

2013

VIH/SIDA, funciones cognitivas y quejas mnésicas : un aporte desde terapia ocupacional

Barainca, Guillermina

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/732>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TO
Inv. 4356



Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

Tesis de Grado

***VIH/SIDA, funciones cognitivas y
quejas mnésicas.***

***Un aporte desde Terapia
Ocupacional***

Barainca, Guillermina

Frontini, Paula

Mar del Plata 2013


INDICE

Hoja de firmas	3
Agradecimientos	4
Introducción	6
Problema	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos	11
Marco Teórico	13
Capítulo I. Estado Actual de la Cuestión	14
Capítulo II. VIH/SIDA	24
Epidemiología.....	24
Clínica de la infección por VIH/SIDA	25
VIH y Sistema Nervioso Central.....	34
Capítulo III. Neuropsicología	38
Cognición y actividades cotidianas	55
Capítulo IV. Evaluación Neuropsicológica	58
Evaluación clínica de funciones cognitivas	59
Capítulo V. Quejas Mnésicas en la Vida Cotidiana	61
Olvidos cotidianos y quejas mnésicas.....	61
Evaluación de quejas mnésicas	64
Capítulo VI. Sistema Público de Salud	66
Políticas públicas y VIH/SIDA.....	70
Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias(CEMA)	71

Capítulo VII. VIH/SIDA en el Contexto Social	73
Aspectos Metodológicos	79
Variables principales de estudio.....	80
Diseño metodológico.....	89
Población	90
Muestra	90
Métodos de recolección de datos	93
Resultados	97
Discusión	107
Conclusiones	117
Referencias Bibliográficas	121
Anexo.....	129

Hoja de firmas


Dirección: Esp. Lic. T.O. Bettina Roumec


Co-dirección: Dr. Leandro Sousa

Asesoría Metodológica

Asignatura de Taller de Trabajo Final de T.O.

Depto. Pedagógico de Lic. en T.O.


Barainca, Guillermina

31.820.718


Frontini, Paula

29.268.149

Agradecimientos

A las personas que accedieron de manera voluntaria y desinteresada a nuestra evaluación, transformándose en partícipes fundamentales de nuestra investigación.

Al Director del Centro de Especialidades Medicas Ambulatorias (CEMA), Dr. Alejandro Cristaldi y a la Coordinadora del Comité de Investigación y Docencia de la Secretaria de Salud, Dra. María Teresa Martínez quienes nos autorizaron a realizar nuestra tesis de grado para obtener la Licenciatura en Terapia Ocupacional en el marco de la Salud Publica.

A Ana Alvo y Alexis Manzo, médicos infectólogos del CEMA por facilitar el vínculo entre la población y nosotras, por asesorarnos y acompañarnos en este proceso.

A la directora y co director de esta Tesis, Bettina Roumec y Leandro Sousa gracias por el tiempo dedicado, el apoyo y el acompañamiento en la exploración de este nuevo terreno de conocimiento.

A las increíbles personas que nos cruzamos en el "glorioso 4°to piso", Sole, Lu, Gabyta, Fer y Juli...con quienes esperamos seguir compartiendo (además de esta profesión) tantos momentos dignos de ReCuErDoS como hasta hoy...

Guille y Paula

A mamá, papá, Joa y Ro por ser mis sostenes y motores en este largo, larguuuuuísimo camino...

A mis abuelos, a Coquita y al Colo por estar (desde algún lado) siempre...

A quienes empezaron conmigo este recorrido, y a quienes HoY lo terminan de mi mano...

*Agradecer, dedicar, reconocer, recordar pero fundamentalmente **CoMpArTiR** este momento con cada persona que aportó un poco o mucho de su tiempo para hacer esta historia mucho más colorida..*

Y por último, que difícil escribirte algo breve Pauli... creo que sólo voy un por un gran **GRACIAS!** que encierra todos y cada uno de los momentos JuNtAs... Vos sabes mejor que nadie lo amplio de ese "ToDoS"... Sos mi verdadera PaR en esto, y sin dudas compartir este momento con vos en el broche perfecto para este tramo del camino. Te quiero con el alma Perri!

Es por y para NosotraS!

(Autoconvencimiento)

☆
Guille ☆
☆

A toda mi familia

A los amig@s

A las personas que quiero, que de una u otra forma

formaron parte de este camino

A Guille, compañera y amiga de este y otros viajes

Salud!

Paula

Introducción

Introducción

Nuestro interés por la población de personas que viven como portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o en su estadio más avanzado, con el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) surgió particularmente hace aproximadamente 3 años, a raíz de la presentación de un proyecto de investigación para un seminario sobre “Teoría y práctica etnográfica aplicada al campo de la salud” de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional. En ese momento la mirada sobre estas personas estaba dada desde una perspectiva antropológica, poniendo el foco de atención en las problemáticas sociales que los rodean, especialmente en nuestro país. De esa manera comprendimos como el VIH impacta en la vida física, psíquica, social y económica de una persona, provocando una ruptura biográfica, incidiendo en la identidad y en la autonomía de la cotidianeidad. A su vez esta situación se ve incrementada por la significación social que envuelve a dicha enfermedad, ya que está fuertemente estigmatizada.

Luego, al investigar más detalladamente acerca de cuestiones clínicas propias de la infección por VIH y su evolución a lo largo del tiempo, y escuchando las problemáticas cotidianas a las que se enfrentaban estas personas, notamos que desde Terapia Ocupacional (T.O.) había un potencial campo de acción para realizar abordajes no sólo desde la atención primaria de la salud, sino también desde la atención secundaria y terciaria. Desde nuestra profesión entendemos a la salud como un derecho, que no sólo abarca la atención oportuna y apropiada, sino también sus factores determinantes, como el acceso a condiciones sanitarias, de nutrición y vivienda adecuadas, condiciones sanas de trabajo y el medio ambiente, y acceso a información relacionada con la salud. El estado, a través de políticas públicas, debe

crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012).

En principio se podría pensar que la forma más frecuente de aproximación entre nuestra disciplina y esta población sea a través de la promoción de hábitos saludables y de la prevención de la enfermedad mediante concientización y formación de agentes responsables dentro de la comunidad en general.

Pero teniendo en cuenta los avances que se fueron desarrollando desde las ciencias médicas en torno a esta patología, tanto en lo que se refiere a conocimientos sobre modos de transmisión, tratamientos y evolución de la enfermedad, hoy sabemos que la expectativa de vida de una persona a quien le detectan VIH/SIDA es bien diferente a la que se tenía hace casi tres décadas atrás. Por éste motivo es importante cambiar la mirada y liberar de prejuicios o supuestos basados en la desinformación, y poder ver a la persona infectada con VIH/SIDA como un sujeto que debe y puede mantener su desempeño ocupacional de la forma más independiente posible dentro de su entorno habitual y en un contexto determinado.

Aquí es donde entiendo que el eje central de la T.O. es justamente la ocupación, el “como hace” cada persona, podemos enlazar nuestra profesión con esta población que actualmente se encuentra transitando una sobrevida mayor, pero que viene acompañada de alteraciones de diversos tipos, dadas tal vez por la permanencia y mutaciones del virus dentro del Sistema Nervioso Central (SNC) o tal vez por la ingestión prolongada de fármacos.

Entre las alteraciones que nos interesaron puntualmente para llevar a cabo este trabajo, están las que se reflejan en las funciones cognitivas. Estas funciones cumplen un papel fundamental en las actividades de la vida diaria de cada persona y como consecuencia cualquier alteración o falla en alguna de ellas tendría un impacto

negativo contribuyendo de forma significativa al desempeño ocupacional de cada sujeto de nuestra población.

Por este motivo y dada la falta de información que hay en relación a la detección precoz de estos primeros síntomas, es que nuestra investigación se centró en implementar un test de cribado neuropsicológico con el fin de explorar las características de las funciones cognitivas y por otra parte, como el estudio se realizó desde la perspectiva de la T.O. nos interesaba saber cual sería la percepción de quejas mnésicas que tendrían estas personas y como afectarían su vida cotidiana, por lo que se utilizó una evaluación subjetiva.

Posicionándonos desde el Modelo Social de Discapacidad, creemos que más allá de las diversidades funcionales de las personas, no son las limitaciones individuales las que generan discapacidad, sino las limitaciones de la propia sociedad que no se encuentra preparada para prestar los servicios apropiados y asegurar que sus necesidades sean tenidas en cuenta. El objetivo de este enfoque es potenciar las capacidades en lugar de acentuar las discapacidades. Se sostiene que las personas con discapacidad pueden aportar de igual manera a la sociedad, pero para ello deben ser aceptadas tal cual son. Es decir, que esta participación en la comunidad esta intrínsecamente relacionada con la inclusión y aceptación de la diferencia (Palacios, 2008).

Las personas que viven con VIH/SIDA son especialmente vulnerables. El estigma que acompaña a esta enfermedad hace que sean objeto de discriminaciones en muchos otros ámbitos de la vida, lo que significa que se vulnera su derecho al empleo, a una vivienda adecuada, a la educación, la participación social, a la igualdad, entre otros.

Considerando a la salud como un derecho y posicionadas desde el Modelo Social,

como agentes socio sanitarios, desde T.O. debemos actuar como facilitadores de un proceso de *empoderamiento*. La implementación de éste concepto nos ubica teórica y prácticamente desde un lugar en donde se prioriza la visión de la persona como un sujeto de derechos, sin importar cual sea su condición psíquica, social o física. Iturralde, (2005) define al empoderamiento como el proceso de construirse como sujeto individual y/o colectivo, con el propósito de conducir a la sociedad en función de sus propios intereses.

La finalidad de este trabajo no fue realizar diagnósticos clínicos respecto de los tipos de deterioros que presentan los sujetos infectados, sino la de poder establecer y dejar asentada una base de datos en dónde figure cuál fue la condición objetiva de las funciones cognitivas (basada en los resultados del test de cribado neuropsicológico) y cuál la subjetiva al momento de la evaluación. Estos datos proveerán un punto de partida y por qué no un “signo de alarma” para realizar controles, seguimientos, facilitar la toma de decisiones y realizar intervenciones preventivas en pacientes que pueden, a largo plazo, derivar en cuadros demenciales asociados a infección por VIH/SIDA.

Con esta investigación, buscamos resaltar la importancia de la T.O. dentro de esta temática y con esta población en particular, destacando el valor de los aportes de nuestra profesión dentro de un equipo interdisciplinario.

Problema

¿Qué características presentan las funciones cognitivas en personas de 20 a 55 años con infección por VIH/SIDA que se atienden dentro del sistema de salud pública de la ciudad de Mar del Plata en el año 2013?

Subproblema

¿Cuál sería la percepción de quejas mnésicas y el impacto de las mismas en el desempeño cotidiano en dicha población?

Objetivo general

- Explorar las condiciones en las que se encuentran las funciones cognitivas en personas de 20 a 55 años con infección por VIH/SIDA que se atienden dentro del sistema de salud pública de la ciudad de Mar del Plata en el año 2013, cuál sería la percepción de las quejas mnésicas y como impactarían éstas en el desempeño cotidiano.

Objetivos específicos

- Caracterizar la muestra según las variables intervinientes (edad, sexo, años de escolaridad, tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la infección/enfermedad, tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento antirretroviral, adherencia al tratamiento antirretroviral).
- Detectar por medio de un test de cribado neuropsicológico la presencia de fallas cognitivas en la muestra.
- Establecer posibles relaciones entre las características de la muestra y el estado actual de las funciones cognitivas evaluadas con el test de cribado.

- Evaluar la percepción y el impacto de quejas mnésicas en el desempeño cotidiano.
- Establecer posibles relaciones entre el estado cognitivo del paciente según el test de cribado neuropsicológico, la percepción de quejas mnésicas y el impacto de estas en el desempeño cotidiano.

Marco Teórico

Capítulo I

Estado actual de la cuestión

A partir de una revisión bibliográfica realizada en diferentes bases de datos sobre antecedentes que vinculen las variables tomadas para este trabajo desde distintas perspectivas, se han recopilado los siguientes precedentes teniendo en cuenta los registros de los últimos años. Para ello se han consultado artículos de revistas científicas, tesis de investigación de grado y/o postgrado, bases de datos y estadísticas oficiales, accediendo a ellos desde bibliotecas, hemerotecas (Biblioteca de la facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata [UNMdP], Hemeroteca de la UNMdP, Centro de documentación de la facultad de Psicología de la UNMdP), bibliotecas y hemerotecas electrónicas científicas (Scielo, Lilacs, Redalyc, Medline – Pubmed, OTseeker).

