
<b>Presencia de estigma sentido hacia el VIH</b>	<b>302</b>				<b>172</b>			
Si	149	100 (67)	49 (33)	0.000	100	72 (72)	28 (28)	0.000
No	153	72 (47)	81 (53)		72	29 (40)	43 (60)	

<b>Estigma hacia trastornos mentales (Puntos)</b>	<b>296</b>	43	45	0.01	<b>170</b>	41	45	0.000
<b>Consumió alguna sustancia en los últimos tres meses</b>	<b>316</b>				<b>177</b>			
Si	270	163 (60)	107 (40)	0.000	163	100 (61)	63 (39)	0.004
No	46	14 (30)	32 (70)		14	3 (21)	11 (79)	
<b>Probable trastorno por uso de sustancias</b>	<b>316</b>				<b>177</b>			
Si	32	20 (63)	12 (37)	0.4	20	15 (75)	5 (25)	0.1
No	284	157 (55)	127 (45)		157	88 (56)	69 (44)	
<b>Consumo de tabaco</b>	<b>316</b>				<b>177</b>			
Si	194	123 (63)	71 (37)	0.001	123	81 (66)	42 (34)	0.002
No	122	54 (44)	68 (56)		54	22 (41)	32 (59)	
<b>Consumo de alcohol</b>	<b>316</b>				<b>177</b>			
Si	238	147 (62)	91 (38)	0.000	147	95 (65)	52 (35)	0.000
No	78	30 (38)	48 (62)		30	8 (27)	22 (73)	
<b>Consumo de cannabis</b>	<b>316</b>				<b>177</b>			
Si	64	45 (70)	19 (30)	0.01	45	32 (71)	13 (29)	0.04
No	252	132 (52)	120 (48)		132	71 (54)	61 (46)	
<b>Consumo de anfetaminas</b>	<b>316</b>				<b>177</b>			
Si	22	18 (82)	4 (18)	0.01	18	14 (78)	4 (22)	0.08
No	294	159 (54)	135 (46)		159	89 (56)	70 (44)	
<b>Consumo de Poppers</b>	<b>316</b>				<b>177</b>			
Si	75	52 (69)	23 (31)	0.08	52	37 (71)	15 (29)	0.02
No	241	125 (52)	116 (48)		125	66 (53)	59 (47)	
<b>Antecedente de psicoterapia</b>	<b>306</b>				<b>173</b>			
Si	62	43 (69)	19 (31)	0.02	43	29 (67)	14 (33)	0.16
No	244	130 (53)	114 (47)		130	72 (55)	58 (45)	

Fuente: Cuestionario: "Características del proceso de atención y uso del servicio de salud mental para hombres de la Clínica Especializada Condesa, 2014". \* Ocupaciones con ingreso fijo: Patrón, empresario, gerente, jornalero, obrero, empleado, jubilado y pensionado. Ocupaciones con ingreso no fijo: Trabajador por cuenta propia, trabajador sexual, estudiante y desempleado.

## MODELOS.

Se integraron dos modelos de regresión logística, uno para programar cita en salud mental de la CEC y otro para acudir a dicha cita programada. Las variables que integraron ambos modelos tuvieron una plausibilidad biológica, teórica, coherentes a

la dinámica observada en la clínica y con significancia estadística.

Las variables que explicaron el fenómeno de programar cita en aproximadamente 15% se muestran en la tabla 3; y aquellas que explicaron el fenómeno de acudir a cita programada en aproximadamente 29% en la tabla 4

**Tabla 3.**  
**Modelo de regresión logística para programación de cita en salud mental, para pacientes hombres de la CEC\***

Variable explicativa	OR	Valor p	IC 95%	
			Inferior	Superior
Edad del paciente menor o igual a 30 años	1.52	0.14	0.871	2.648
Escolaridad del paciente primaria o secundaria	0.59	0.14	0.292	1.192
Pasar por el área de asesoría de pares (AS-PAR)	3.00	0.00	1.662	5.442
Consumo de alguna sustancia en los últimos tres meses	2.47	0.02	1.098	5.593
Antecedente de psicoterapia	2.77	0.00	1.327	5.814
Presencia de estigma sentido hacia VIH	1.93	0.01	1.112	3.381

**Tabla 4.**  
**Modelo de regresión logística para acudir a cita programada en salud mental, para pacientes hombres de la CEC\***

Variables explicativas	OR	Valor p	IC 95%	
			Inferior	Superior
Edad del paciente menor o igual a 30 años	0.44	0.09	0.175	1.152
Escolaridad del paciente primaria o secundaria	0.17	0.006	0.051	0.615
Pasar por el área de asesoría de pares (AS-PAR)	4.00	0.001	1.805	9.101
Consumo de alguna sustancia en los últimos tres meses	8.14	0.01	1.485	44.684
Presencia de estigma sentido hacia VIH	1.98	0.09	0.893	4.422
Presencia de probable trastorno por uso de sustancias	4.40	0.03	1.119	17.365
Tiempo siendo paciente menor o igual a dos años	3.7	0.003	1.546	8.849

\*X<sup>2</sup>: 63.81, p 0.000, Sensibilidad: 81.72%, Especificidad: 70%

## DISCUSIÓN.

Sareen y Mogtabai, han reportado cómo el ingreso económico y la ocupación de las personas, tienen influencia en el uso de servicios especializados, entre ellos los de salud mental. En el caso de la población de la CEC, el ingreso económico y la ocupación, fueron variables que no tuvieron una relación clara con el uso del servicio de salud mental, sin embargo, el hecho de que la atención en la CEC es totalmente gratuita podría haber sesgado estas variables. Referente a la escolaridad de los pacientes de la CEC, esta es de un nivel alto, puesto que 40% tiene un nivel educativo superior, y además esto tuvo influencia en el uso del servicio de salud mental, pues fueron estos pacientes quienes lo utilizaron en mayor proporción, lo cual no es distinto a lo descrito por Parslow y Elhai.

