

Galindo Sainz Jorge*
León Landa César Alejandro**

Insomnio y sus principales factores causantes en pacientes con VIH/SIDA tratados en el Hospital General de Zona #11 del IMSS

Insomnia and its key triggers in patients with HIV/AIDS treated at the Hospital General de Zona #11 of the IMSS

Fecha de aceptación: febrero 2013

Resumen

INTRODUCCIÓN. El insomnio es una patología muy frecuente en la población general. En pacientes con VIH/SIDA es generalmente subdiagnosticado; su incidencia es variable y escasamente reportada. Debido a que se han encontrado múltiples factores desencadenantes, el objetivo de este estudio fue identificar cuáles influyen de manera más importante.

MATERIAL Y MÉTODO. Estudio de casos y controles que tuvo como población a los pacientes de la consulta externa de infectología con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital General de Zona #11 del IMSS. Se conformó el grupo control con pacientes sin insomnio y se denominaron casos a quienes lo padecían. Se emplearon: un cuestionario anónimo para estudiar diversas variables, el cuestionario de depresión de Calderón Narváez y la escala de ansiedad de Hamilton. Para el diagnóstico de insomnio se utilizaron los criterios de la ICSD, segunda edición. Se aplicó el análisis de regresión logística multivariante para determinar cuáles representaron un mayor riesgo para el desarrollo de insomnio.

RESULTADOS. Se analizaron 114 pacientes con una prevalencia de 74.56% de insomnio. De los resultados de la regresión logística multivariante, las variables identificadas como riesgo para la presencia de insomnio fueron la ansiedad (OR 39.33, IC 95% 10.66-145.04) y el número de años de diagnóstico (OR 1.13, IC 95% 1.003-1.286); tener una relación sentimental se comportó como un factor protector.

CONCLUSIONES. Los factores más importantes para el desarrollo de insomnio en pacientes con VIH/SIDA fueron la presencia de ansiedad y los años de diagnóstico; como factor protector, tener una relación sentimental.

Palabras clave: *factores de riesgo, insomnio, VIH/SIDA, ansiedad, depresión.*

Abstract

BACKGROUND. Insomnia is a very common disease among the general population and it is often under diagnosed in patients with HIV/AIDS. Its incidence is variable and poorly reported. Due to the fact that multiple triggering factors have been found, the aim of this study was to identify which ones were more influential.

MATERIAL AND METHOD. Case-control study whose population were patients diagnosed with HIV/AIDS, treated at the Hospital General de Zona #11, of the IMSS. The control group was integrated by patients without insomnia and case group was integrated by patients with insomnia. An anonymous questionnaire was used to study diverse variables, the Calderon Narvaez depression questionnaire and the Hamilton anxiety scale. Regarding the insomnia diagnostic, the ICSD criteria, second edition, were used. We applied multivariate logistic regression analysis to determine which variables represented a higher risk for developing insomnia.

RESULTS. 114 patients with a 74.56% prevalence of insomnia were analyzed. From the result of multivariate logistic regression, the identified variable as a relative risk for the presence insomnia were anxiety (OR 39.33, CI 95% 10.66-145.04), and the number of diagnosis years (OR 1.13, CI 95% 1.003-1.286); having a sentimental relationship acted as a protective factor.

CONCLUSIONS. The most important factors for the development of insomnia in patients with HIV/AIDS were the presence of anxiety and the number of diagnosis years; having a sentimental relationship was a protective factor.

Keywords: *Risk factors, insomnia, HIV/AIDS, anxiety, depression.*

*Médico Infectólogo, Servicio de Infectología.

**Médico General, Servicio de Infectología, Hospital General de Zona núm. 11 "Lic. Ignacio García Téllez", Instituto Mexicano del Seguro Social, Xalapa, Veracruz, México.