En cuanto a antecedentes que vinculen VIH/SIDA con alteraciones cognitivas, con quejas mnésicas, o con T.O. podemos citar los siguientes:

Vera & Villarruel, (1994) investigaron en Mar del Plata, en su tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional, la correlación entre la infección por el VIH y el desarrollo mental y/o psicomotriz en niños. Concluyendo que la infección por VIH se asocia a la presencia de alteraciones o riesgo de alteraciones en el desarrollo mental y/o psicomotriz de los niños.

Poutiainen et al. (1996) investigaron en Finlandia, sobre la presencia de una relación entre las quejas subjetivas de síntomas cognitivos, con los resultados psicométricos de déficits de memoria en pacientes con infección por VIH-1. Tomaron una muestra de 85 personas en diferentes estadios de infección por VIH-1 y 39 sujetos

seronegativos como grupo control. Ambos grupos fueron sometidos a evaluaciones neurológicas y neuropsicológicas para valorar la relación entre las pruebas cognitivas y las quejas subjetivas. Concluyeron que los sujetos sintomáticos presentaban mayor frecuencia de quejas que los asintomáticos, y confirmaron una fuerte asociación demostrada por una evaluación neuropsicológica detallada, entre una memoria verbal pobre y las quejas cognitivas. Descartaron que estas asociaciones estén influenciadas por trastornos psiquiátricos y destacaron que los cambios cognitivos reportados por los sujetos infectados con VIH-1, pueden ser los primeros signos de deterioro asociado al virus dándole gran importancia a las implicancias terapéuticas que estos pueden tener.

Tres años más tarde, en Toronto, Canadá, Rourke et al. (1999) investigaron sobre las quejas neurocognitivas en 100 personas con infección por VIH y su relación con el funcionamiento neuropsicológico y síntomas depresivos. Les administraron las pruebas Beck Depression Inventory y Patient's Assessment of Own Functioning Inventory (Chelune, Heaton & Lehman, 1986) para evaluar atención y memoria de trabajo, lenguaje, rendimiento psicomotriz, memoria verbal y resolución de problemas, además de las quejas neurocognitivas subjetivas. Obtienen como resultados que las quejas neurocognitivas subjetivas tienen una correlación significativa con los síntomas depresivos y con las medidas de las pruebas neuropsicológicas objetivas, pero que no varían según el estadio clínico de infección por VIH en el que se encuentren los sujetos.

Corless et al. (2000), realizaron un estudio descriptivo y correlacional sobre los predictores de la percepción del funcionamiento cognitivo en 728 personas con VIH, que no se encontraban hospitalizadas pero que sí recibían atención médica por la

infección. La muestra se tomó de 7 sitios diferentes de Estados Unidos, y los instrumentos de medición de datos fueron auto-administrados (Symptom Checklist for Persons with HIV Disease), aunque también se recabaron datos de tipo socio-demográficos por medio de un cuestionario. Los resultados obtenidos indican que el estado de los síntomas explica una mayor variación en el funcionamiento cognitivo percibido. Y que la identificación precoz de las fallas puede dar lugar a intervenciones clínicas tempranas y apropiadas para mejorar la calidad de vida de estas personas.

En el mismo año, Fernández Llona & Pintos (2000) en su tesis de grado para la Licenciatura en T.O. investigaron acerca de la formación e información que poseen dichos profesionales en la ciudad de Mar del Plata, acerca del Complejo Demencia SIDA (ADC). Realizaron una investigación de antecedentes bibliográficos sobre este tipo de demencia y, mediante la aplicación de un cuestionario, recabaron datos sobre el nivel de formación e información que tienen los T.O. en relación a VIH/SIDA, Demencia, ADC, como así también la forma en la que accedieron a dicha información (cursos, jornadas, congresos, búsqueda bibliográfica, etc.) y la motivación para hacerlo (necesidad laboral, interés personal, razones institucionales). Los resultados a los que arribaron fueron que los Lic. en T.O. y T.O. poseían poca información y una inadecuada formación profesional acerca del ADC, aunque, aquellos profesionales que trabajaban en gerontología poseían mayor información profesional acerca del ADC.

Millana Cuevas et al. (2002) llevaron a cabo en Madrid, España una investigación con el objetivo de hacer una revisión sobre cuáles eran los conocimientos médicos, neurológicos y neuropsicológicos sobre la infección producida por el VIH-1 y SIDA. Así mismo presentaron 6 baterías neuropsicológicas para la evaluación de estos

pacientes. Los autores concluyen en la importancia de la detección precoz de los déficits cognitivos, tanto para poder elegir un tipo de tratamiento médico como neuropsicológico adecuado. Por otro lado el conocimiento de las competencias y déficits cognitivos de las personas infectadas con VIH-1 puede contribuir a mejorar la planificación de los servicios sociales que reciben estos pacientes.

En el transcurso del mismo año, Risiga (2002), llevó a cabo un trabajo de investigación en Buenos Aires, Argentina, cuyo objetivo era conocer si las técnicas implementadas en talleres de memoria destinados a adultos mayores con olvidos benignos, producen variaciones en las quejas mnésicas del desempeño cotidiano. También investigó qué olvidos cotidianos aparecían con mayor frecuencia en la población que asistía a los talleres, en qué grado incidían las quejas mnésicas en el desempeño cotidiano, entre otros objetivos. La muestra con la que se llevó a cabo la investigación estuvo compuesta por 20 adultos mayores de 60 años de ambos sexos, con olvidos benignos, derivados a T.O. Se les realizó una evaluación antes del entrenamiento y se repitió al finalizar los seis meses de duración de los talleres, para esto utilizó el Cuestionario de Quejas Mnésicas de Marja Vink. Los resultados demostraron que las técnicas implementadas en los talleres provocaron una disminución en las quejas mnésicas y que los olvidos cotidianos que aparecen con mayor frecuencia son los relacionados a la disminución de la fluidez verbal, pérdida de objetos, dificultades en la planificación y recuerdo de nombres.

Tozzi et al. (2003) examinaron la relación entre el deterioro cognitivo relacionado con el VIH y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en 111 personas. Se evaluó la función cognitiva con una batería de tests neuropsicológicos y la calidad de vida, utilizando el Medical Outcomes Study-HIV (MOS-HIV). También incluyeron test

de laboratorio y estudios por imágenes en los pacientes con deterioro neuropsicológico. El 33% de la muestra presentó deterioro cognitivo, y tuvieron un bajo puntaje en el cuestionario de calidad de vida en todos los dominios. Concluyeron que las personas con deterioro cognitivo más severo tienen una alta probabilidad de presentar un bajo puntaje en la evaluación de CVRS.

Tozzi et al. (2004) continuaron investigando sobre la influencia del deterioro cognitivo en la CVRS, pero en este caso en pacientes con VIH que reciben terapia antirretroviral altamente activa (TARGA). Fueron analizadas 70 personas con una batería de tests neuropsicológicos estandarizados y el cuestionario MOS-HIV para evaluar la CVRS. La presencia de deterioro neurocognitivo en pacientes que reciben TARGA estuvo significativamente asociada a bajos puntajes en el cuestionario sobre CVRS. Concluyen que la identificación de las alteraciones cognitivas en estos pacientes puede motivar a la implementación de tratamientos adicionales que ayuden a compensar estos déficits funcionales.

Por otra parte Faílde Garrido et al. (2005) investigaron el grado de relación entre las variables nivel de CD4 y carga viral y el rendimiento neuropsicológico de 88 pacientes infectados por VIH-1 en el Complejo Hospitalario Cristal-Piñor (Ourense). A ellos se les aplicó una batería neuropsicológica, una evaluación de la sintomatología ansioso depresiva y una entrevista sobre aspectos socio demográficos, toxicológicos, neuropsiquiátricos y clínico-biológicos. Concluyeron que las variables CD4 y carga viral en sangre periférica aparentan ser independientes de los factores neuropsicológicos estudiados (memoria visual, atención/velocidad psicomotora, inteligencia verbal/pensamiento abstracto, memoria verbal para dígitos y palabras y memoria verbal para textos).

Durante el mismo año, en La Habana, Cuba, Amador Romero et al. (2005) estudiaron mediante una batería de pruebas neuropsicológicas extensas a un grupo de 50 pacientes neurológicamente asintomáticos y otro grupo control compuesto por sujetos sanos con el fin de compararlos y contribuir a la caracterización de los déficits cognitivos. Fueron excluidos del estudio individuos con antecedentes o presencia de alteraciones psiquiátricas o neurológicas, uso de alcohol, psicofármacos u otras drogas. Se concluye que los resultados de las evaluaciones revelaron la existencia de un deterioro generalizado en las funciones cognitivas de estos pacientes en ausencia de sintomatología neurológica. Dicho deterioro está caracterizado por rendimientos deficitarios en las pruebas que evalúan: la atención selectiva, el cambio del foco atencional, la integración de pautas temporales, la memoria a corto plazo, la capacidad de retención de la información, el reconocimiento de palabras y la capacidad de abstracción y generalización de atributos; esto indica la presencia en ellos de un déficit global del procesamiento de la información. Estos autores también destacan que estos resultados pudieran ser indicadores tempranos del comienzo insidioso del proceso degenerativo demencia-SIDA.

Au, et al. (2008) llevaron a cabo en Hong Kong, China un estudio que examinó la relación entre distintos estados de ánimo (depresivo, ansioso), rendimiento de la memoria y las quejas subjetivas de memoria en 90 pacientes con VIH/SIDA. Se les administraron las siguientes pruebas, Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory, Patient's Assessment of Own Functioning Inventory (PAOF), y Hong Kong List Learning Test, para luego concluir en que los resultados otorgados por el BDI eran los predictores más significativos de las quejas subjetivas de memoria en la PAOF. Estos autores también destacan la importancia de realizar una

evaluación cognitiva global al momento de evaluar el estado neuropsicológico de las personas con VIH/SIDA.

Iragorri Cucalón (2008) investigó sobre la demencia asociada con infección por VIH, con el fin de señalar sus características clínicas, sus métodos diagnósticos, y el tratamiento que se realiza en esta población. Como resultados obtuvo que en fases iniciales las características clínicas son: hipoprosexia, bradipsiquia y apatía, que pueden simular depresión. En fases más avanzadas se presentan cambios cognoscitivos más específicos, como pérdida de memoria, cambios en la personalidad, asociados con insuficiencia motora y esfinteriana, como resultado de una mielopatía vacuolar. También concluye que las pruebas neuropsicológicas son útiles para el diagnóstico y que el tratamiento con TARGA ha reducido la incidencia de este tipo de demencia asociada al VIH.

Posteriormente en Baltimore, Estados Unidos, Gandhi et al. (2011) estudiaron a 114 pacientes con VIH positivo con el objetivo de observar los resultados de medidas objetivas de funcionalidad basadas en el desempeño en el estudio de desórdenes neurocognitivos asociados al VIH, y luego correlacionar estos resultados objetivos y los de evaluaciones subjetivas de funcionalidad con los niveles específicos de severidad de estos desórdenes según la clasificación de la American Academy of Neurology (AAN). Concluyeron que los estudios objetivos son medidas de funcionalidad basadas en el desempeño, convenientes para ser utilizadas tanto como baterías de evaluación breve, como para predecir la categoría en que se incluiría a cada sujeto de la población con desórdenes neurocognitivos asociados al VIH según la clasificación de la AAN. Por otra parte tan sólo algunos de los estudios subjetivos coinciden también en la predicción de la categoría en la que se incluirían según la

clasificación de la AAN. No dejan de tener en cuenta que algunos resultados pueden variar según el estudio sea referido por un informante, o autorreferencial ya que la percepción sobre el desempeño funcional personal puede estar influenciada por desórdenes depresivos, entre otros.

En Portugal, Braganza et al. (2011) realizaron una revisión con el fin de contribuir a la actualización de los aspectos epidemiológicos, etiopatogénicos, clínicos y terapéuticos relacionados con el deterioro neurocognitivo asociado al VIH. Plantean que uno de los retos fundamentales para el equipo de médicos y neuropsicólogos es la detección precoz de los déficits cognitivos en las primeras fases de la infección, y así poder establecer un pronóstico y un plan terapéutico adecuado según los resultados de las pruebas neuropsicológicas y de laboratorio.

Durante el transcurso del pasado año Steinbrink et al.(2012) realizaron un estudio para analizar la correlación entre el deterioro cognitivo y las anomalías en la Resonancia Magnética (RM) y en el Líquido Céfalo-Raquideo (LCR) en 94 pacientes infectados con VIH, con ausencia de infecciones oportunistas que afecten el Sistema Nervioso Central (SNC). Estos investigadores confirmaron una correlación significativa entre cambios en la RM y el deterioro cognitivo por la infección por VIH. También mostraron que la atrofia global del cerebro y los signos de cambio en los ganglios basales, son un patrón típico de la RM en los desordenes neurocognitivos asociados al VIH (HAND). Otro resultado obtenido muestra que la correlación entre el deterioro cognitivo con total tau, pero no con el phospho tau sustentan la hipótesis de que el HAND no es un subtipo de la demencia tipo Alzheimer.