La edad de los pacientes de la CEC, aunque fue una variable poco influyente en el efecto sobre el uso del servicio de salud mental; tuvo relación con ello, y se apoya con lo encontrado con otros autores como Elhai y Ford. Los pacientes más jóvenes tuvieron mayor acercamiento con el servicio de salud mental. Posiblemente, una edad menor a la media de esta población, predispone al uso del servicio, pero no se relaciona con la

intensidad de su uso. Por otro lado, también la percepción sobre la necesidad de valoración por un servicio de salud mental puede variar entre los diferentes grupos etarios de pacientes, como lo han puesto en evidencia Parslow y Sareen, en otras poblaciones.

En la población de la CEC, en la que todos los pacientes deberían tener al menos una valoración por el servicio de salud mental; la prevalencia de programación de cita en el servicio fue del 56%; pero sólo 33% de todos los pacientes de la Clínica acuden a una cita en el servicio de salud mental; cifra más cercana al uso real de este servicio. Sobre esto, Himelhoch y col., encontraron que el uso de servicios de salud mental por parte de las personas que reciben atención médica por VIH, era cercano a 26%, resultados igualmente consistentes con lo reportado por Burnam y col. En este sentido, el mayor uso del servicio de salud mental por los pacientes de la Clínica está influenciado por su acceso facilitado al interior de la misma y que es ofertado como parte de su atención integral como una clínica especializada.

Anteriormente, Ohl y col., ya ponían en evidencia que los pacientes con VIH que son atendidos en clínicas especializadas, usan más los servicios de salud mental comparados con aquellos atendidos en

clínicas no especializadas, lo cual, es consistente aun ajustando esto por características sociodemográficas de los pacientes y características de las clínicas donde son atendidos.

García-Silberman demostró que en población mexicana, el uso de servicios de salud mental, depende de la magnitud de la necesidad experimentada, y en mucho menor grado, de la disponibilidad de servicios percibida; lo cual coincide con la investigación realizada por Parslow y col. Al parecer esto es compartido entre la población con VIH de la CEC, ya que muchas veces, en su primera valoración por el servicio de salud mental, los pacientes se percatan de que sus signos y síntomas forman parte de un trastorno mental; pero su acercamiento con el servicio no fue motivado por ello, sino por otras razones relacionadas con el inicio de una TARV (50% de los casos). Esto es distinto en aquellos pacientes que tenían antecedente de psicoterapia o quienes ya tenían un diagnóstico de algún trastorno mental, los cuales se acercaron en mayor proporción al servicio por decisión propia (19%).

Himelhoch y col., describieron que aproximadamente 34% de los pacientes tenían antecedente de haber tenido tratamiento por algún servicio de salud

mental en un periodo de seis meses, cercano al 32% encontrado en la población de la CEC.

Ohl y col. (2007), pusieron en evidencia cómo la organización de los servicios se relaciona con el uso de otros como los de salud mental. En la CEC, la organización de los servicios también estuvo relacionada con el uso del servicio de salud mental. Un ejemplo claro fue el área de AS-PAR de la CEC, la cual como parte de una unidad especializada tiene un papel importante en la integración de los pacientes a los servicios en general. Los pacientes que pasaron por esta área, aumentaron cuatro veces más la probabilidad de usar el servicio de salud mental comparados con lo que nunca pasaron por ella.

La presencia de estigma sentido hacia el VIH incrementó dos veces más el uso del servicio de salud mental por parte de los pacientes. Por otro lado, si bien los pacientes que obtuvieron puntajes más altos en la escala de estigma hacia trastornos mentales, usaron en menor proporción el servicio de salud mental; en comparación con los que tuvieron un menor puntaje; esto no fue suficiente para establecer diferencias significativas entre ellos. La posibilidad de que el instrumento utilizado no discriminara por gradiente el estigma hacia trastornos mentales, sino solamente actitudes

negativas hacia los mismos probablemente afectó la precisión del mismo. A pesar de que el miedo a la estigmatización por padecer un trastorno mental es una razón para no buscar atención en los servicios de salud mental, los resultados en la literatura han sido contradictorios probablemente por los instrumentos con los que el estigma es medido.

El consumo de alguna sustancia, presente en el 85% de los pacientes, aumentó dos veces más la probabilidad de programar cita en el servicio de salud mental de la CEC y hasta ocho veces más la probabilidad de acudir a cita en el servicio comparado con los que no consumieron. La probable presencia de un trastorno por uso de sustancias estuvo presente en el 10% de los pacientes. Esto aumentó la probabilidad de acudir a cita en el servicio cuatro veces más comparado con aquellos que no la tuvieron. Lo anterior, ha sido también documentado por Elhai y Ford, acentuando la relación que existe entre el consumo de sustancias, la presencia de trastornos por uso de sustancias y el uso de servicios de salud mental.

Aunque no fue un objetivo de este trabajo, se realizaron análisis más exhaustivos con relación al consumo de sustancias y el uso del servicio de salud mental en la CEC. Se

observó una mayor proporción de pacientes que tuvieron un consumo de sustancias en los últimos tres meses previos al día de la aplicación de cuestionarios (tabaco, alcohol u otra sustancia ilegal), entre aquellos que acudieron con mayor frecuencia a salud mental. Cabe mencionar, que sustancias como los *poppers*, estuvieron dentro de las tres primeras sustancias consumidas en esta población, después de alcohol y tabaco; por lo que se sugiere realizar más investigaciones en su consumo por la relación que presentan con conductas sexuales de riesgo y probablemente con los trastornos mentales.