Correspondencia: Dr. Jorge Galindo Sainz.
Hospital General de Zona núm. 11 "Lic. Ignacio García Téllez", Instituto Mexicano del Seguro Social, Obras Públicas núm. 48 interior 4, Colonia Murillo Vidal, C.P. 91010, Xalapa, Veracruz, México.
Dirección electrónica: jgstiat@yahoo.com

Introducción

Insomnio y VIH/SIDA

El insomnio es el principal trastorno del sueño entre la población general, caracterizado por la dificultad para dormir o para mantenerse dormido por un periodo adecuado de tiempo, o bien por sueño no restaurador. El insomnio se divide en primario, si no se relaciona con otra patología; y secundario, si existe alguna comorbilidad. La manera objetiva de demostrarlo es a través de la polisomnografía, pero el diagnóstico se puede establecer por alteraciones del sueño referidas por el paciente, como la dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, o bien un sueño no reparador. De acuerdo con su tiempo de presentación, puede ser clasificado como agudo o crónico, y puede ser causado por múltiples factores.¹

En la población general, el insomnio se ha asociado con escasa salud psicológica y mental, depresión, ansiedad y disminución en la calidad de vida.¹ La prevalencia del insomnio en la población general oscila entre 10% y 40%.² Muchos problemas médicos están asociados con trastornos del sueño, principalmente las enfermedades crónicas; la baja calidad del sueño está relacionada con el aumento en la percepción del sufrimiento de la enfermedad y la disminución en la calidad de vida.³

En pacientes con VIH/SIDA se han descrito diversas alteraciones del sueño, como acortamiento de las horas de sueño totales comparados con personas sanas, reducción de la eficiencia del sueño y permanecer mayores tiempos despiertos al acostarse.⁴

Existe una alta prevalencia de insomnio en pacientes con VIH/SIDA.⁵ Se ha encontrado más frecuente en pacientes con alteraciones cognitivas y usuarios de drogas, y se puede presentar en cualquier etapa de la infección.⁶ Existen factores que desencadenan el insomnio y que se encuentran relacionados, directamente, con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana, como los trastornos cerebrales relacionados con el gp 120 que, según se ha postulado, reduce la utilidad de la glucosa en el nivel cerebral, disminuyendo el metabolismo cerebral.⁷ También se ha relacionado con el proceso inflamatorio crónico e incluso con la secreción anormal de la hormona de crecimiento que influye en los ciclos del sueño.⁸ Como se menciona, el insomnio se ha descrito en cualquier etapa de la infección, pero se presenta con mayor frecuencia en estadios avanzados de VIH/SIDA.⁹ Lo anterior puede ser en especial promovido por citocinas pro inflamatorias, interleucina 1 y factor de necrosis tumoral alfa, aumentados en pacientes con VIH/SIDA.^{8,10}

La mayoría de los pacientes que tienen insomnio no cuenta con el diagnóstico. En un estudio, habían sido identificados y documentados trastornos del sueño solo en 33% del total de los pacientes que lo padecían.⁶ En otro estudio, en pacientes femeninos se halló que el insomnio se relacionaba con ansiedad en pacientes con infección de VIH, y depresión en aquellas con SIDA.¹¹

La depresión, por sí sola, es un trastorno frecuente, que se puede encontrar hasta en 22% de los pacientes con VIH/SIDA. Los síntomas depresivos se han relacionado con poca adherencia al tratamiento, comportamientos de riesgo, abuso de sustancias y supervivencia

más corta.¹² En nuestro medio, en un estudio realizado en nuestro hospital se halló que 18.76% de los pacientes con VIH/SIDA tenían depresión.¹³ El insomnio y la depresión se han asociado como barrera a la adherencia al tratamiento, por lo que se recomienda su identificación y tratamiento oportunos.⁵ También se ha establecido correlación entre la depresión y los trastornos cognitivos;¹⁴ relación directa de insomnio, depresión y ansiedad con sentimientos pesimistas y de desesperanza.¹⁵ Entre otros efectos adversos, se ha descrito que las alteraciones del sueño influyen en el estado inmunológico.¹⁶

El insomnio también se ve influenciado por el tipo de tratamiento antirretroviral que esté llevando el paciente, específicamente el efavirenz que, según se ha demostrado, reduce la calidad del sueño, reduciendo la duración de los movimientos oculares rápidos (MOR).¹⁷

En cuanto al tratamiento, hay que considerar algunos factores para tratar farmacológicamente el insomnio de pacientes con VIH/SIDA, como los medicamentos antirretrovirales, el uso de antibióticos profilácticos, el tratamiento de infecciones oportunistas, la etapa de la infección y otros elementos asociados directamente con la enfermedad, como los trastornos orgánicos.¹⁸

Los diferentes grupos de medicamentos para tratar el insomnio incluyen: benzodiazepinas, hipnóticos no benzodiazepínicos, antidepresivos y antipsicóticos. Estos deberán prescribirse, cuidando las interacciones con los antirretrovirales.¹⁸