También se publicó el trabajo realizado por Bonnet et al. (2012) entre los años 2007-2009 donde investigaron la prevalencia de desórdenes cognitivos en 400 casos de

adultos infectados con VIH-1 en una cohorte de Bordeaux, Francia. Utilizaron tests neurocognitivos estandarizados, para arribar a los siguientes resultados: la prevalencia de deterioro cognitivo fue de 59%, de los cuales el 21% eran desordenes neurocognitivos asintomáticos, el 31% desordenes cognitivos leves, y el 7% corresponden a demencia asociada a VIH. El bajo nivel de educación, eventos previos de desordenes neurológicos por SIDA, ansiedad, síntomas de depresión e historias previas de daño cerebral, se asocian con deterioro cognitivo leve o demencia asociada al VIH. La presencia de deterioro neurocognitivo está significativamente asociada con fracciones bajas de materia gris en estadios tempranos de la enfermedad.

Rosca et al. (2012) realizaron una revisión de los desordenes neurocognitivos asociados al VIH desde un punto de vista histórico, comenzando por la nomenclatura y los estadios clínicos y continuando con las opciones terapéuticas. Como resultado de esta revisión concluyen que la evolución y las manifestaciones clínicas en la infección por VIH han cambiado con la introducción de la terapia antirretroviral y la expectativa de vida se ha incrementado, por lo tanto los problemas en estos pacientes se han complejizado y se ha vuelto necesaria la presencia de neurólogos especializados en VIH.

Por su parte, en China, Zhang et al. (2012) estudiaron la prevalencia y las características clínicas de HAND en 134 pacientes infectados con VIH-1. Fueron administrados la escala internacional de demencia para VIH y un test neuropsicológico para obtener un screening y un diagnóstico de HAND. Las quejas subjetivas, el recuento de CD4, la carga viral y el líquido céfalo-raquídeo, fueron correlacionados con el diagnóstico de HAND. Los resultados mostraron que la

prevalencia de HAND fue de aproximadamente 37% en estos pacientes. El recuento de CD4 al momento del muestreo fue significativamente menor en el grupo con HAND que en el grupo que no presenta deterioro. La presencia de HAND estuvo mayormente asociada a quejas por desórdenes cognitivos y conductuales, que a quejas por alteraciones motoras.

Con el objetivo de estimar la prevalencia de HAND en una población del sur de Asia, Chan et al. (2012) describieron patrones de deterioro neurocognitivo y factores asociados al HAND. La muestra fue de 132 pacientes, y los resultados que obtuvieron fueron los siguientes: la prevalencia de HAND fue del 22,7%, de los cuales el 70% se correspondieron con deterioro cognitivo asintomático, 23,3% deterioro cognitivo leve y 6,7% demencia asociada a VIH. Los pacientes de mayor edad, menor educación y enfermedad severa al momento del diagnóstico tienen más riesgo de HAND. Recuerdo diferido, lenguaje y pensamiento abstracto son los dominios más comúnmente afectados, pero el deterioro en las habilidades visuoespaciales y la atención están fuertemente asociados a la prevalencia de HAND.

Capítulo II

VIH/SIDA

Epidemiología¹

Se estima que en Argentina viven alrededor de 110.000 personas con VIH, 4 de cada mil jóvenes y adultos están infectados con el virus y el 40% de ellos desconoce su condición. Se diagnostican anualmente 5.500 personas aproximadamente.

La tasa de diagnósticos notificados de VIH se ubicó en un valor de 11,7 por 100 mil habitantes en el año 2010. De los 4.726 diagnósticos notificados para ese año, el 65% corresponde a varones y el 35% a mujeres. Ese año los servicios de salud reportaron 1.636 casos de sida, lo que representan una tasa del 4,0 por 100 mil habitantes. El 73% ocurrió en varones, por lo que la razón hombre/mujer de casos de sida se ubicó en 2,7.

El mapa de la distribución geográfica de las infecciones por VIH ha cambiado a lo largo de los años. Mientras que a principios de la década casi el 80% de los diagnósticos correspondían a residentes del Área Metropolitana de Buenos Aires y de la región central del país, esta proporción descendió al 65% en los últimos tres años. Al comparar los periodos 2001-2004 y 2009-2011, se observa que las principales variaciones ocurrieron en el Gran Buenos Aires (GBA), que pasó de concentrar el

¹ Boletín sobre VIH-SIDA en la Argentina (2012). Año XV, N°29. Ministerio de Salud, Dirección de Sida y ETS.

35% de las notificaciones al 20%, diferencia que fue absorbida por el resto de las regiones del país.

Se ha registrado un descenso en la proporción de diagnósticos a lo largo de la década en la provincia de Buenos Aires (de 49% a 33%) y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (de 18% a 13%), proceso que se ve reflejado en el aumento en el resto de los distritos, en muchos de los cuales se ha duplicado el porcentaje de diagnósticos.

En cuanto a la edad, en los últimos dos años, la mediana de edad de diagnóstico fue de 34 años para los varones y de 31 para las mujeres. En ambos casos, el indicador muestra pocas fluctuaciones desde mediados de la década pasada, aunque con el transcurso de los años se incrementa el diagnóstico de personas de mayor edad.

Clínica de la infección por VIH/SIDA

El VIH es el virus que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Es un retrovirus humano que pertenece al género de los lentivirus, tiene la característica de infectar y replicarse en una amplia variedad de células humanas del sistema inmunológico, dentro de las que se encuentran los linfocitos T CD4, el sistema monocito/macrófago y las microglías del sistema nervioso central. Pero es la infección del linfocito T CD4 la que produce los efectos más catastróficos en la respuesta inmunológica (Cancio, I. et al; 2006). Hasta la fecha se conocen dos tipos de VIH: el tipo 1 y el tipo 2, de los cuales el VIH-1 es el más extendido en el mundo, el VIH-2 está más limitado hacia zonas de África occidental. Ambos son virus de ácido

ribonucleico (ARN) y a pesar de que ambos son capaces de ocasionar el SIDA, muestran algunas diferencias en la historia natural de la enfermedad. El VIH-2 difiere genéticamente en algunos aspectos del VIH-1 y parece ser menos transmisible. También presentan diferencias en la regulación genética en cuanto al tiempo de supervivencia tras el diagnóstico de SIDA, que resulta ser más prolongado en los pacientes infectados por VIH2. Se conocen además diferentes cepas circulantes de VIH. Dentro del VIH-1 se han descrito dos grandes grupos: el grupo M (main) subdividido en 10 subtipos desde la A hasta la J y el grupo O (outlier) con varios aislados diferentes entre sí. Para el VIH-2 se han descrito 6 subtipos desde la A hasta la F (Cancio, I. et al; 2006).

Las fases clínicas de la infección-enfermedad por VIH/ SIDA son:

1. Fase de infección aguda retroviral

Se corresponde con la llegada del virus al sujeto y se caracteriza, desde el punto de vista clínico, por 2 situaciones:

- Puede ser asintomática, como ocurre en la mayoría de los pacientes.
- O sintomática, en cuyo caso el cuadro clínico presenta síntomas muy variados, a saber:
 - a) *Síntomas generales*: fiebre, faringitis, linfadenopatías (cuadro parecido al de la mononucleosis infecciosa), artralgias, mialgias, anorexia y pérdida de peso.
 - b) *Síntomas dermatológicos*: erupción eritematosa maculopapular, urticaria difusa y alopecia.

c) *Síntomas gastrointestinales*: náuseas, vómitos, diarrea y ulceraciones mucocutáneas.

d) *Síntomas neurológicos*: cefalea, dolor retroorbitario, meningoencefalitis, neuropatía periférica, radiculitis y síndrome de Guillain-Barré (Lamotte, J.; 2004).

En su mayoría, como son manifestaciones tan inespecíficas, es frecuente que médicos y pacientes no les concedan importancia y a su vez se dificulte determinar con exactitud la frecuencia de este cuadro clínico agudo; no obstante, en diferentes estudios se describen como las más comunes: la fiebre asociada a fatiga, la erupción eritematosa maculopapular y el síndrome adénico parecido al de la mononucleosis infecciosa.

De forma general, estos síntomas se manifiestan aproximadamente durante 6 a 8 semanas y no requieren tratamiento específico, solo sintomático. Mientras más sintomática y duradera sea esta fase, peor pronóstico tendrá la evolución clínica del paciente, caracterizada por una gran viremia inicial, con destrucción de las células del sistema inmunológico y disminución transitoria de su número.

Lentamente se produce una respuesta inmune contra el virus, por lo que se reduce el volumen de partículas virales en la sangre, pero continúa su replicación en los órganos linfáticos (sobre todo en ganglios linfáticos y bazo, que constituyen el principal reservorio del virus); o sea, la respuesta inmune inicial no basta para eliminar el virus. Durante esta etapa existe el inconveniente de que el resultado de la serología del VIH es negativo, aunque los antígenos virales sean positivos (Lamotte, J.; 2004).

2. Fase o período de portador asintomático

Después de la primera, el paciente pasa a la fase más larga de la enfermedad: la de portador asintomático. El enfermo puede estar asintomático por completo o presentar un síndrome adénico, con las siguientes características: más de 3 meses de evolución, ganglios firmes pero no leñosos, móviles e indoloros, sin cambios en la piel que los recubre y ubicados en 2 ó más regiones contiguas.

Comúnmente se excluyen las adenopatías de localización inguinal, por la diversidad de causas que las producen; pero cuando son de gran tamaño, deben evaluarse junto con las de otras regiones y tenerlas en cuenta, sobre todo en individuos con factores de riesgo para ser infectados por el VIH. Se denomina linfadenopatía generalizada persistente y de manera general se considera como un esfuerzo o lucha del sistema inmunológico para vencer la infección. Puede o no haber esplenomegalia.

Estos pacientes, aunque asintomáticos, representan un gran problema epidemiológico, ya que a través de conductas de riesgo desprotegidas transmiten la enfermedad e infectan a nuevas personas. A pesar de ello prosigue la replicación del virus, aunque muy baja, por lo cual no hay tal estado de latencia o de no replicación; esto se asocia con altos títulos de anticuerpos, por lo que el diagnóstico en dicha fase es serológico (Lamotte, J.; 2004).

3. Fase de complejo relacionado con el SIDA (Sintomático)

Representa la fase intermedia entre el portador asintomático y la fase de caso SIDA o final.

Clínicamente se caracteriza por presentar: malestar general, astenia persistente, síndrome febril prolongado, pérdida de peso, anemia, trombocitopenia, tos seca persistente, diarrea, candidiasis oral, dermatitis seborreica, herpes simple recidivante, herpes zoster, verrugas genitales, polineuropatía, síndrome ansioso depresivo y meningitis aséptica (Roca, R. et al.; 2002).

4. Fase SIDA o caso SIDA

Es el estadio final de la infección por VIH y se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y tumores raros. Desde el punto de vista inmunológico representa una grave inmunodepresión, con una depleción notable del número de linfocitos CD4. Hay una elevada replicación viral, favorecida por la debilidad del sistema inmunológico.

Clínicamente se considera que un paciente es un posible caso SIDA cuando tenga alguna de las afecciones relacionadas en la fisiopatología, las que se han extendido con el tiempo a medida que los centros para el control de enfermedades van informando una alta incidencia de una determinada enfermedad asociada a la infección por el VIH. Suele ser frecuente que un enfermo en esta fase padezca varias afecciones indicadoras de SIDA.

Actualmente, además de las enfermedades indicadoras de SIDA, también se ha incluido para el informe de caso SIDA a pacientes con recuento de células CD4 < de 200 por mm³, con independencia del estado clínico en que se encuentren. Esto se conoce como SIDA inmunológico (Lamotte, J.; 2004).

El modo de transmisión de la infección es de persona a persona por contacto sexual sin protección, con líquidos corporales como la sangre y el semen; por el uso de

agujas y jeringas contaminadas por el virus, entre ellas, las que comparten los usuarios de drogas intravenosas; por transfusión de sangre infectada o sus derivados y por el trasplante de órganos y tejidos infectados por el VIH. También puede transmitirse de madre a hijo (transmisión materno-infantil). Las mujeres infectadas pueden transmitir el virus a sus hijos con la leche materna, lo cual representa hasta la mitad de los casos de transmisión materno-infantil del VIH. Si bien ocasionalmente se ha descubierto el virus en la saliva, las lágrimas, la orina y secreciones bronquiales, no se ha notificado que se produzca transmisión después del contacto con tales secreciones. Ningún dato de estudios de laboratorio o de tipo epidemiológico indica que la infección por VIH se haya transmitido por picaduras de insectos (Djokic, D. et al.; 2009).