## CONCLUSIONES.

La Clínica Especializada Condesa es única en su modelo de atención y ha sido resultado de las demandas de atención de la población a la que atiende y de la evidencia que ha surgido de investigaciones como la de este trabajo. La Clínica brinda una atención integral, por ello, la salud mental de los pacientes es importante dentro de su estructura, no solo por la relación estrecha que tiene con la adherencia antirretroviral y las actividades de riesgo que inciden en la transmisión del VIH, sino también por el impacto que la salud mental deficiente tiene en la calidad de vida de los pacientes.

Se destaca la necesidad de reforzar e implementar acciones de promoción de la salud mental y con ello el uso de este tipo de servicios entre los pacientes hombres con VIH de la Clínica. Esto es importante para contribuir a reducir el porcentaje de pacientes que no acuden a programar una cita en salud mental (44%), sobretodo, en el sentido de sensibilizar su percepción de la necesidad de atención (62%).

Existen áreas en la clínica como AS-PAR, que ha demostrado tener una importante influencia en los pacientes y que por ende podría apoyar en la detección oportuna de aquellos pacientes con elementos de salud mental prioritarios. Es importante resaltar que el área de AS-PAR fue integrada como una organización de la sociedad civil que posteriormente fue integrada a los servicios de la CEC, por lo que organizaciones de este tipo tienen un impacto en el uso de servicios de salud mental.

Conocer el perfil de los pacientes que están usando en mayor proporción el servicio de salud mental de la Clínica, es decir, pacientes jóvenes, con estudios de nivel superior, consumidores de sustancias, con ingresos mensuales fijos e integrados recientemente a la Clínica, ofrece una idea sobre en cuales pacientes hay que reforzar

las acciones y en cuales hay que implementar acciones para atraerlos a los servicios.

El presente trabajo ha dado pauta a formular hipótesis sobre la influencia que tienen algunas características de los pacientes y del propio proceso de atención de la CEC para el uso del servicio de salud mental, que refuerzan la necesidad de seguir haciendo investigación en esta área.

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

La principal limitación de este estudio es su validez externa, ya que los resultados solo son aplicables a la población de pacientes hombres de la CEC. Por lo tanto, es necesario realizar estudios similares en las poblaciones de mujeres y mujeres transgénero de la CEC, que por razones metodológicas no fueron incluidas en este estudio.

La población de hombres de la CEC es en gran medida una población de HSH, por lo que no haber realizado en este trabajo un análisis que diferenciara los HSH de los que no lo son y ver como esto influye también en el uso del servicio de salud mental fue una limitante presente desde el diseño del estudio.

Algunas variables sociodemográficas como el estado civil o la ocupación, debieron ser interrogadas para encontrar las características de las redes sociales de los pacientes y diferenciar su apoyo económico. El estado civil debió ser explorado en mayor profundidad para evitar sesgos de información derivados de la idiosincrasia de los pacientes frente a las categorías de esta variable. Por ejemplo: Un paciente pudo referirse como soltero y sin embargo estar viviendo con una pareja.

La posibilidad de que el instrumento utilizado para la medición del estigma hacia los trastornos mentales no discriminara por gradiente dicho estigma probablemente afectó la precisión del mismo, y por ende, dio pauta a que esta información no resultase influyente en el uso del servicio de salud mental, contrario a lo que sucedió con el estigma hacia el VIH.

Aunque el tiempo siendo paciente de la CEC fue una variable notoriamente influyente en el uso del servicio de salud mental, puede ser una variable que necesite abordarse de una manera metodológica diferente para disminuir o evitar un sesgo por la presencia de trastornos mentales en pacientes con edades mayores y la pérdida de los mismos con el paso del tiempo, es decir, un sesgo similar al que ocurre en estudios de cohorte,

especialmente por factores como la adherencia y la sobrevivencia de los pacientes de la Clínica.

Algunos factores derivados de la integración de los pacientes a los servicios de la CEC, como los tiempos de apertura de expediente y de espera para la atención en los servicios, no fueron incluidos en los resultados puesto que presentaron sesgos de memoria.

No se realizó un tamizaje para trastornos mentales ni tampoco se midió la discapacidad de los pacientes, su carga viral y niveles de CD4, por lo que la interacción de estas variables en el acercamiento al servicio de salud mental no se pudo determinar.

## RECOMENDACIONES

Es necesaria la unificación y concentración de la información y establecer el acceso general a la misma entre todas las áreas de atención. Se sugieren dos sistemas de información que concentren lo derivado de las áreas de consejería, AS-PAR, trabajo social y laboratorios por un lado; y uno que registre la información derivada de la atención médica general y de especialidad.

También deben adecuarse en dichos sistemas las características de la población que es atendida en la CEC, por ejemplo, la

red de apoyo en vez del estado civil o la identificación sexogenérica, con la finalidad de evitar sesgos de información y realizar investigaciones que describan más las conductas y relaciones entre la población de la CEC y su salud mental.

Puesto que los aspectos que influyen en la decisión de los pacientes para pasar por el área de AS-PAR de la CEC no fueron abordados en este estudio, se sugiere sean explorados desde una metodología cualitativa.

Este estudio busco contribuir en la medición basal de los procesos de atención de la

clínica y los factores relacionados con la búsqueda de atención de salud mental. La realización de evaluaciones periódicas comparativas con esta favorecerá encontrar oportunidades de mejora de la CEC.