Algunos tratamientos no farmacológicos son medidas higiénicas del sueño, la enseñanza y la práctica de técnicas de relajación, así como la terapia psicológica conductual.¹⁹

Es importante establecer el diagnóstico oportuno y el tratamiento para el insomnio, ya que influye de múltiples maneras en los pacientes, principalmente disminuyendo su calidad de vida.^{3,8} El propósito de esta investigación es identificar cuáles son los factores más importantes en el desarrollo del insomnio por parte de los pacientes con VIH/SIDA, a partir de variables identificadas como riesgo dentro de la literatura y, secundariamente, conocer cuál es la prevalencia del insomnio.

Material y método

Estudios de caso y controles que tuvo como población los pacientes de la consulta externa de infectología con diagnóstico de VIH/SIDA, tratados en el Hospital General de Zona #11, del IMSS, ubicado en Xalapa, Veracruz. De un total de 201 pacientes, se aplicaron criterios de no inclusión, mismos que fueron: pacientes que no desearon participar en el estudio; pacientes que abandonaron el tratamiento antirretroviral o no se encontraban en tratamiento; que tuvieran trastornos mentales orgánicos; y aquellos con jornadas laborales nocturnas. Como población elegible quedaron 128 pacientes, cuyos criterios de inclusión fueron: que tuvieran VIH positivo confirmado por Western blot, que se encontraran en tratamiento, y que quisieran participar en el estudio. De la población que cubría los criterios de inclusión se eliminaron 14, por haber

llenado incorrectamente los instrumentos. Se conformó el grupo de control con pacientes que tenían VIH/SIDA sin

insomnio, y se denominaron casos a los pacientes con VIH/SIDA y diagnóstico de insomnio.

Cuadro 1
Análisis multivariante de las variables relacionadas con el insomnio

		n (%)	p (chi cuadrado)
Género	Masculino	85 (74.56%)	0.852
	Femenino	29 (25.49%)	
Orientación sexual	Heterosexual	56 (49.12%)	0.628
	Homosexual	44 (38.59%)	0.592
	Bisexual	14 (12.28%)	0.932
Estado civil	Soltero	62 (54.38%)	0.765
	Casado	22 (19.29%)	0.444
	Unión libre	14 (12.28%)	0.826
	Viudo	14 (12.28%)	0.713
	Divorciado	2 (1.75%)	0.346
Relación sentimental	Sí	53 (46.49%)	0.053
	No	61 (53.50%)	
Trabaja	Sí	86 (75.43%)	0.151
	No	28 (24.56%)	
Estrés laboral	Sí	45 (39.47%)	0.319
	No	41 (35.96%)	0.151
	No aplica	28 (24.56%)	0.282
Acoso laboral	Sí	5 (4.38%)	0.180
	No	81 (71.05%)	0.151
	No aplica	28 (24.56%)	0.182
Presiones económicas	Sí	57(50%)	0.053
	No	57(50%)	
Conocimiento en casa del padecimiento	Sí	80 (73.68%)	0.115
	No	34 (29.82%)	
Acoso en el hogar	Sí	3 (2.63%)	0.305
	No	111 (97.36%)	
TARA	EFV	42 (36.84%)	0.215
	SQV	17 (14.91%)	0.302
	No EFV/SQV	55 (48.24%)	0.312
Comorbilidad	Sí	35 (30.70%)	0.375
	No	79 (69.30)	
Toxicomanías	Sí	21 (18.42%)	0.849
	No	93 (81.57%)	
Ansiedad	Sí	37 (32.45%)	0.00
	No	77 (67.54%)	
Depresión	Sí	22 (19.28%)	0.02
	No	92 (80.70%)	

*Abreviaturas: TARA (tratamiento antirretroviral altamente efectivo), EFV (efavirenz), SQV (saquinavir).

Cuadro 2
Resultado de la regresión logística de las variables asociadas al insomnio

	B	E.T.	Wald	Sig.	OR	I.C. 95%
Ansiedad	3.672	0.666	30.415	0.000	39.33	10.665-145.040
Relación sentimental	-1.587	0.655	5.873	0.015	0.205	0.057-0.738
Años de diagnóstico	0.127	0.063	4.046	0.044	1.136	1.003-1.286
Constante	-3.163	0.725	19.019	0.000	0.042	

*Abreviaturas: B (Coeficientes de regresión), E.T. (Errores estándar), Sig. (Significancia estadística asociada), OR (Odds ratio), intervalos de confianza a 95% para OR.