El período de incubación de la enfermedad suele ser variable. Si bien el lapso desde el momento de la infección hasta la aparición de anticuerpos detectables por lo general, es de uno a tres meses. El intervalo observado desde la infección por VIH hasta el diagnóstico de SIDA varía desde menos de 1 año hasta 15 años o más. El período de transmisibilidad no se conoce con precisión, comienza muy poco después de contraer la infección por VIH y se cree que dura toda la vida (Djokic, D. et al.; 2009).

De acuerdo con el recuento de CD 4 y el cuadro clínico se consideran tres rangos de laboratorio y tres categorías clínicas que dan una matriz de nueve categorías clínicas mutuamente excluyentes (Sardiñas, R.; 2010):

1. Categorías de laboratorio:

a) mayor de 500 CD4.

b) de 499-200 CD4.

c) menor de 200 CD 4. (Indicador de SIDA).

2. **Categoría clínica:** A (A1- A2 - A3), B (B1 - B2 - B3) y C (C1 - C2 - C3).

Los pacientes afectados de SIDA serán aquellos que estén en la categoría C (C1-C2-C3) y aquellos que tengan menos de 200 CD 4. (A3 -B3).

Categoría A: Adulto con VIH que tengan una o más de las condiciones siguientes:

1. Infección asintomática por VIH.
2. Linfadenopatía persistente generalizada. (LPG).

Categoría B: Incluyen las condiciones siguientes:

- 1 Candidiasis vulvovaginal persistente (por más de un mes).
2. Candidiasis orofaríngea.
3. Displasia cervical moderada o severa o carcinoma in situ.
4. Síntomas B que persistan más de un mes.
5. Leucoplasia vellosa oral.
6. Herpes zoster (que incluye al menos dos episodios distintos o más de un dermatoma).

7. Púrpura trombocitopénica idiopática. (PTI).
8. Enfermedad inflamatoria pélvica, particularmente si está complicada con abscesos tubo- ováricos.
9. Neuropatía periférica.

Categoría C: Sus condiciones están fuertemente asociadas con inmunodeficiencias severas, y causan gran morbimortalidad:

1. Candidiasis de los bronquios, tráquea o pulmones.
2. Candidiasis esofágica.
3. Cáncer invasivo del cuello.
4. Coccidioimicosis extrapulmonar.
5. Criptococosis extrapulmonar.
6. Criptosporidiasis intestinal crónica. (más de un mes de duración).
7. Enfermedad por citomegalovirus (CMV) en un lugar diferente del hígado, bazo o ganglios linfáticos.
8. Encefalopatía por VIH. (Demencia).
9. Herpes simple mucocutáneo con úlceras crónicas (de más de un mes de duración o que produzca bronquitis, neumonitis o esofagitis).
10. Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar.
11. Isosporiasis intestinal crónica. (más de un mes de duración).

12. Sarcoma de Kaposi. (SK).
13. Sarcoma inmunoblástico.
14. Linfoma de Burkitt.
15. Linfoma cerebral primario.
16. Enfermedad por micobacterium avium o M. kansasii , diseminada o extrapulmonar.
17. Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar.
18. Neumonía por pneumocystis carinii . (PCP).
19. Toxoplasmosis cerebral en pacientes en más de un mes de edad.
20. Sepsis recurrente por especie de salmonella diferente a S. typhi.
21. Seucoencefalopatía multifocal progresiva.
22. Neumonía recurrente.
23. Síndrome de desgaste. (Sardiñas, R.; 2010)

VIH y Sistema Nervioso Central (SNC)

El VIH es neuroinvasivo, neurotrópico y neurovirulento, es decir, penetra al SNC, puede vivir en el tejido neural y causa enfermedad en el SNC (Singer E, et al., 2011). Dado su marcado neurotropismo es posible identificar la presencia del VIH en cualquier parte de la neuraxis, desde la corteza cerebral hasta la unión neuromuscular; pero el sitio más afectado es el SNC y dentro de éste los cambios son predominantemente subcorticales, incluyendo sustancia blanca profunda y ganglios basales (Boza, R., 2011).

Para que el VIH ingrese al SNC y a los diferentes tipos celulares que lo resguardan se requiere una compleja interacción entre el VIH y las células del cerebro. Esta invasión ocurre tempranamente (en las primeras semanas), en el curso de la infección de la persona, razón por la cual se denomina al SNC como un reservorio viral a lo largo del curso de la enfermedad, debido a que prácticamente provoca un secuestro viral (Custodio, N. et al., 2006; Gonzalez, F. et al., 2005). En líneas generales, para que el VIH ingrese a cualquier célula del organismo tiene que unirse, fundamentalmente, a la molécula CD4 (que se encuentra en los linfocitos T, monocitos y células dendríticas) y a una familia de correceptores alfa y beta de citoquinas. En teoría, todos los tipos de células del SNC pueden verse infectadas por el virus, siempre y cuando tengan receptores o correceptores (CCRS y CXCR4) que permitan al virus entrar en la célula, pero los macrófagos y microglías son los tipos celulares afectados con más frecuencia (Custodio, N. et al., 2006).

La neuroinvasión se realiza a través de la barrera hematoencefálica (BHE), mediante macrófagos infectados y podría ser potenciada por proteínas derivadas del virus (fundamentalmente la proteína Tat).

A pesar de que la penetración del VIH se da en los inicios de la enfermedad, generalmente las deficiencias neurológicas significativas ocurren mucho después, en contraste con las encefalitis virales clásicas (como en la infección por herpes simple y rabia), por lo cual se postula que la lesión del SNC por el VIH sigue una vía indirecta de infección (González et al., 2005).

Debido a esta afectación indirecta del SNC por el VIH es que se habla de 2 vías incluyentes del daño neuronal, una inflamatoria y una no inflamatoria. La vía inflamatoria se inicia con la entrada de macrófagos infectados activos vía transporte tipo “caballo de Troya” (el virus se camufla en los macrófagos para poder ingresar al SNC) y con la activación inmune de la microglía. En contraposición, la vía no inflamatoria se basa en la interrupción de la producción de los factores tróficos esenciales para la homeostasis neuronal, como resultado de la infección y lesión de la microglía y el astrocito, asociado a la liberación por parte del VIH de virotoxinas, como las proteínas Tat, Nef y gp120 . Estas proteínas son tóxicas para las neuronas circundantes y el resto de las células de la glía. Finalmente conducen a una disrupción neuronal-glial, la cual probablemente es la responsable de la injuria y/o muerte neuronal, que conduciría a un fenómeno de neurodegeneración acelerada relacionada a los casos de demencia presentados en las personas con infección por el VIH (Custodio et al., 2006).

Se ha identificado el VIH predominantemente en los ganglios basales y el hipocampo. Las mayores concentraciones se alcanzan en el globo pálido, el núcleo

caudado y la sustancia blanca profunda (Boza, 2011). De hecho, se le atribuye al compromiso del núcleo caudado un papel preponderante en el desarrollo de los trastornos neurocognitivos (Singer et al. 2011).

La academia americana de neurología ha establecido recientemente una nosología en relación a los desordenes neurocognitivos asociados al HIV, con el fin de ayudar al diagnóstico de estas patologías. La clasificación es la siguiente:²

- *Desórdenes neurocognitivos asintomáticos asociados a VIH:* hay una alteración adquirida en el funcionamiento cognitivo en al menos dos dominios, documentado por evaluación neuropsicológica.

El deterioro cognitivo no interfiere con el funcionamiento diario de la persona.

El deterioro cognitivo no cumple con los criterios para demencia o delirio.

- *Desórdenes neurocognitivos leves asociados a VIH:* alteración adquirida en el funcionamiento cognitivo en al menos dos dominios, documentado por evaluación neuropsicológica.

Los desórdenes cognitivos interfieren levemente en el funcionamiento diario que puede ser autoreferido u observado por personas cercanas, en al menos uno de los siguientes aspectos: disminución de la agudeza intelectual, que repercute en el área laboral, actividades cotidianas o en las relaciones sociales, entendiendo éstas como las distintas áreas de desempeño ocupacional.

El deterioro cognitivo no cumple con los criterios para demencia o delirio.

² Antinori, A., Arendt, G., Becker, J.T., Brew, B.J., Byrd, D. A., Cherner, M., et al. (2007). *Updated research nosology for HIV-associated neurocognitive disorders. Neurology, 6. pp 1789-1799.*

- *Demencia asociada a VIH (HAD)*: Existe un deterioro cognitivo marcado en al menos dos dominios, documentado por evaluación neuropsicológica. Generalmente el deterioro incluye múltiples dominios, especialmente en la adquisición de información nueva, enlentecimiento en el procesamiento de la información y disminución en la atención y concentración.

El deterioro cognitivo produce marcada interferencia en el funcionamiento diario incluyendo las tres áreas de desempeño ocupacional.

El patrón de deterioro cognitivo no cumple los criterios para delirio.

No hay evidencia de otras causas preexistentes para HAD como infección del SNC, enfermedad cerebro-vascular, enfermedades psiquiátricas, etc.

Por nuestra parte, en la presente investigación tomaremos como referencia esta clasificación con el fin de utilizarla como guía, ya que el propósito de este trabajo es explorar las características de las funciones cognitivas y detectar la existencia o no de fallas en dichas funciones en personas con infección por VIH/SIDA y no el establecimiento de un diagnóstico clínico.

Capítulo III

Neuropsicología

Manes, (2008) explica que las Neurociencias Cognitivas son una especialidad que investiga las funciones cognitivas. Comprende experimentos en sujetos normales y en pacientes con lesión cerebral para determinar las bases neurales de los procesos intelectuales, es decir, cómo el cerebro posibilita los procesos cognitivos. Esta especialidad se vale además de diversos métodos para investigar, como son la neuroanatomía, la neurofisiología, las neuroimágenes estructurales (Tomografía Computada, Resonancia Magnética Nuclear, Angiografías) y neuroimágenes funcionales (electroencefalografía, Resonancia Magnética Funcional, etc.). Todo esto con el objetivo de construir modelos cognitivos con implicaciones clínicas para la terapia y la rehabilitación. Retomando el concepto de funciones cognitivas nos parece pertinente aclarar que si bien es una de las variables de nuestra investigación no nos fue posible arribar a una definición precisa de dicho concepto. Aunque distintos autores las mencionan, las estudian y las definen en forma individual (memoria, atención, orientación temporo espacial, lenguaje, fluencia verbal, habilidades visuo espaciales, entre otras) no se halló un consenso para especificar una definición global sin caer en una definición tautológica. Entendemos que esta problemática se relaciona con la complejidad y la novedad del tema abordado. Por este motivo al momento de definir la variable *funciones cognitivas* nos respaldaremos en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, dado que forma parte del marco teórico del presente trabajo y además ha adquirido un consenso internacional para su utilización.

Luego del relevamiento de antecedentes para la realización de este trabajo, ha quedado evidenciado a través de diversas investigaciones que las personas con infección por VIH/SIDA pueden, a largo plazo, desarrollar desde leves alteraciones relacionadas con las funciones cognitivas hasta cuadros de demencia asociada al VIH/SIDA. Proponemos utilizar para el abordaje de dicha población el modelo de la Neuropsicología Cognitiva (NPSC), que plantea diagramas de procesamiento de la información por medio de los cuales se encarga de explicar los patrones de las realizaciones cognitivas afectadas o intactas (que han sido observadas en pacientes con lesiones cerebrales), y con esto pretende predecir cuales serán las funciones comprometidas.

Para poder hablar de Neuropsicología, primero es necesario hacer referencia a sus precedentes conceptuales, y para ello se pueden citar como antecedentes pre-científicos los trabajos de Gall y Spuzheim, fundadores de la frenología, quienes afirmaron que la mente estaba asentada en el cerebro y que este estaba dividido en órganos con diferentes funciones intelectuales y emocionales.

Luego podemos ubicar el surgimiento de la neuropsicología como disciplina independiente a partir de 1860 con las investigaciones de Broca, quien estableció la diferencia entre la localización de las funciones en la mente basada en los abultamientos del cráneo, propia de la frenología, y su ubicación basada en el examen del daño cerebral (Ryalls & Lecours, 1996// Benedet, 2002). Sus mayores aportes consistieron en postular la independencia de las funciones cognitivas y la localización de las mismas mediante los estudios anátomo-clínicos.

En las décadas siguientes, tanto Wernicke como Lichtheim, realizaron importantes aportes ya que elaboraron los primeros diagramas del sistema de lenguaje, éstos

ayudaron a comprender la complejidad de la función cognitiva, entendiendo que cada una de las funciones puede resultar dañada de forma selectiva ya que están integradas por diferentes componentes. A esta conclusión arribaron aunque su fin original estaba centrado en la localización de las lesiones. Basado en dichos descubrimientos, la principal contribución de Wernicke fue la elaboración de un marco teórico que aun hoy continúa siendo influyente (Benedet, 2002).