## AGRADECIMIENTOS.

*Dr. Hugo López-Gatell (INSP), Dr. Carlos Magis (CENSIDA), Dra. Hortencia Chanes (DGPS), Dra. Andrea González (CEC), Dr. Jesús Casillas (CEC).*

*A cada uno de los integrantes del equipo de salud mental y del área de AS-PAR de la CEC.*

*A todos aquellos pacientes que apoyaron la realización de este estudio.*

## REFERENCIAS

1. García CI, Rodríguez DM, Alfaro CF, Sánchez AO. Indicadores de enfermedades mentales en pacientes mexicanos con VIH/SIDA y su relación con la adherencia terapéutica. *Actualidades en Psicología*. México. 2011. 25, 37-55.
2. Secretaría de Salud. Centro Nacional para la prevención y control del VIH/SIDA (CENSIDA). Informe nacional de avances en la lucha contra el SIDA. México 2012.
3. Colchero A y col. Encuesta de salud con seroprevalencia de VIH a mujeres transgénero en la Ciudad de México. 2013.
4. Bautista AS, Colchero A, Sosa RS, Romero MM, Conde C. Resultados principales de la encuesta de seroprevalencia en sitios de encuentro de hombres que tienen sexo con hombres. INSP. 2013.
5. Gallego DL, Gordillo AVM. Trastornos mentales en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Anales de medicina interna*. Madrid. 2001. 18:11. 597-604pp.
6. Cournos F, McKinnon K, Wainberg M. What can mental health interventions contribute to the global struggle against HIV/AIDS?. *World Psychiatry* 4(3): 135-141, Octubre. 2005.
7. Muñoz M, Pérez SE, Crespo M, Guillén AI. Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial Complutense. Madrid. 2009.

8. Organización Mundial de la Salud. Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud: documento de trabajo. OMS. Brasil. 2011.
9. Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch JR, Laska EM, Leaf PJ, Manderscheid RW, Rosenheck RA, Walters EE, Wang PS ( 2001) The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv Res* 36: 987–1007.
10. Sirey JA, et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am. J. Psychiatry*. 2001. 158: 479-481.
11. García-Silberman S. Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental. *Salud Pública de México*. 2002 (44): 289-296.
12. Himelhoch S et al. Use of outpatient mental health services and psychotropic medications among HIV-infected patients in a multisite, multistate study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009; 31(6): 538–545.
13. Ohi ME, Landon BE, Cleary PD, LeMaster J. Medical clinic characteristics and access to behavioral health services for persons with HIV. *Psychiatr Serv*. 2008; 59:400–407.
14. Parslow RA, Jorm AF: Who uses mental health services in Australia? An analysis of data from the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34:997–1008, 2000.
15. Elhai DJ, Ford DJ. Correlates of Mental Health Service Use Intensity in the National Comorbidity Survey and National Comorbidity Survey Replication. *Psychiatric Services*. 58:1108-1115, 2007.
16. Sareen J, Jagdeo A, Cox BJ, Clara I, ten Have M, Belik S, de Graaf R, Stein MB: Service Utilization in the United States, Ontario and the Netherlands. *Psych Serv* 2007, 58:357-36.
17. Mojtabai R, Olfson M, Mechanic D: Perceived Need and Help-seeking in Adults With Mood, Anxiety, or Substance Use Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2002, 59:77-84.
18. Burnam AM et al. Use of mental health and substance abuse treatment services among adults with HIV in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58(8):729-736
19. Bozzette SA, Berry SH, Duan N, et al: The care of HIV-infected adults in the United States. HIV Cost and Services Utilization Study Consortium. *New England Journal of Medicine* 339:1897-1904, 1998.
20. Phillips KA, Morrison KR, Andersen R, et al: Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. *Health Services Research* 33:571—596, 1998
21. Chan KS, Orlando M, Joyce G, et al: Combination antiretroviral therapy and improvements in mental health: results from a nationally representative sample of persons undergoing care for HIV in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 33:104—111, 2003
22. Thompson A, Hunt C, Issakidis C: Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39:810—817, 2004.
23. Campo-Arias A., Oviedo H. Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Rev. Salud pública*. 10 (5):831-839, 2008.
24. Ortega CM., Cayuela DA. Regresión logística no condicionada y tamaños de

- muestra: Una revisión bibliográfica. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 85-93.
25. Pedersen D. Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y el diseño de intervenciones. Acta Psiquiát Psicol Am Lat. 2009, 55(1):39-50.
  26. Mora RJ, Ortega OM, Natera G, Bautista AN. Autoestigma en personas con diagnóstico de trastorno mental grave y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales. Acta Psiquiát Psicol Am Lat. 2013, 59(3):147-158.
  27. Mora RJ, Bautista AN, Natera G, Pedersen D. Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. Salud Mental. 2013; 36:9-18.
  28. Flores RS, Medina DR, Robles GR. Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. Salud Mental. 2011; 34:333-339.
  29. King M et al. The stigma scale: development of a standardize measure of the stigma of mental illness. BJP. 2007, 190:248-254.
  30. Miric, M. Escala Para la Evaluación del Estigma Sentido Entre las Personas VIH Positivas en la Republica Dominicana. Paradigmas. 2004; 2(4).
  31. Freeman M, Vikram P, Collins P, Bertolote J. Integrating mental health in global initiatives for HIV/AIDS. BJP 2005, 187:1-3.
  32. Satre D, DeLorenze G, Quesenberry C, Tsai A, Weisner C. Factors associated with treatment initiation for psychiatric and substance use disorders among persons with HIV. Psychiatric Services 2013, 64:8.

## Anexo 1.

### Cuestionario sobre características del proceso de atención y uso del servicio de salud mental para hombres de la Clínica Especializada Condesa

Las siguientes preguntas forman parte de un cuestionario que va dirigido a los pacientes hombres de la Clínica Especializada Condesa, la finalidad es recabar datos para una investigación que tiene como objetivo conocer algunos aspectos de los procesos de atención de la Clínica y algunas características sociodemográficas y de salud mental de los hombres a las cuales se aplica. Agradecemos su colaboración y solicitamos que conteste con la mayor veracidad posible ya que todas sus respuestas serán manejadas con total confidencialidad, es por esto, que no se le solicita su nombre, folio ID o expediente para contestarlo.

#### Sección I. Aspectos sociodemográficos.

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene? \_\_\_\_\_ años.