Instrumentos

Para la recolección de datos se empleó un cuestionario anónimo que llenaron por escrito (anexo 1) para evitar sesgos de información y respetar la confidencialidad. Se incluyeron características sociodemográficas y de interés, como posibles causas de insomnio (véase cuadro 1). Asimismo, se empleó el cuestionario de depresión de Calderón Narváez²⁰ para detectar la presencia de depresión, con un rango de 20 a 45 puntos para un estado no deprimido y de 46 a 80 para deprimido. Para medir la ansiedad se utilizó la escala de ansiedad de Hamilton,²¹ cuyas puntuaciones fueron: de 0 a 6 puntos, ausencia de ansiedad, y de 7 o más puntos, presencia de ansiedad. Para evaluar el insomnio se tomaron en cuenta los ítems 19, 20 y 21 del cuestionario anónimo (¿Se siente cansado al despertarse o percibe falta de descanso?, ¿existe alguna situación que le dificulte dormir o lo despierte?, ¿cuál es la situación que le dificulta dormir o lo despierte?); los ítems 4 y 6 de la escala de ansiedad de Hamilton (dificultades de conciliación, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio, cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos, insomnio de madrugada); el ítem 3 del cuestionario de Calderón Narváez (¿Duerme mal de noche?); y la valoración clínica realizada en la consulta externa. En ésta se valoró si hay insomnio o ausencia del mismo, con base en los criterios de la segunda edición de la ICSD (International Classification of Sleep Disorders).¹

Descripción del estudio

Al término de la consulta se invitó a los pacientes con criterios de inclusión a participar en el estudio, se les explicaron los objetivos del mismo y los instrumentos que se utilizarían. A los que aceptaron se les aplicaron el cuestionario y los instrumentos. Aquellos pacientes que no sabían leer ni escribir recibieron apoyo del familiar acompañante a la

consulta o de un médico disponible. Al terminar de llenar los instrumentos se les preguntó si tenían alguna duda.

Análisis estadístico

Para el análisis se empleó el paquete estadístico SPSS Statistics Desktop, V20.0.0; a las variables estudiadas (género, preferencia sexual, estado civil, edad, relación sentimental, situación laboral, estrés laboral, acoso laboral, presiones económicas, conocimiento en casa del padecimiento, acoso en el hogar, tratamiento antirretroviral con efavirenz o saquinavir, o ninguno de éstos; comorbilidad, toxicomanías, ansiedad y depresión) se aplicó análisis de regresión logística binaria múltiple con el fin de determinar cuál o cuáles representarían un mayor riesgo para el desarrollo de insomnio. De acuerdo con los resultados, se elaboró el modelo de regresión y se calculó su probabilidad.

Resultados

De los 128 pacientes con criterios de inclusión, a todos se les aplicaron los instrumentos y el cuestionario. Se eliminaron a 14 por haber llenado de manera incorrecta los instrumentos. La edad promedio fue de 43.11 años $\pm$ 11.24 (DE) y el tiempo de diagnóstico 7.21 años $\pm$ 4.84 (DE). Se obtuvo una prevalencia de 74.56% de insomnio entre los pacientes representando el grupo de casos y 25.49% sin insomnio el grupo de control.

Se analizaron las variables de los estudios y se estimó su significación estadística ($p < 0.05$), encontrándose ansiedad y depresión (cuadro 1). Se aplicó regresión logística binaria multivariante con el método de pasos hacia adelante (razón de verosimilitud); se comprobó la validez del modelo construido, con la prueba de Hosmer y Lemeshow, resultando las variables identificadas como

factores de riesgo principales para la presencia de insomnio en pacientes con VIH/SIDA, la ansiedad y el número de años de diagnóstico. Tener una relación sentimental se comportó como un factor protector (cuadro 2).