Aquí se inicia entonces, lo que hoy se conoce como neuropsicología clásica (NPS), en donde el método lesional y la agrupación sindrómica son la fuente principal (Roumec, 2010).

Posteriormente estos neuropsicólogos fueron criticados en su metodología, entre 1905 y 1940 por diversos neurólogos y psicólogos (S. Freud, H. Bergson, P. Marie, C. von Monakov, K. Goldstein o H. Head, entre otros) y las críticas más importantes estaban centradas en los siguientes puntos: 1) la falta de objetividad de las observaciones de la conducta; 2) la debilidad de las pruebas en las que se basa la localización de la lesión; 3) la inadecuación de los conceptos psicológicos que se utilizaban (Benedet, 2002).

Más adelante, entre 1945 y 1970 surge la neuropsicología psicométrica que intenta superar las críticas formuladas al enfoque de los fabricantes de diagramas. Para ello utilizan una metodología de diseños de grupo, sustituyen las tareas clínicas por instrumentos de evaluación psicométricos utilizados tanto en pacientes con lesión cerebral como en individuos sanos, realizan estudios descriptivos de las relaciones entre las diferentes regiones corticales y la conducta (Benedet, 2002). Sin embargo las críticas efectuadas sostenían que dicho enfoque carecía de un marco conceptual, que no explicaba la relación entre la conducta y el cerebro.

A finales de la década del '60 de la conjunción de la neuropsicología cuyos aportes son los diagramas, que a diferencia de sus antecesores son más sofisticados e intentan representar conexiones entre diferentes componentes cognitivos y la psicología cognitiva (PC), que aporta una metodología experimental en el marco de las teorías del procesamiento de la información, surge una disciplina que está vigente hasta la actualidad, que es la denominada Neuropsicología Cognitiva.

La aplicación de dicho paradigma permite formular hipótesis, si se “daña” teóricamente un componente de un modelo, se podrían predecir las consecuencias de ese daño sobre la función representada por él, así como el análisis funcional de pacientes con déficits selectivos proporciona una ventana abierta por la que podemos observar la organización y los procedimientos de la cognición normal.

La PC va a aportar a la NPS modelos de procesamiento de la información, los cuales van a permitir explicar las alteraciones de la función y la conducta de las personas. De esta manera los diagramas de la NPSC representan conexiones entre diferentes componentes del sistema cognitivo, constituyendo modelos de elementos de la función mental (o modelos de la mente) y no modelos del cerebro (como eran los diagramas de la NPS) (Benedet, 2002).

Paradigma de procesamiento de la información (PPI)

Surgió con la revolución de la psicología cognitiva y deriva sobre un movimiento de la teoría de la comunicación. El procesamiento de la información es la capacidad de asimilar, almacenar y recuperarla. Y así surgen las hipótesis de los procesos mediadores (esto sucede dentro del sistema cognitivo).

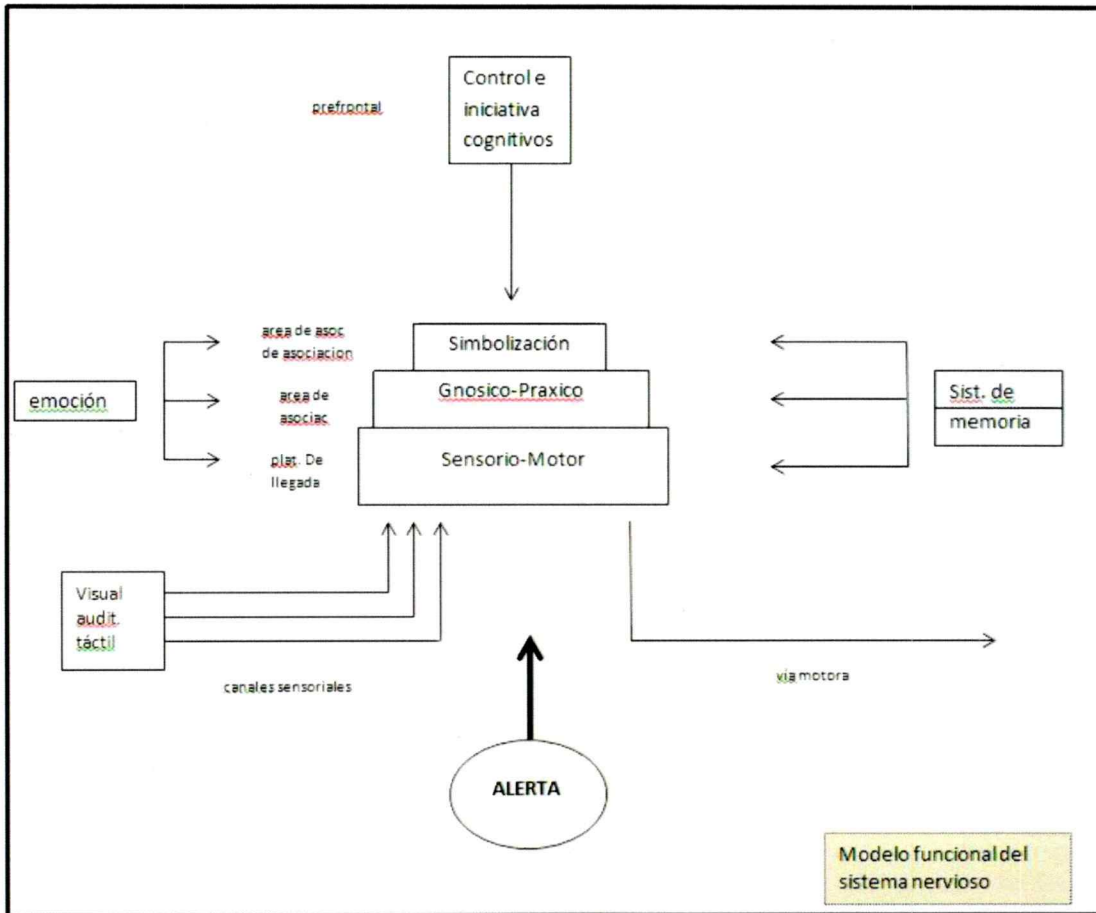
Al PPI se lo usa para respaldar conceptualmente los modelos neuropsicológicos.

Para Manes (2008), la Cognición “abarca aquellos procesos involucrados en la adquisición, retención y/o manipulación de la información, es decir, el procesamiento de la información (funciones corticales superiores) y la conducta adaptativa que de tal procesamiento depende. Las esferas más importantes de la cognición incluyen: atención, memoria, lenguaje, percepción, funciones ejecutivas y praxias”³.

Si bien desde la NPSC se describen modelos específicos para cada función, a los fines de este estudio no se desarrollarán debido a que exceden los objetivos del presente trabajo. Por este motivo utilizaremos un modelo teórico simple y útil para aplicar y entender el funcionamiento cerebral neuropsicológico y neurofisiológico normal. Allegri (1995) lo denomina de Organización Funcional del Sistema Nervioso.

³ Manes, F. (2008) *Métodos de investigación en neurociencias cognitivas*. En: Labos, E., Slachevsky, A., Fuentes, P., Manes, F., editores. *Tratado de Neuropsicología Clínica: bases conceptuales y técnicas de evaluación*. Buenos Aires, Argentina: Akadia. p45.

La siguiente figura⁴ esquematiza la constitución de dicho modelo.



⁴ Allegri, R. . & Tamaroff, L. (1995) *Introducción a la neuropsicología clínica*. Ediciones libros de la Cuadriga. Buenos Aires, Argentina. p39.

Estructuras anátomo-funcionales intervinientes (Allegri, 1995):

Niveles:

1) Cortical

- Primer nivel: funciones básicas sensoriales-motoras.
- Tres niveles cognitivos: a) corteza de asociación unimodal; b) corteza de asociación polimodal; c) corteza de asociación supramodal.

2) Sub-Cortical

- Ganglios basales-extrapiramidales
- Sistemas talámicos de proyección
- Sistema reticular
- Sistema límbico/hipotalámico
- Eje pituitario
- Sistemas neurotransmisores basales

Sistema de alerta:

El nivel de conciencia y alerta de una persona es esencial para una correcta interpretación de los fenómenos neuropsicológicos. El responsable de esto es el sistema de activación reticular ascendente (SARA).

Sistema de la atención:

Según citan Allegri & Tamaroff (1995) la atención está dada por un grupo de mecanismos neurológicos para focalizar la conciencia sobre la parte relevante del espacio extra e intrapersonal, mientras se inhibe la intrusión de los estímulos distractores. Siguiendo a este último autor, el proceso atencional puede dividirse en una atención “tónica”, encargada de la vigilancia y concentración, que también se relaciona directamente con el ciclo sueño-vigilia; y por otra parte en una atención “selectiva” que se ocupa de la dirección de la atención, es decir que dirige el foco de la vigilancia hacia los aspectos relevantes del espacio sensorial.

Las personas no percibimos todo lo que sucede en el ambiente que nos rodea, sino que procesamos algunos estímulos mientras pasamos por alto otros, a esto se lo conoce siguiendo a Grieve (1994) como atención focalizada.

Cabe destacar que algunos autores definen la atención de diversas formas, como en el caso de Posner (1995) quien propone una teoría Multicomponente constituida por tres redes neurales o subsistemas diferentes:

- a) una **red de alerta o de vigilancia** que se encarga de controlar y mantener el alerta,
- b) una **red de orientación o red de atención posterior** que se ocupa de direccionar la atención, y
- c) una **red ejecutiva o red de atención anterior**, en estrecho vínculo con los mecanismos neurales de la atención.

Posner (1995) define la atención como un mecanismo central de control del procesamiento de la información que actúa de acuerdo con los objetivos del organismo activando o inhibiendo procesos, y que puede orientarse hacia los sentidos, las estructuras de conocimiento en memoria y los sistemas de respuesta.

Sistemas de entrada de la información:

Este sistema está dado por las aferencias cerebrales que se corresponden con los cinco sentidos y con las sensaciones cenestésicas. Allegri, (1995) refiere que son las que controlan y determinan lo que cada sujeto hace. Esta actividad sensitivo-sensorial se integra en 3 niveles.

Toda la información que proviene tanto del medio interno como externo llega a nuestro sistema nervioso (SN) por los distintos *canales o sistemas sensoriales* ya sean visual, auditivo, somatosensitivo, olfatorio o gustativo. Cada una de estas formas sensoriales tiene un área sensorial primaria localizada en la corteza cerebral (corteza occipital para la percepción visual; corteza temporal para la audición; corteza parietal para la sensibilidad táctil). Estas son el *primer nivel* del sistema jerárquico, llamado nivel sensorio-motor.

El *segundo nivel*, denominado gnósico-práxico está localizado en áreas vecinas a las sensoriales primarias, aquí se realiza el reconocimiento de cada información sensorial o gnosis y por eso se llaman también áreas secundarias o áreas corticales de asociación unimodal.

Las áreas sensoriales primarias se asocian con el neocortex a través de las áreas de asociación. Es cuando se da con la percepción o identificación primaria del estímulo, según Allegri (1995). Es una sensación localizada, objetiva y exteriorizada. Algunos

autores la denominan *gnosia*, y es cuando queda establecida la relación objeto/concepto-objeto.

El *tercer nivel* de complejidad está formado por áreas polimodales (simbolización) o áreas de asociación (redes neuronales complejas, zona parieto-temporal y frontal posterior). En él se establece la relación concepto-objeto/ símbolo verbal.

La Agnosia

Es el reconocimiento alterado de un objeto, no debido a defectos sensoriales, deterioro mental, desórdenes de conciencia, atención o desconocimiento del objeto. Este mismo debe ser reconocido por el sujeto por otro de sus sentidos (Allegri, 1995).

Grieve, (1994) por su parte, habla no de agnosia en sí, sino del reconocimiento visual como capacidad o función cognitiva, y la define como la capacidad para utilizar los objetos, que depende de la integración del procesamiento perceptivo visual con el conocimiento de la función del objeto. Mayormente la estructura visual de los mismos se relaciona con la función para la que ellos se utilizan.

Sistemas mnésicos:

Los sistemas episódico; semántico; procedural, interactúan en paralelo con los diferentes niveles funcionales. Son la base de nuestra historia y de nuestro conocimiento.

La memoria

Para Grieve (1994) es nuestra capacidad para mantener las cosas en la mente y recordarlas en algún momento futuro.

Siguiendo citas realizadas por Allegri, (1995) otras definiciones de memoria pueden ser las siguientes:

La memoria es una de las funciones centrales de la actividad intelectual y es la base de nuestro conocimiento (Lezak, 1983).

El aprendizaje es el proceso de adquirir nueva información, mientras que la memoria se refiere a la persistencia del aprendizaje en un estado que pueda ser utilizado más tarde (Squire, 1987).

Para Khan (1986) la memoria puede ser definida como el depósito de conductas potenciales aprendidas en el tiempo. Es esencial para la retención del aprendizaje.