2. ¿Cuál es su estado civil actual?

Soltero [1]  
Casado [2]

Viudo [3]  
Divorciado [4]

Unión libre [5]

3. Marque con (X) el último AÑO o escolar completado.

Primaria	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Secundaria	1°	2°	3°			
Preparatoria	1°	2°	3°			
Técnico	1°	2°	3°	4°	5°	_____

Licenciatura	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°
Posgrado	1°	2°	3°	4°	5°		

4. ¿Cuál es su ocupación actual?

Patrón/ Empresario/ Gerente [1]  
 Jornalero/ Obrero/ Empleado [2]

Desempleado [3]  
 Trabajador por cuenta propia [4]  
 Trabajo sexual [5]

Estudiante [6]  
 Jubilado / Pensionado [7]

5. ¿Cuál es su ingreso mensual?

Menor de \$2,500 [1]  
 \$2,500 a \$7,000 [2]  
 \$7,001 a \$11,500 [3]  
 \$11,501 a \$16,000 [4]

\$16,001 a \$20,000 [5]  
 \$20,001 a \$35,000 [6]  
 Más de \$35,000 [7]

No cuento con un ingreso mensual [0]

6. ¿Alguna vez ha vivido en la calle por más de 6 meses?

Sí [1]

No [0]

7. ¿Alguna vez ha estado privado de su libertad en un reclusorio?

Sí [1]

No [0]

8. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo lleva siendo paciente con expediente de la Clínica Especializada Condesa?

Días \_\_\_\_\_

Meses \_\_\_\_\_

Años \_\_\_\_\_

#### Sección II. Antecedentes de atención en la Clínica Especializada Condesa.

9. La primera vez que acudió a la Clínica, ¿cuál fue el motivo principal por el que acudió?

Para realizarme la prueba rápida de VIH. [1]  
 Para realizarme pruebas para sífilis, hepatitis B y hepatitis C. [2]  
 Necesitaba atención porque tenía una infección de transmisión sexual. [3]  
 Por tratamiento pos exposición (PPE). [4]  
 Había sido agredido sexualmente. [5]

Se me terminó mi seguridad social y quise atenderme en la Clínica. [6]  
 Tenía un resultado positivo para VIH de un laboratorio, ONG, fundación, etc., externos y quería atenderme en la Clínica. [7]  
 Otro. [8]

10. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo lleva diagnosticado con VIH?

Días \_\_\_\_\_

Meses \_\_\_\_\_

Años \_\_\_\_\_

11. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que llegó al área de consejería de la Clínica hasta que tuvo su resultado reactivo de la prueba de VIH?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> 30 minutos [1]          | <input type="radio"/> Más de 2 horas [6]                    |
| <input type="radio"/> 40 minutos [2]          | <input type="radio"/> No pasé por el área de consejería [0] |
| <input type="radio"/> 1 hora [3]              | <b>(Pase a la pregunta 16)</b>                              |
| <input type="radio"/> 1 hora y 30 minutos [4] |   |
| <input type="radio"/> 2 horas [5]             |   |

12. En consejería, ¿recibió información sobre el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual?

Si [1]  No [0]

13. En consejería, ¿recibió información sobre los servicios con los que cuenta la Clínica?

Si [1]  No [0]

14. Su resultado confirmatorio de VIH (Western Blot / inmunoblot), ¿lo recogió en el área de consejería?

Si [1]  No [0]

15. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo tardó en recoger su resultado confirmatorio de VIH?

Días \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_

16. En el tiempo que ha sido paciente de la Clínica, ¿ha sido diagnosticado alguna vez con alguna de las siguientes infecciones de transmisión sexual (ITS)? Puede marcar más de una opción.

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Sífilis [1]     | <input type="radio"/> Herpes genital [6]            |
| <input type="radio"/> Gonorrea [2]    | <input type="radio"/> Condilomas por VPH [7]        |
| <input type="radio"/> Clamidia [3]    | <input type="radio"/> Chancroide [8]                |
| <input type="radio"/> Hepatitis B [4] | <input type="radio"/> Ninguna de las anteriores [0] |
| <input type="radio"/> Hepatitis C [5] |   |

17. A partir de que le dieron su resultado reactivo y/o confirmatorio de VIH, ¿Ha acudido al área de AS-PAR (asesoría de pares)?

Si [1]  No [0] (Pase a la pregunta 21)

18. ¿Considera que el área de AS-PAR le ha ayudado a integrarse más fácilmente como paciente de la Clínica?

Si [1]  No [0]

19. ¿Considera que en el área de AS-PAR se le ofreció la información completa y necesaria para abrir su expediente en la Clínica?

Si [1]  No [0]

20. Desde que recibió su resultado reactivo y/o confirmatorio de VIH hasta este momento, ¿Cuántas veces ha visitado el área de AS-PAR?

\_\_\_\_\_ Veces

21. ¿Considera que el área de Trabajo Social de la Clínica, le ha ayudado a integrarse más fácilmente como paciente de la Clínica?

Si [1]  No [0]

22. ¿Considera que en el área de Trabajo Social se le ofreció la información completa y necesaria para abrir su expediente en la Clínica?

Si [1]  No [0]

23. Desde que recibió su resultado reactivo y/o confirmatorio de VIH hasta este momento, ¿cuántas veces ha visitado el área de Trabajo Social?

1 a 3 veces [1]  4 a 6 veces [2]  Más de 6 veces [3]

24. ¿Cuánto tiempo pasó desde que tuvo su resultado confirmatorio de VIH de la Clínica, hasta que abrió su expediente?