Discusión

Se encontró una alta prevalencia de insomnio, la cual fue de 74.56%, superior a la reportada en otros estudios realizados en pacientes con VIH/SIDA,^{4,6} y que sigue siendo más alta que en la población general.² Lo anterior puede ser explicado por subdiagnóstico.⁶ Algunas causas son: la falta de reporte del paciente, ya que algunos lo consideran parte de su vida normal; tiempos acortados para la consulta; y la falta de métodos de pesquisa de insomnio, por lo que se recomienda realizar más estudios debido a la magnitud del problema y comprobar, como se describe en otras investigaciones, la interferencia en el apego al tratamiento y en la calidad de vida.^{2,5} Se encontró una alta prevalencia de depresión 22% y ansiedad 32.45%, similar a la reportada en algunos trabajos,^{5,11,13} incluida la relación de insomnio, ansiedad y depresión que se presenta en la población general.²

En la actualidad, no se ha establecido cuál es el desencadenante primario. Incluso puede darse de diversas formas. Por ejemplo, un paciente con depresión puede desarrollar insomnio y un paciente con insomnio puede desarrollar

depresión, y lo mismo sucede con la ansiedad. Lo que en muchos estudios se ha demostrado es la alta prevalencia de insomnio que frecuentemente coexiste con depresión y ansiedad.^{2,3,5} En el caso de la presente investigación, la ansiedad explica, junto con los años de diagnóstico y no tener una relación sentimental, el riesgo relativo de insomnio, por lo que es prioritario reconocer la psicopatología por su implicación tan importante en los pacientes con VIH/SIDA, cuyos diagnóstico y tratamiento generalmente pasan desapercibidos, surgiendo como comorbilidades que se suman a la ya amplia lista que se relacionan con esta enfermedad. En cuanto a la edad, se encuentra un rango muy amplio, por lo que pudieran explicar la presencia de comorbilidades de 30.70%, entre las que fueron frecuentes: diabetes mellitus 2, hipertensión arterial y dislipidemias.

Es importante mencionar que estos datos aplican con la población estudiada y que pudieran ser diferentes de acuerdo con las características propias de cada región geográfica, las características culturales y económicas de los diversos datos estudiados. Reconocemos que aunque se trató de incluir el mayor número de factores que pudieran condicionar el riesgo de insomnio para el momento actual, algunos pudieron haber sido pasados por alto.

Una debilidad identificada en el estudio fue que algunos de los pacientes se encontraban en terapia de apoyo individual o grupal y, debido a que no se realizó esta diferenciación, desconocemos si pudiera influir en los resultados.

Referencias

1. American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual* (2.ª ed.). Westchester, IL: American Sleep Disorders Association; 2005.
2. Reid S, Dwyer J. "Insomnia in HIV Infection: A systematic review of prevalence, correlates, and management". *Psychosomatic Medicine* 2005; 67(2): 260-269.
3. Parish JM. "Sleep-related problems in common medical conditions". *Chest* 2009; 135(2): 563-572.
4. Wiegand M, Möller A, Schreiber W, et al. "Alterations of nocturnal sleep in patients with HIV infection". *Acta Neurol Scand* 1991; 83(2):141-142.
5. Phillips KD, Moneyham L, Murdaugh C, et al. "Sleep disturbance and depression as barriers to adherence". *Clin Nurs Res* 2005; 14(3): 273-293.
6. Rubinstein ML, Selwyn PA. "High prevalence of insomnia in an outpatient population with HIV infection". *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998; 19(3): 260-265.
7. Raymon LP, Kimes AS, Tabakoff B, et al. "AIDS and sleep disorders: effect of gp120 on cerebral glucose metabolism". *C R Seances Soc Biol Fil* 1989; 183(5): 407-418.
8. Darko DF, Mitler MM, Miller JC. "Growth hormone, fatigue, poor sleep, and disability in HIV infection". *Neuroendocrinology* 1998; 67(5): 317-324.
9. Moeller AA, Oechsner M, Backmund HC, et al. "Self-reported sleep quality in HIV infection: correlation to the stage of infection and zidovudine therapy". *J Acquir Immune Defic Syndr* 1991; 4(10): 1000-1003.
10. Opp MR. "Sleep and Psychoneuroimmunology". *Immunol Allergy Clin N Am* 2009; 29(2): 295-307.
11. Junqueira P, Bellucci S, Rossini S, et al. "Women living with HIV/AIDS Sleep impairment, anxiety and depression symptoms". *Arq Neuropsiquiatr* 2008; 66(4): 817-820.
12. Horberg MA, Silverberg M, Hurley L, et al. "Effects of depression and selective serotonin reuptake inhibitor use on adherence to highly active antiretroviral therapy and on clinical outcomes in HIV-infected patients". *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008; 47: 384-390.
13. Galindo Sainz J, Ortega Ramírez M. "Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona # 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 'Lic. Ignacio García Téllez'". *Enf Inf Microbiol* 2010; 30(4): 129-133.
14. Vance DE, Burrage JW Jr. "Sleep disturbances and psychomotor decline in HIV". *Percept Mot Skills* 2005; 100(3 Pt 2): 1004-1010.
15. Baglioni C, Spiegelhalter K, Lombardo C, et al. "Sleep and emotions: A focus on insomnia". *Sleep Med Rev* 2010; 14(4): 227-238.
16. Cruess DG, Antoni MH, Gonzalez J, et al. "Sleep disturbance mediates the association between psychological distress and immune status among HIV-positive men and women on combination antiretroviral therapy". *J Psychosom Res* 2003; 54(3): 185-189.