Para Signoret (1987; 1988) la organización estructural de la información en la memoria se hace durante tres fases:

- 1) *Memorización o codificación*: son los procesos que permiten percibir nueva información y operar sobre los mismos usando conocimientos ya almacenados e introducirlos en la memoria. Aquí son necesarios dos procesos diferentes: a) Mantenimiento; b) Adquisición (éste necesariamente depende del anterior).
- 2) *Conservación o almacenaje*: es el conjunto de procesos que llevan a la conservación de los trazos mnésicos hasta que sean necesitados para su posterior utilización. Esta depende de dos tipos de acciones: a) consolidación; b) reconstrucción.

- 3) *Restitución o recuperación*: conjunto de procesos que permiten la utilización de la información archivada o almacenada previamente. La restitución puede ser espontánea (recuerdo) o facilitada (reconocimiento), según explica Signoret, (1987).

Por otra parte Allegri (1995) en su libro, cita el Modelo de memoria de Atkinson y Shiffrin (1968), en donde postulan la existencia de tres sistemas distintos de almacenamiento mnésicos:

1) *Memoria sensorial*:

La información del medio externo ingresa a nuestro sistema nervioso a través de los diferentes canales sensoriales (visual, auditivo, táctil, etc.), Nauta, (1966) denominó a estas vías de ingreso como "válvulas" debido a la función determinante que tienen sobre el tipo de memoria que se va a archivar.

La duración de la memoria sensorial es muy corta y este tiempo varía para las diferentes modalidades sensoriales: *memoria sensorial visual*, puede durar unos 250 a 500 mseg; *memoria sensorial auditiva*, de 2 a 10 seg; *memoria sensorial táctil*, 4 seg. y la *memoria sensorial kinética* hasta unos 80 seg. (Khan, 1986).

Debido a que no es claro el sitio de almacenamiento de este tipo de memoria, si es un fenómeno periférico, central, o ambos, es que Lezak (1983) se plantea la duda de que sea realmente una función mnesica, o sólo una capacidad perceptiva.

2) *Memoria de corto plazo*:

Para Grieve, (1994) este tipo de memoria retiene información sólo el tiempo suficiente como para que pueda ser utilizada, un ejemplo claro que podemos

observar en la vida cotidiana es el hecho de recordar un número telefónico desde que lo miramos, hasta que lo marcamos, o también se evidencia este tipo de memoria al poder seguir el hilo de una conversación.

Esta memoria, según Signoret (en Allegri, 1995), tiene la facultad de mantener una información durante un lapso de tiempo menor a un minuto y restituirla en forma inmediata. Éste es un fenómeno neurofisiológico que dependería de una mayor eficacia de la transmisión sináptica. A esto Lezak (1983) agrega que dicha actividad electroquímica desaparece espontáneamente si la memoria no pasa al archivo a largo plazo, y que es muy sensible al efecto de la interferencia.

Para Allegri (1995) esa sensibilidad al fenómeno de la interferencia es una de las bases para la distinción neuropsicológica entre memoria a corto y a largo plazo.

3) *Memoria a largo plazo:*

Allegri (1995), cita a Craik (1977) quien se refiere a este tipo de memoria como el tercer componente del sistema, y es el que mantiene la información desde varios minutos hasta muchos años después.

La información de este sistema a largo plazo se almacena en relación al significado, o sea que tiene una "codificación semántica" (Broadbent, 1970; Craik, 1972).

Según menciona Grieve (1994) algunos estudios de psicología cognitiva sobre este tipo de memoria han descripto las formas en las que se organiza la información en la memoria a largo plazo, que tiene capacidad ilimitada.

Tulving (1972), realizó por primera vez una distinción entre tres tipos distintos de memoria a largo plazo:

La *memoria episódica*, que retiene memorias relacionadas con un tiempo y un lugar determinados. Estas son memorias autobiográficas.

La *memoria semántica*, se refiere a un conocimiento general adquirido con el transcurso del tiempo y no relacionado con los acontecimientos en el momento de aprendizaje.

La *memoria procedural*, es un sistema de información que no puede ser inspeccionado conscientemente. Se refiere a las habilidades motoras que hemos aprendido, aquellas que recordamos hacer pero no podemos explicar cómo es que lo recordamos.

Cohen y Squire (1980) sugieren que la información episódica como la semántica almacenadas interactúan y que ambos sistemas se combinan y forman lo que denominaron *memoria declarativa*, ésta requiere un acceso consciente para evocar la información y se describe como “saber que”. La *memoria procedural* por su parte implica el “saber cómo” y podemos realizar actividades habituales y habilidades sin necesidad del recuerdo consciente desde la memoria.

La función de la memoria, está íntimamente ligada a la atención y a la percepción ya que antes de poder recordar un elemento o situación, debemos percibirlo y focalizar nuestra atención sobre él.

A partir de la década de 1970 y hasta la actualidad, se incluye en las investigaciones que tienen como objetivo indagar acerca de la memoria, material que se relacione con experiencias de la vida cotidiana, tales como videos, fotos, historias, etc. A la vez muchos de los cuestionarios que se implementan son de tipo auto-administrados en donde es el propio sujeto quien registra lo que recuerda.

Creemos importante enfocar el estudio de la memoria desde una perspectiva funcional, ya que las pruebas experimentales muchas veces no dan cuenta de los verdaderos problemas que afronta la persona en su vida cotidiana.

Sistema de salida de la información:

La información sale del SN hacia la periferia utilizando vías diferentes a las de entrada pero jerárquicamente similares. La idea de movimiento se planifica en el nivel gnóstico-práxico y se envía la información hacia el área motora primaria, que es el nivel sensorio-motor.

“Sobre este complejo existiría un sistema cognitivo supramodal encargado del control ejecutivo (incluye funciones como anticipación, planeamiento, formulación de respuestas y monitoreo de las conductas propuestas y actuales), la organización secuencial (se refiere a la habilidad de mantener y dirigir las unidades de información en un orden adecuado) y la iniciativa (la fuerza que energiza a toda actividad humana, movimiento, lenguaje y pensamiento)”⁵

Las praxias

Para Piaget (en Allegri, 1995) son acciones o sistemas de movimientos coordinados en función de un resultado o una intención.

⁵ Allegri, R.F. & Tamaroff, L. (1995) *Introducción a la neuropsicología clínica*. Ediciones libros de la Cuadriga. Buenos Aires, Argentina. p41.

Por lo tanto la *apraxia* es la inhabilidad de realizar actos motores, movimientos o habilidades aprendidas con un fin particular a pesar de tener un sistema motor y sensorial intacto, buena comprensión y toda la cooperación por parte del paciente (Allegri, 1995).

Sistema lingüístico:

Es para Allegri (1995) un conjunto de signos, viendo a estos como hechos sensibles, objetos, palabras o gestos que revelan la existencia de otros hechos más importantes. Estos signos pueden ser mímicos, gestuales, orales y escritos. Refiriéndose sólo al lenguaje verbal, Allegri describe los cuatro componentes mayores que lo conforman, escuchar, hablar, leer y escribir. Explica que tiene varias funciones o fines, de los que se pueden distinguir dos: una función mágica y una función significativa. Y dentro de esta última distingue tres aspectos: a) el aspecto representativo, b) el aspecto de comunicación, c) aspecto expresivo.

Fluencia verbal

Se relaciona con “la capacidad para acceder al léxico y recuperar información semántica y formal acerca de las palabras. Más allá del componente léxico semántico al que apelan estas tareas, se ponen en juego otros factores como la atención y la memoria, además de las habilidades de planificación y de control de cambios”.⁶

⁶ Burin, D., Drake, M., Harris, P. (Comp.) (2007). *Evaluación neuropsicológica en adultos*. Buenos Aires: Editorial Paidós. p 234.

Sistema emocional:

Las áreas límbicas y paralímbicas juegan un rol importante al momento de estructurar el componente afectivo. Este componente emocional también funcionaría en paralelo con los diferentes niveles funcionales, facilitando o inhibiendo la función de las mismas.

Sistema de control supramodal lóbulo frontal: Sistema prefrontal

Si bien hubo distintas posturas respecto de la importancia del lóbulo frontal, Fuster (1980) es citado por Allegri (1995) cuando se refiere a éste, como la adquisición filogenética mas reciente y una de las últimas regiones en madurar y mielinizarse en el desarrollo ontogenético.

Funciones generales del sistema de control supramodal:

- a) El control ejecutivo, incluidas funciones como anticipación, preplaneamiento, formulación de respuestas, y monitoreo de conductas propuestas y actuales.
- b) La organización secuencial, alude a la habilidad de mantener y dirigir las unidades de información en un orden adecuado.
- c) La iniciativa, entendida como la fuerza que energiza a toda actividad humana, movimiento, lenguaje y pensamiento.

Cognición y actividades cotidianas

Para Benedet (2002), la neuropsicología cognitiva es capaz de aportar a la práctica clínica, información rica y útil, y muy diferente de la que puede aportar la sola implementación de un test psicométrico, ya que esta metodología permite explicar en términos científicos los déficits del sujeto en la vida cotidiana. Esta autora afirma que la neuropsicología cognitiva nada tiene que ver con la práctica de aplicar tests para asignar etiquetas diagnósticas o para hacer informes puramente descriptivos. Para que un informe sea considerado neuropsicológico ha de explicar las fallas del sujeto en los tests y en su vida cotidiana, en términos de qué componentes del sistema son los responsables de ellos, de cómo el conjunto de componentes preservados y dañados da lugar a esas conductas y de cuál es, de acuerdo con los conocimientos actuales de la disciplina, la forma óptima de abordarlos.

Los procesos cognitivos nos posibilitan la interacción con otras personas y con el contexto, por medio de conductas y acciones que tienen sentido, adquiriendo un papel fundamental en las actividades cotidianas.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)⁷ se refiere a las funciones cognitivas incluyéndolas dentro de lo que denomina funciones mentales (FM). A estas últimas las divide en FM Globales y FM Específicas,

⁷ Constituye una revisión de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de 1980, la cual ponía el acento en las consecuencias de las enfermedades. La CIF se sustenta sobre un modelo biopsicosocial, brindando un lenguaje unificado y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados funcionales relacionados con la salud, incorporando y haciendo hincapie en los factores contextuales.

dentro de las primeras ubica las funciones de la conciencia, de la orientación, las intelectuales, psicosociales, del temperamento y la personalidad, del sueño y funciones relacionadas con la energía y los impulsos. Y dentro de las segundas incluye la función de la atención, memoria, lenguaje, funciones psicomotoras, emocionales, del pensamiento, de la percepción, cognitivas superiores (funciones ejecutivas), funciones relacionadas con el calculo, relacionadas con el encadenamiento de movimientos complejos y experiencias relacionadas con uno mismo y con el entorno.

Las FM dentro de dicha clasificación son incluidas en las denominadas Funciones Corporales.

La CIF comprende el funcionamiento de una persona como una interacción compleja entre la condición de salud y los factores contextuales.

Plantea que estos últimos representan el trasfondo total tanto de la vida de una persona como de su estilo de vida. Incluyen los factores ambientales y los personales. Constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas. También pueden ser tenidos en cuenta los hábitos, estilos de vida, educación, profesión, sexo, entre otros. Los factores mencionados podrán influir negativa o positivamente en el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad.

Las actividades habituales o rutinarias se realizan por medio de procedimientos preestablecidos, ocurriendo automáticamente con un nivel bajo de atención. En cambio, las situaciones nuevas necesitan habilidades de planificación y de resolución de problemas para lograr el objetivo deseado. Para dar respuestas adecuadas a estas nuevas situaciones se necesita de práctica para poder assimilarlas. Aquí

notamos como las demandas cognitivas difieren según nos enfoquemos en actividades habituales o actividades nuevas.

La cognición, como ya afirmamos, participa en la planificación de las acciones, por ello cualquier situación cotidiana que se presente que involucre el planeamiento de una meta futura, pondrá en juego la compleja interacción de múltiples componentes cognitivos.

Cualquier alteración en el sistema cognitivo, puede afectar los hábitos, rutinas y roles de una persona, impactando en su participación y desempeño ocupacional. Siempre teniendo presentes los factores contextuales, los cuales, como ya mencionamos pueden actuar como facilitadores o barreras para el desempeño.

Capítulo IV

Evaluación Neuropsicológica

La evaluación neuropsicológica se distingue por su marco de referencia conceptual, que toma la función cerebral como punto de partida.

Luego de la Segunda Guerra Mundial, la evaluación neuropsicológica había adquirido un rol exclusivamente diagnóstico. En la actualidad su objetivo esencial ha pasado a ser la caracterización de las fortalezas y debilidades en el desempeño cognitivo y la explicación de la conducta que presenta un paciente (Burin et al., 2007). Además de establecer un perfil del trastorno neuropsicológico, debe permitir predecir las consecuencias que este pueda tener en la vida diaria de la persona.