Días \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_

25. De los siguientes requisitos necesarios para la apertura de expediente de la Clínica, ¿cuál fue el que retrasó más el trámite de apertura de su expediente?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Resultado confirmatorio de VIH [1] | <input type="radio"/> Comprobantes de no derechohabencia[6] |
| <input type="radio"/> Credencial de elector (IFE) [2]    | <input type="radio"/> Fotografías [7]                       |
| <input type="radio"/> CURP [3]                           | <input type="radio"/> Cédula de gratuidad [8]               |
| <input type="radio"/> Comprobante de domicilio [4]       | <input type="radio"/> Seguro popular [9]                    |
| <input type="radio"/> Acta de nacimiento [5]             | <input type="radio"/> Ninguno [0]                           |

26. En general, ¿considera que el trámite de apertura de su expediente retrasó su integración como paciente de La Clínica?

- Si [1]     No [0]

27. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que abrió su expediente hasta que le realizaron su historia clínica de primera vez?

Días \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_

28. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que abrió su expediente hasta que tuvo su primera consulta en alguno de los servicios de la Clínica?

Días \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_

29. ¿En qué momento usted fue visto por el internista ó infectólogo por primera vez?

- El mismo día que recibió su resultado reactivo y/o confirmatorio de VIH. [1]  
 El mismo día que abrió expediente de la Clínica. [2]  
 Fui visto por el infectólogo o internista pero en ninguno de los momentos anteriores. [3]

30. Contando desde la primera vez que fue visto hasta este momento, ¿cuántas veces ha tenido consulta en medicina interna / infectología?

- 1 a 5 veces [1]                       11 a 15 veces [3]  
 6 a 10 veces [2]                       Más de 15 veces [4]

31. En una escala del 0 al 10 donde 0 es la menor calificación que se otorgaría y 10 la máxima; ¿cómo calificaría la atención que recibe o recibió en los siguientes servicios de la Clínica? Coloque un tache (X) en la casilla que corresponda en cada caso.

Servicio	Escala de calificación											No he pasado por este servicio
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
a. Área de consejería												
b. AS-PAR												
c. Trabajo social												
d. Medicina Interna e Infectología												
e. Medicina General												
f. Nutrición												
g. Dermatología e ITS's												
h. Odontología												
i. Farmacia												

32. ¿Actualmente toma medicamentos antirretrovirales?

- Si [1]     No [0] (Pase a la pregunta 35)

33. Contando desde que comenzó a tomar medicamentos antirretrovirales por primera vez en su vida hasta ahora, ¿cuánto tiempo lleva tomando medicamentos antirretrovirales?

Días \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_

34. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que el médico en esta Clínica le indicó que tenía que tomar antirretrovirales, hasta que se los dieron en la Clínica?

Días \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

**Sección III. Estigma hacia VIH.**

**35. A continuación leerá una serie de afirmaciones relacionadas con la experiencia de tener el VIH. Por favor, diga si las experiencias, sentimientos y opiniones que expresan estas afirmaciones son verdaderas (v) o falsas (F) para usted. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.**

	<b>Afirmación</b>	<b>V ó F</b>
1	Decirle a alguien que tengo el VIH es arriesgado.	
2	Me esfuerzo mucho para mantener el VIH como un secreto.	
3	Las personas con el VIH son tratadas como si no fueran humanos.	
4	Tener el VIH me hace sentir sucio.	
5	La mayoría de las personas VIH positivas son rechazadas cuando los demás se enteran.	
6	Tengo mucho cuidado sobre a quién le comunico que tengo el VIH.	
7	Me preocupa que otras personas piensen mal de mí, si se enteran que tengo el VIH.	
8	Me resulta repugnante tener el VIH en mi cuerpo.	
9	Me preocupa pensar que las personas que saben que tengo VIH se lo digan a otros.	
10	Algunas personas evitan o evitarían tocarme si saben que tengo el VIH.	
11	Algunas personas que me importan dejaron o dejarían de llamarme al enterarse que tengo el VIH.	
12	Algunas personas se han alejado o se alejarían físicamente de mí, al enterarse que estoy infectado por el VIH.	
13	Algunas personas se comportan como si yo tuviera la culpa de tener el VIH.	
14	He dejado o dejaría de compartir con algunas de las personas debido a la forma en que reaccionaron o podrían reaccionar al enterarse que estoy infectado por el VIH.	
15	He perdido o podría llegar a perder amigos/as por decirles que tengo el VIH.	
16	Me gustaría que mis parientes y amigos cercanos mantengan secreto mi estatus seropositivo.	
17	Si la gente se enterara que tengo el VIH, se comportaría como si me tuviera miedo.	
18	Si la gente se enterara que tengo el VIH, buscaría encontrar defectos en mi forma de ser.	

**Sección IV. Consumo de sustancias.**

**A continuación encontrará preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias de los últimos tres meses; estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas. Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas sustancias, tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.**

**36. En los últimos TRES MESES, ¿cuál(es) de las siguientes sustancias ha consumido? Coloque una  en caso afirmativo.**

<b>SUSTANCIA</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
1. Tabaco (Cigarros, puros, pipa, etc.)	
2. Bebidas alcohólicas (Cerveza, vino, licores, etc.)	
3. Cannabis (Marihuana, mota, hierba, hashish, etc.)	
4. Cocaína (Coca, crack, piedra, base, etc.)	
5. Anfetaminas (Metas, éxtasis, tachas, píldoras adelgazantes, cristal)	
6. Inhalables (Activo, mona, chemo, thinner, gasolina, pegamento, aire comprimido, PVC, etc.)	
7. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Chochos, valium, diazepam, tafil, alprazolam, ativan, lorazepam, rohypnol, reynas, rivotril, kriadex, clonazepam, lexotán, bromazepam)	
8. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina)	
9. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina)	
10. Poppers	
11. Otros (Viagra, Cialis, GHB, éxtasis líquido, Gi, Xyrem, champú, scoop, soap)	

**37. En los últimos TRES MESES, ¿por cuál de las siguientes sustancias ha tenido deseos fuertes o ansias de consumirla? Coloque una  en caso afirmativo.**