17. Gallego L, Barreiro P, Del Río R, *et al.* "Analyzing sleep abnormalities in HIV-infected patients treated with efavirenz". *Clin Infect Dis* 2004; 38 (3):430-432.
18. Omonuwa T S, Goforth H W, Preud'homme X, *et al.* "The pharmacologic management of insomnia in patients with HIV". *J Clin Sleep Med* 2009; 5(3): 251-262.
19. Jiménez Genchi A, Díaz Ceballos Moreno M. "El insomnio en la práctica médica". *Rev Fac Med UNAM* 2000; 43(2): 46-48.
20. Calderón NG. "Cuestionario clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos". *Rev Med IMSS* 1992; 30: 377-380.
21. Hamilton MC. "Diagnosis and rating of anxiety". *Br J Psychiatry* 1969; 3: 76-79.

Anexo 1

CUESTIONARIO ANÓNIMO		FOLIO _____
Instrucciones: Responda con honestidad a las siguientes preguntas, tache o encierre en un círculo la respuesta o rellene los espacios en los casos necesarios. Si tiene alguna duda con respecto a una pregunta, aclárela con el encuestador.		
1. Género: a. Masculino b. Femenino		
2. Orientación sexual: a. Heterosexual b. Homosexual c. Bisexual		
3. Edad: _____ años		
4. Estado civil: a. Soltero b. Casado c. Unión libre d. Viudo e. Divorciado		
5. Mantiene alguna relación sentimental de pareja con alguna persona a. Sí b. No		
6. ¿Hasta dónde llegó en la escuela? a. Ninguna b. Primaria incompleta c. Primaria completa d. Secundaria incompleta e. Secundaria completa f. Bachillerato g. Carrera técnica h. Licenciatura i. Posgrado		
7. Número de personas que viven con usted _____		
8. Se encuentra usted trabajando (en caso de contestar NO, pase a la pregunta 12). a. Sí b. No		
9. En su trabajo conocen su padecimiento a. Sí b. No		
10. Siente o percibe estrés laboral a. Sí b. No		
11. Se siente acosado o discriminado en su trabajo a. Sí b. No		
12. Siente o percibe presiones económicas a. Sí b. No		
13. Su grupo familiar conoce su padecimiento a. Sí b. No		
14. Se siente acosado o discriminado en su hogar a. Sí b. No		
15. ¿Cuántos años tiene de diagnóstico su enfermedad? _____ años		
16. Número de esquema antirretroviral _____		
17. Conoce el nombre de los medicamentos de su tratamiento antirretroviral actual (en caso de contestar NO, pase a la pregunta 19). a. Sí b. No		
18. ¿Cuáles son y cómo los toma? _____		
19. ¿Se siente cansado al despertarse o percibe falta de descanso? a. Sí b. No		
20. Existe alguna situación que le dificulte dormir o lo despierte (en caso de contestar NO pase a la pregunta 22) a. Sí b. No		
21. ¿Cuál es la situación que le dificulta dormir o lo despierte? _____		
22. En caso de tener problemas para dormir. ¿Qué medidas ha empleado para dormir mejor (té, relajación, medicación, etc.)? _____		
23. Padece alguna otra enfermedad (en caso de contestar NO pase a la pregunta 25) a. Sí b. No		
24. ¿Cuál, y desde hace cuánto tiempo? _____		
25. ¿Fuma, ingiere frecuentemente bebidas alcohólicas o consume alguna otra droga? a. Sí b. No		
¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!		