La evaluación neuropsicológica es una forma de examinar el cerebro, estudiando su producto comportamental. El objetivo de la misma no es la localización de la lesión sino el conocimiento de la conducta en el medio cotidiano o de la capacidad funcional (Leibovich de Figueroa & Schmidt, 2008).

Este tipo de evaluación permite poner en evidencia y registrar adecuadamente la alteración cognitiva. Puede ser utilizada en los diferentes aspectos clínicos de abordaje del paciente, por ello se distinguen dos grupos de pruebas o tests: *pruebas de cribado* y *pruebas de diagnóstico*.

Una prueba de cribado es una evaluación breve que permite obtener un panorama general del funcionamiento cognitivo del paciente, en un período corto de tiempo. Es un test de detección que identifica pacientes que pueden tener la enfermedad, aunque

ello no implique un diagnóstico. Son administrados en poblaciones de personas con riesgo de tener una patología. Lo ideal es que estos tests tengan alta sensibilidad, sean sencillos en su manejo, de corta duración, estandarizados y normatizados en el lugar donde se van a utilizar. Una buena evaluación de cribado debe lograr un equilibrio entre la brevedad de su aplicación y la sensibilidad frente al deterioro cognitivo.

La prueba seleccionada para esta investigación (ACE-R) pertenece a este grupo de tests de cribado.

Por su parte, un test de diagnóstico es utilizado para establecer o confirmar un diagnóstico y se aplica usualmente en sujetos en los que el test de cribado hayan presentado resultados por debajo de la media.

Evaluación clínica de funciones cognitivas

Addenbrooke's Cognitive Examination-Revisado (ACE-R)

Mathuranath et al. (2000) desarrollaron el Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE) como una alternativa a la implementación del Mini Mental State Examination (MMSE), ya que incluye todos sus ítems y lo amplía. Se presenta como una herramienta de cribado cognitivo para los primeros estadios de la demencia, que además de ser breve y de fácil aplicación, mostro ser sensible en la detección y diferenciación de las demencias más prevalentes.

Con el fin de mejorar la versión original en el año 2006 Mioshi, Dawson, Mitchell, Arnold, y Hodges desarrollaron el ACE-R. Se realizaron cambios en el diseño con la finalidad de que su aplicación fuera más fácil y el contenido ha sido modificado para facilitar su uso transcultural e incrementar su nivel de sensibilidad y especificidad. Los autores han señalado que cumple con los criterios estándar de un test de cribado válido para demencia y es sensible a la *disfunción cognitiva precoz*.

La versión en español fue validada en Argentina en 2010 (Torralva et al.) demostrando ser una herramienta breve y válida para la *detección temprana del déficit cognitivo asociado a demencia*, como así también de utilidad para la diferenciación entre Enfermedad de Alzheimer y Demencia Fronto Temporal.

Teniendo en cuenta el valor de 85/100 como punto de corte, el instrumento demuestra tener una sensibilidad del 97,5 % y una especificidad del 88, 5 % en la detección de demencia, suponiendo siempre un rendimiento premórbido normal.

En el presente trabajo dicho test será utilizado con el fin de explorar el estado actual de las funciones cognitivas en personas infectadas con VIH/SIDA que cumplan con los criterios de inclusión considerados para esta investigación, y no con el objetivo de establecer un diagnóstico clínico de demencia. Al momento de analizar los resultados se considera que los registrados por debajo del punto de corte (85 puntos) presentan un valor potencialmente más certero para la detección de fallas cognitivas. Sin embargo se tendrá en cuenta que este test fue validado en Argentina en una población con un nivel educativo promedio de 12 años.

El ACE-R evalúa seis dominios cognitivos: orientación, atención, memoria, fluencia verbal, lenguaje y viso-espacialidad.

Capítulo V
Quejas Mnésicas en la Vida Cotidiana

Olvidos cotidianos y quejas mnésicas

La memoria de hechos cotidianos se relaciona con la memoria o el recuerdo de los hechos que tienen lugar en el medio diario del sujeto (Montejo Carrasco & Montenegro Peña, 2006). Por ejemplo, recordar los nombres de las personas, dónde se ponen las cosas, el recordar dejar un mensaje, recuerdo de las caras de las personas, recordar lo que hemos hecho últimamente, etc.

Si bien con frecuencia se tiende a estudiar la memoria como un sistema exclusivamente retrospectivo, consideramos pertinente incluir en este capítulo la *memoria prospectiva*⁸, que puede ser comprendida como un punto de unión entre memoria y funciones ejecutivas. Ésta tiene la capacidad de realizar intenciones en el futuro, constituyendo una característica importante en el desempeño de las actividades. Este sistema contempla la memoria para las actividades de todos los días, dando lugar a un enfoque más funcional que permite establecer predicciones adecuadas acerca del impacto de la dificultad, lo que a su vez favorece la implementación de estrategias de compensación.

⁸ Taussik, I., (2006). "Memoria Prospectiva". Ed. Vanotti, S. & Sevilla.

En algunas ocasiones, cuando se realizan evaluaciones clínicas, queda manifiesto que hay un bajo rendimiento en ciertos tipos de memoria. Estos resultados nos llevarían a deducir que estos déficits deberían hallarse en la vida cotidiana. Sin embargo con frecuencia no es así, pues en la vida real intervienen aspectos múltiples que en el laboratorio están a menudo eliminados.

Algunos de los olvidos de la vida cotidiana están influenciados por estados de ánimo y afectivos, motivaciones, factores físicos y sociales específicos del ambiente que hacen que el rendimiento varíe de forma positiva o negativa. Es por esta razón que consideramos relevante destacar los aportes que puede realizar la T.O. en el abordaje de personas con alteraciones cognitivas. Estos se relacionan con el conocimiento de las ocupaciones, su implementación terapéutica, la adaptación de éstas al potencial y a la disfunción de las personas, el trabajo desde la cotidianeidad, y la intervención en los factores contextuales (ambientales y personales). A través de estas herramientas, específicas de nuestra profesión, se facilita un proceso de autonomía y participación social con el fin de promover una mejor calidad de vida. Es por esto que nos parece importante enfatizar que la T.O. debe integrar los equipos interdisciplinarios que aborden este tipo de temática.

Retomando el concepto de olvidos cotidianos, mencionaremos a Risiga (2002) quien entiende a las quejas mnésicas como aquellas situaciones de olvidos que se producen con poca, alguna o mucha frecuencia, que generalmente ocasionan sensaciones de desagrado o inseguridad, obstaculizando la resolución de actividades cotidianas. Las quejas se refieren a acontecimientos cotidianos, y están cargadas de factores emocionales.

Siguiendo a Ocantos & Zambón (2005), en su tesis de grado definen las quejas mnésicas como “expresión de disconformidad o disgusto respecto del desempeño mnésico en la vida cotidiana que refleja percepciones pasadas del funcionamiento de la memoria. Dichas quejas pueden ser o no realistas, dependiendo del grado de ajuste entre las expectativas del sujeto, y el funcionamiento real”⁹. Para estas autoras, el acto de recordar tiene lugar en el contexto de la vida de la persona y está estrechamente relacionado con sus conocimientos previos, sus metas futuras y significados personales.

Domínguez Orozco (2012) concluye que son la expresión de la percepción y vivencia subjetiva de los olvidos cotidianos.

Por su parte, Benedet, hace referencia a los siguientes temas para hablar de olvidos cotidianos: 1) olvidos referentes a las conversaciones. 2) Olvidos referentes a las películas y a los libros. 3) Distracciones comunes en la vida cotidiana, dificultad para cambiar rutinas y dificultad para mantener rutinas. 4) Olvidos referentes a caras, nombres y detalles de la vida de las personas conocidas. 5) Dificultad para aprender o para recordar el manejo de objetos nuevos. 6) Olvidos relacionados con el fondo general de conocimientos socio-históricos tanto recientes como viejos. 7) Olvido de lugares, trayectos y ubicación de objetos. 8) Memoria prospectiva. 9) Memoria autobiográfica. 10) Factores que interfieren con el recuerdo: cansancio, estrés, emoción, estado físico (dolor de cabeza), ruido, momento del día (mañana, tarde,

⁹ Ocantos, J. & Zambon, M.A. (2005) *Quejas mnésicas en la vida cotidiana. Un enfoque desde Terapia Ocupacional*. Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Mar del Plata. p 94.

noche) o información susceptible de interferir con la información a aprender o a recuperar.

Evaluación de quejas mnésicas

Cuestionario de quejas mnésicas de Marja Vink

Nos propusimos utilizar este cuestionario, puesto que además de proporcionarnos información subjetiva acerca del funcionamiento mnésico de una persona, nos brinda herramientas que una evaluación clínica aislada podría eludir, permitiéndonos entender en que aspectos de la vida cotidiana se evidencian los olvidos y como afectan particularmente a cada persona dentro de su entorno. Es decir, que nos facilita leer e interpretar las funciones cognitivas en la cotidianeidad.

Este instrumento permite evaluar la percepción y el impacto que tienen en la vida cotidiana las quejas mnésicas, relevando la presencia de las mismas en cuanto a la *frecuencia de aparición* y el *grado de molestia* que ocasionan.

Puede realizarse de forma auto-administrada o por interrogatorio al paciente, respetando la preferencia de cada uno.

Este cuestionario es utilizado en Holanda, en cursos sobre memoria para adultos mayores. Su autora es Marja Vink, psicóloga experimental de la Universidad estatal de Utrech. En Argentina fue utilizado en el CEPAD (Centro Psicogeriátrico Asistencial y Docente), quienes llevaron a cabo la traducción al español.

Si bien dicho cuestionario es denominado de quejas mnésicas, entendemos que no solo se limita a indagar acerca de la memoria sino que también están incluidas otras funciones cognitivas tales como orientación témporo espacial, fluencia verbal y planificación. El valor de su implementación reside en la posibilidad de recabar información sobre la forma en que las quejas cognitivas pueden afectar la vida cotidiana.

Capítulo VI

Sistema Público de Salud

El sistema de salud en nuestro país es mixto, ya que está conformado por 3 subsistemas: *público*, *seguridad social* (obras sociales) y *privado*. Difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan.

La falta de integración entre los subsectores en los que se encuentran agrupadas las instituciones es una de las particularidades de este sistema. En consecuencia, se caracteriza por ser muy segmentado, heterogéneo y poco equitativo tanto en relación con la organización y financiamiento como con el acceso a los servicios. (Cetrángolo et al., 2011)

Además de la falta de integración entre los distintos subsistemas, se observa que dentro de cada uno de ellos también existen serios niveles de fragmentación. En el subsector público, tradicionalmente se ha observado la existencia de una falta de articulación entre las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial, municipal). Y, en el caso de los subsectores de la seguridad social (Obras Sociales) y privado, están compuestos por un gran número de organizaciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y modalidad de operación. (Acuña y Chudnovsky, 2002)

Describiremos brevemente los subsectores de seguridad social y privado para luego dedicarnos al sector público de salud que es el que nos compete en esta investigación.

El subsector de *seguridad social* está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de Obras Sociales sindicales) y a los jubilados a través del programa Por una Argentina con Mayores Integrados (PAMI). Este subsector se constituye como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado. Pese a la existencia de un gran número de instituciones, los beneficiarios y recursos se concentran en un número relativamente reducido, influyendo así en la inviabilidad financiera de muchas de ellas.

El subsector *privado* está formado por una amplia gama de empresas de medicina prepaga, muy diversas en cuanto a prestación de servicios y valores.

Es financiado a partir del aporte voluntario que realizan sus usuarios, que es una población constituida por personas de medianos a altos ingresos económicos, y que habitualmente cuentan también con cobertura de seguro social, es decir, gozan de doble cobertura.

A partir de los años 70, el subsector privado ha evidenciado un rápido crecimiento, consolidándose como prestador del sistema de las Obras Sociales. Entre 1969 y 1995, la participación de este subsector privado en el total de establecimientos asistenciales del país prácticamente se cuadruplicó (Acuña y Chudnovsky, 2002).

Subsistema público de salud

Está compuesto por 1271 hospitales y 6456 centros de salud sin internación.

Ofrece servicio gratuito a todos los habitantes del país, con independencia de que tengan otro tipo de cobertura proveniente de algún tipo de seguro social o privado.

La distribución geográfica de sus servicios es muy amplia y tiene presencia en las zonas consideradas no rentables por el sector privado. (Acuña y Chudnovsky, 2002)

La mayoría de las personas que recurren a los servicios que presta este subsector (38 % de la población), no se encuentran cubiertas por los servicios que brindan el sistema de seguridad social ni el prepago (Abuelafia et al, 2002).