<b>SUSTANCIA</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco (Cigarros, puros, pipa, etc.)	
Bebidas alcohólicas (Cerveza, vino, licores, etc.)	
Cannabis (Marihuana, mota, hierba, hashish, etc.)	
Cocaína (Coca, crack, piedra, base, etc.)	
Anfetaminas (Metas, éxtasis, tachas, píldoras adelgazantes, cristal)	
Inhalables (Activo, mona, chemo, thinner, gasolina, pegamento, aire comprimido, PVC, etc.)	
Tranquilizantes o pastillas para dormir (Chochos, valium, diazepam, tafil, alprazolam, ativan, lorazepam, rohypnol, reynas, rivotril, kriadex, clonazepam, lexotán, bromazepam)	
Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina)	
Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina)	
Poppers	
Otros (Viagra, Cialis, GHB, éxtasis líquido, Gi, Xyrem, champú, scoop, soap)	

38. En los últimos **TRES MESES**, ¿cuál de las siguientes sustancias le ha llevado a tener problemas de salud, sociales, legales o económicos? Coloque una  en caso afirmativo.

SUSTANCIA	<input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco (Cigarros, puros, pipa, etc.)	
Bebidas alcohólicas (Cerveza, vino, licores, etc.)	
Cannabis (Marihuana, mota, hierba, hashish, etc.)	
Cocaína (Coca, crack, piedra, base, etc.)	
Anfetaminas (Metas, éxtasis, tachas, píldoras adelgazantes, cristal)	
Inhalables (Activo, mona, chemo, thinner, gasolina, pegamento, aire comprimido, PVC, etc.)	
Tranquilizantes o pastillas para dormir (Chochos, valium, diazepam, tafil, alprazolam, ativan, lorazepam, rohypnol, reynas, rivotril, kriadex, clonazepam, lexotán, bromazepam)	
Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina)	
Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina)	
Poppers	
Otros (Viagra, Cialis, GHB, éxtasis líquido, Gi, Xyrem, champú, scoop, soap)	

39. En los últimos **TRES MESES**, ¿por cuál de estas sustancias dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por consumirla? Coloque una  en caso afirmativo.

SUSTANCIA	<input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco (Cigarros, puros, pipa, etc.)	
Bebidas alcohólicas (Cerveza, vino, licores, etc.)	
Cannabis (Marihuana, mota, hierba, hashish, etc.)	
Cocaína (Coca, crack, piedra, base, etc.)	
Anfetaminas (Metas, éxtasis, tachas, píldoras adelgazantes, cristal)	
Inhalables (Activo, mona, chemo, thinner, gasolina, pegamento, aire comprimido, PVC, etc.)	
Tranquilizantes o pastillas para dormir (Chochos, valium, diazepam, tafil, alprazolam, ativan, lorazepam, rohypnol, reynas, rivotril, kriadex, clonazepam, lexotán, bromazepam)	
Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina)	
Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina)	
Poppers	
Otros (Viagra, Cialis, GHB, éxtasis líquido, Gi, Xyrem, champú, scoop, soap)	

40. En los últimos **TRES MESES**, ¿cuál de las siguientes sustancias ha tratado de controlar, reducir o dejar de consumirla y no lo ha logrado? Coloque una  en caso afirmativo.

SUSTANCIA	<input checked="" type="checkbox"/>
Tabaco (Cigarros, puros, pipa, etc.)	
Bebidas alcohólicas (Cerveza, vino, licores, etc.)	
Cannabis (Marihuana, mota, hierba, hashish, etc.)	
Cocaína (Coca, crack, piedra, base, etc.)	
Anfetaminas (Metas, éxtasis, tachas, píldoras adelgazantes, cristal)	
Inhalables (Activo, mona, chemo, thinner, gasolina, pegamento, aire comprimido, PVC, etc.)	
Tranquilizantes o pastillas para dormir (Chochos, valium, diazepam, tafil, alprazolam, ativan, lorazepam, rohypnol, reynas, rivotril, kriadex, clonazepam, lexotán, bromazepam)	
Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina)	
Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina)	
Poppers	
Otros (Viagra, Cialis, GHB, éxtasis líquido, Gi, Xyrem, champú, scoop, soap)	

41. ¿Ha consumido alguna vez alguna droga vía inyectada o intravenosa? (Uso no médico)

- Sí, en los últimos tres meses [1]
  Sí, pero no en los últimos tres meses [2]
  Nunca [0]

**Sección V. Salud mental**

42. ¿Alguna vez ha tenido terapia psicológica (psicoterapia) semanal por más de 6 meses?

- Sí [1]  No [0]

43. ¿Alguna vez ha tomado medicamentos psiquiátricos?

- Sí [1]  No [0]

44. ¿Existe o existió algún miembro en su familia que haya sido diagnosticado con algún trastorno mental por un médico psiquiatra?

O Si [1] O No [0]

45. ¿Alguna vez usted ha sido diagnosticado con algún trastorno mental por médico psiquiatra?

O Si [1] O No [0]

46. Las preguntas de la siguiente tabla deberá contestarlas de acuerdo a lo que usted ha podido ver y escuchar, indique cuál de las siguientes opciones de respuesta se acerca más a lo que la mayoría de las personas piensan acerca de la enfermedad mental, no a su opinión personal. Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas. Tache la casilla (X) que corresponda en cada caso.

		Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo
A	La mayoría de la gente aceptaría como amigo cercano a alguien que alguna vez tuvo una enfermedad mental severa.				
B	La mayoría de la gente piensa que alguien que ha estado ingresado en servicios psiquiátricos es tan inteligente como cualquier otra persona.				
C	La mayoría de la gente piensa que alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental severa resulta tan confiable como cualquier otra persona.				
D	La mayoría de la gente aceptaría como maestra de niños en una escuela, a alguien que se ha recuperado completamente de una enfermedad mental severa.				
E	La mayoría de la gente piensa que ingresar a un servicio psiquiátrico representa un fracaso personal.				
F	La mayoría de la gente no contrataría para cuidar a sus hijos a alguien que ha estado hospitalizado debido a una enfermedad mental severa, aunque esta persona ya se encuentre recuperada.				
G	La mayoría de la gente hace menos a las personas que han estado en servicios psiquiátricos.				
H	En la mayoría de los trabajos contratarían a alguien que ha estado hospitalizado por una enfermedad mental, si está bien calificada para el puesto.				
I	La mayoría de los trabajos no considerarían la solicitud de empleo de alguien que ha estado hospitalizado debido a una enfermedad mental.				
J	La mayoría de la gente en mi comunidad trataría como cualquier otra persona, a alguien que ha estado hospitalizado por un trastorno mental severo.				
K	La mayoría de la gente no estaría dispuesta a salir en una cita con alguien que ha estado hospitalizado por un trastorno mental severo.				
L	La mayoría de la gente no tomaría con seriedad las opiniones de alguien, si saben que esa persona estuvo hospitalizada o en tratamiento psiquiátrico.				
M	La mayoría de la gente piensa que una mujer es más propensa a las enfermedades mentales.				
N	La mayoría de la gente piensa que un enfermo mental tiende a ser violento.				
O	La mayoría de la gente siente miedo al estar frente a un enfermo mental.				
P	La mayoría de la gente piensa que las personas que tienen una enfermedad mental son débiles de carácter.				
Q	La mayoría de los familiares de un enfermo mental se avergüenzan de él.				
R	La mayoría de las escuelas no aceptarían a una persona que ha estado hospitalizada por una enfermedad mental.				
S	La mayoría de la gente piensa que las personas que tienen una enfermedad mental están pagando un castigo por algo que hicieron.				

47. Ha solicitado cita en el área de salud mental (psicología y/o psiquiatría) de la Clínica Especializada Condesa?

O Si [1] (pase a la pregunta 49)

O No [0]

48. ¿Por qué motivo no ha solicitado cita en el servicio de salud mental?

- No me parece necesario [1]
- Desconocía que había servicio de salud mental en la Clínica [2]
- No he querido hacerlo [3]
- Esperaba que en algún área de la Clínica me lo indicaran [4]
- Le estoy dando preferencia a otras citas [5]
- Otro [6]

**Fin del cuestionario ¡Agradecemos su participación!**

49. Cuando solicitó cita por primera vez en el servicio de salud mental (psicología y/o psiquiatría) de la Clínica Especializada Condesa, ¿lo hizo por decisión propia o fue referido por otra área de la Clínica?

- Decisión propia [1] **(Pase a la pregunta 51)**
- Referido por otra área [2]

50. ¿Qué área de la Clínica lo refirió a salud mental?

- AS-PAR [1]
- Medicina General [4]
- Odontología [7]
- Trabajo Social [2]
- Nutrición [5]
- Proctología [8]
- Infectología / Medicina interna [3]
- Dermatología [6]
- Otro [9]

51. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo transcurrió desde que abrió expediente en la Clínica hasta que solicitó cita en el servicio de salud mental (psicología y/o psiquiatría)?

Días \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

52. Si usted es paciente del servicio de salud mental, ¿cuánto tiempo lleva siendo paciente de psicología y/o psiquiatría de la Clínica Especializada Condesa?

\_\_\_\_\_ Días      \_\_\_\_\_ Meses

53. En una escala del 0 al 10 ¿cómo califica la atención que recibe o recibió en el servicio de salud mental (psicología y/o psiquiatría)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Fin del cuestionario ¡Agradecemos su participación!**

Folio \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Anexo 2.

### Detalles del cálculo del tamaño de la muestra.

Basado en la fórmula para población finita siguiente:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N = tamaño poblacional, de 7000 pacientes hombres de la CEC.

Z = valor relacionado con el nivel de confianza al 95%, equivalente a 1.96.

d = precisión valuada en 5%

p = proporción o prevalencia del fenómeno estudiado que se espera encontrar del 26% (Himelhoch y col)

q = complemento de la proporción o prevalencia del fenómeno estudiado.

\*Contemplando una tasa de no respuesta del 10%

Se obtuvo una muestra calculada de **315 pacientes** hombres de la CEC.

### Anexo 3.

### Diagnóstico de modelos.

<b>Diagnóstico de modelos para programar y acudir a cita en salud mental de la CEC.</b>		
Prueba	Modelo para programar cita en salud mental de la CEC.	Modelo para acudir a cita en salud mental de la CEC.
	Valor	Valor
Significancia del modelo	0.0000	0.0000
Likelihood ratio	-159.97949	-79.448968
R <sup>2</sup>	0.1495	0.2865
Observaciones	276	163
Bondad de Ajuste	0.8880	0.3218
Sensibilidad	74.21%	81.72%
Especificidad	65.81%	70.00%
Clasificado correctamente	70.65%	76.69%
Variables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad menor o igual a 30 años</li> <li>• Escolaridad primaria o secundaria</li> <li>• Acudir a AS-PAR</li> <li>• Presencia de estigma sentido hacia VIH</li> <li>• Consumo de alguna sustancia en los últimos tres meses</li> <li>• Antecedente de psicoterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad menor o igual a 30 años</li> <li>• Escolaridad primaria o secundaria</li> <li>• Acudir a AS-PAR</li> <li>• Presencia de estigma sentido hacia VIH</li> <li>• Consumo de alguna sustancia en los últimos tres meses</li> <li>• Tiempo siendo paciente de la CEC menor o igual a 2 años</li> <li>• Presencia de probable TUS</li> </ul>