Opera a través de los Ministerios de Salud en sus tres niveles: nacional, provincial y municipal. El Ministerio de Salud Nacional es el organismo encargado de la regulación de la totalidad del sistema de servicios de atención médica. Tiene formalmente a su cargo la normatización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional comprendiendo la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación.

No obstante, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud, por lo cual la mayor parte de las responsabilidades en la provisión de servicios se encuentra a cargo de dichos gobiernos, por medio de sus Ministerios. Así se observa que las funciones antes mencionadas correspondientes al Ministerio de Salud Nacional, en la realidad, se ven bastante acotadas.

Este subsector se financia mediante impuestos (o recursos del Tesoro Nacional) recaudados a nivel nacional, provincial y/o municipal.

A diferencia de lo que sucede en los demás países de la región, el Estado nacional tiene una participación minoritaria (aproximadamente un 5 % del gasto total en salud del país y un 20 % del gasto gubernamental), que se concentra en programas. Mientras que la atención médica en servicios de salud pública es financiada predominantemente con recursos provinciales (66 % del gasto gubernamental) y, en menor medida, con recursos municipales (14 % del gasto gubernamental) (Tobar, F. et al, 2012).

No todo el gasto público en salud es asistencial ya que una parte se destina a programas de promoción y acciones de regulación e investigación, que pueden ser considerados como bienes públicos o bienes sociales.

Con respecto a las relaciones entre nación y provincias, estas se establecen a través del Consejo Federal de Salud (COFESA), que es un organismo interjurisdiccional integrado por la autoridad de salud pública de más alto nivel en el orden nacional, de cada provincia y de la ciudad de Buenos Aires. La creación de este consejo en el año 1981 se enmarca en el proceso de transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las jurisdicciones provinciales, que tuvo lugar en 1978.

Entre sus funciones se encuentran las de analizar los problemas de salud presentes en todo el país y en cada una de las provincias, la identificación de sus causas, la recomendación de cursos de acción orientados a lograr una política sectorial estable y contribuir al desarrollo de un sistema federal de salud. Sin embargo, como se dijo anteriormente, no existe una adecuada articulación coordinada entre las jurisdicciones. Según diferentes autores (Repetto, 2001; Acuña & Chudnovsky, 2002) el COFESA está desaprovechado y quedó limitado en los hechos a un ámbito de

exposición de las intenciones de los funcionarios de Salud nacionales ante los provinciales, con escasa incidencia en las decisiones.

En cuanto a la provincia de Buenos Aires, compuesta por 134 Municipios, el sistema estatal de salud está dividido en 12 Regiones Sanitarias. A través de estas, el Ministerio de Salud provincial se articula con las Secretarías de Salud de los Municipios, constituyéndose en el espacio de decisión político-técnica orientado a planificar y resolver la problemática sanitaria desde la perspectiva local. Cada Región cuenta con un Consejo Regional de Salud integrado por el Director de la Región Sanitaria, los Intendentes de los municipios y los Directores de los hospitales. Mar del Plata forma parte de la región sanitaria VIII, de la cual es sede.

Políticas públicas y VIH/SIDA

La Dirección de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) define y coordina las políticas de prevención y atención del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en el ámbito nacional. Teóricamente coordina y articula sus acciones con los Programas Provinciales, actores de la sociedad civil y organismos internacionales nucleados en ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA).

Las líneas estratégicas se basan en brindar atención integral a las personas con VIH/SIDA; promover el uso del preservativo y el test con asesoramiento; y reducir la discriminación en el sistema de salud y en la sociedad en su conjunto.

El Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires cuenta con el Programa Provincial de Prevención de VIH/SIDA y ETS. Se ocupa de reducir la incidencia del VIH/SIDA y ETS y mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con estas enfermedades en el territorio bonaerense.

La cobertura que brinda es la siguiente: control de la distribución de medicamentos antirretrovirales (a cargo del Estado Nacional), distribución de drogas para el tratamiento de infecciones oportunistas y otras ETS, cobertura del diagnóstico de la infección por el VIH y ETS, distribución del Programa de Asistencia Alimentaria para pacientes Inmunodeprimidos, acciones de promoción y prevención, distribución de insumos preservativos y gel lubricante para la adopción de prácticas sexuales más seguras, reducción de la discriminación relacionada al VIH/SIDA, fortalecimiento de asociaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en la problemática.

Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA)

El CEMA fue inaugurado en el año 2012 con el objetivo de ser una herramienta de fortalecimiento para los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón y para el mejoramiento de la referencia y contrarreferencia con los hospitales regionales. Depende de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón.

Permite, a través del aporte de recursos diagnósticos y humanos especializados, una apropiada articulación de la atención sanitaria entre el primer y el tercer nivel. De

esta manera la finalidad es optimizar el circuito de atención de los pacientes en el Sector Público, y descomprimir la atención en el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) y el Materno Infantil de la ciudad.

A diferencia de las prestaciones que brinda un hospital, este centro no cuenta con el sector de internación pero asiste las derivaciones de mediana complejidad provenientes de los Centros de Atención Primaria a la Salud (CAPS) y articula con los hospitales para descongestionar demandas y mejorar los recursos.

Este centro se dedica a la resolución de problemáticas que revisten cierto grado de especialización y tecnología, que pueden satisfacerse sin recurrir a la internación. Los pacientes pueden ser derivados desde los diferentes centros de salud del partido de General Pueyrredón y los hospitales de la región.

En este centro se nuclea la población de personas con VIH/SIDA que reciben atención dentro del sistema público y por este motivo es el lugar donde se llevará a cabo la recolección de los datos a trabajar.

Capítulo VII

VIH/SIDA en el Contexto Social

A continuación desarrollaremos brevemente los puntos más importantes de los Modelos de Discapacidad y el concepto de empoderamiento, los cuales, sumados a las concepciones teóricas de la CIF anteriormente descritas, nos posibilitan posicionarnos ideológicamente como agentes socio sanitarios para llevar a cabo la presente investigación con personas infectadas por VIH/SIDA.

Existen tres Modelos que abordan el tema de la discapacidad¹⁰ y que frecuentemente coexisten en diferentes ámbitos. Describiremos someramente cada uno y a la vez lo relacionaremos con la temática del VIH/SIDA.

Un primer Modelo, el de *Prescindencia*, supone que las causas que dan origen a la discapacidad tienen motivos religiosos y que las personas con discapacidad se consideran innecesarias para la sociedad. Así la sociedad decide prescindir de las personas con discapacidad a través de la aplicación de políticas eugenésicas o situándolas en espacios destinados para los anormales y las clases pobres, quedando relegadas como objetos de caridad, asistencia y dependencia. Este Modelo considera por lo tanto, que la presencia de la infección por VIH tiene que ver con consecuencias de acciones pasadas *moralmente reprobables* de las personas.

¹⁰ Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. CERMI, Madrid.

Así, se pretendió afrontar la situación mediante un fuerte control social de las costumbres, se identificaron grupos de riesgo (en la actualidad, conductas de riesgo) y, en ocasiones, se criminalizaron los comportamientos que se asocian a estos grupos. En definitiva, la lucha contra la enfermedad se convirtió en lucha contra la persona enferma, y como consecuencia de esta perspectiva, las personas con VIH/SIDA sufrieron graves vulneraciones de sus derechos.

El segundo Modelo llamado *Rehabilitador* considera que las causas de la discapacidad son científicas, derivadas en limitaciones individuales.

El surgimiento de este Modelo supone la adquisición de protagonismo por parte del poder público, tanto en la definición como en la implementación de las políticas. Se basan en argumentos utilitaristas, de forma que la intervención se orienta a recuperar a las personas para la sociedad. El objetivo principal de las políticas no es la protección de los derechos de las personas a las que se dirigen, sino mejorar el bienestar global de la sociedad sobre la que se interviene. Con la aparición de los nuevos tratamientos, el VIH/SIDA comenzó a asumir características de cronicidad y la infección en sí deja de ser un obstáculo para la plena participación de las personas, pero esto pone de manifiesto que el rechazo social sigue actuado como barrera que impide la efectividad de sus derechos.

Un tercero, denominado Modelo *Social*¹¹ implica un marco conceptual que “se presenta en la actualidad como una aspiración, un ideal a alcanzar y un reclamo ante los dos anteriores. Por ende, ciertos presupuestos que han sido plasmados en el ámbito del Derecho, como fue en la Convención Internacional sobre los Derechos de

¹¹ El surgimiento de este Modelo se puede situar en la década del 60 del siglo XX, en Estados Unidos e Inglaterra principalmente.

las Personas con Discapacidad en 2006, aún no podría llegar a afirmarse que rijan en el ámbito de la dimensión social”¹²

No intenta negar u ocultar el problema de la discapacidad sino que, por el contrario, pretende situarlo dentro de la sociedad.

La distinción entre los conceptos de deficiencia y discapacidad ha sido fundamental para la construcción de dicho modelo. La deficiencia, o diversidad funcional, es entendida como una característica de la persona que consiste en un órgano, una función o un mecanismo del cuerpo o de la mente que no funciona, o que funciona de diferente manera que en la mayoría de las personas. En contraste, la discapacidad estaría compuesta por factores contextuales (ya mencionados en la página 41) que restringen, limitan o impiden a las personas con diversidad funcional, vivir una vida en sociedad.

Esta distinción tiene suma importancia, ya que al tomar conocimiento de los factores sociales que integran el fenómeno de la discapacidad, las soluciones no se apuntan individualmente a la persona afectada, sino más bien se encuentran dirigidas hacia la sociedad, o teniendo muy presente el entorno social en el cual la persona desarrolla su vida.

Este modelo destaca las barreras económicas, medioambientales y culturales que afrontan las personas con discapacidad, que incluyen inaccesibilidad en la educación, en los sistemas de comunicación e información, en los entornos de trabajo, servicios de apoyo social y sanitarios discriminatorios, transporte, viviendas y edificios públicos y de entretenimiento inaccesibles y la devaluación de las personas

¹² Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. CERMI, Madrid. p105.

etiquetadas como discapacitadas por la imagen y su representación negativa en los medios de comunicación.

Es en el contexto de este último modelo, en que la discriminación sufrida tanto por las personas con discapacidad como por las personas que viven con VIH se considera una cuestión de derechos humanos. Y es también a partir de este modelo que se pone de manifiesto que la "normalidad" es una cuestión de poder y que en buena medida, el modo en el que una característica individual influye en la capacidad de funcionar de las personas, tiene que ver con el entorno.

Por otra parte, se resalta la importancia de que el fenómeno de la discapacidad sea abordado desde un enfoque holístico, no solo promoviendo las posibilidades de empleo, educación y salud, sino también el ocio, la cultura, los deportes, entre otras, que son actividades que permiten que las personas podamos participar en la vida social, a la vez que desarrollar sus expectativas.

Desde este posicionamiento el énfasis está puesto en la toma de control de los sujetos sobre sus decisiones, y aquí es donde se define el concepto de *empoderamiento*. Dicho concepto se utilizó inicialmente para describir el proceso de toma de decisiones por el que atraviesan los seres humanos, en un contexto netamente político, según refiere Iturralde, (2005) es el proceso de construirse como sujeto individual y/o colectivo, con el propósito de conducir a la sociedad, en función de sus propios intereses.

Con el correr del tiempo este concepto fue siendo utilizado para referir un modo de posicionarse frente a diversas situaciones que demanden una toma de decisiones ya no sólo de índole política, sino también en cuestiones vinculadas al contexto social, o al campo de la salud.

Según lo define la OMS (1998) el empoderamiento para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud, puede ser un proceso mediante el cual los individuos y/o grupos son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones para hacer frente a sus necesidades.

El objetivo del presente modelo, entendiendo a la salud como un derecho al que todos debemos acceder, es asegurar que las personas con discapacidad puedan ejercer tanto sus derechos humanos y civiles del mismo modo que cualquier otra persona, siendo cada uno protagonista en sus decisiones y tomando el control respecto de sus propias vidas, y no por el contrario tratar de “hacerles bien” decidiendo por ellos o proporcionándoles simple asistencialismo.

Este tipo de enfoque se ve reflejado puntualmente en la población con VIH/SIDA, en situaciones tales como la decisión de llevar a cabo el tratamiento correspondiente y de qué modo hacerlo, o la decisión de informar a su entorno familiar y/o laboral respecto de su condición.

Desde la definición del Derecho internacional, la discapacidad surge como consecuencia de la interacción de un condicionante personal con barreras sociales. A partir de esto podemos considerar a las personas con VIH/SIDA personas con discapacidad, ya que como consecuencia de la infección surgen diversos obstáculos, los cuales impiden su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás.

Incluso cuando dichas personas permanecen asintomáticas, el estigma asociado a ellas actúa como una barrera que dificulta o impide el igual ejercicio de sus derechos y el acceso a bienes y servicios. Por tanto, mientras la problemática del VIH/SIDA mantenga su carácter estigmatizante, es posible afirmar que, son personas con discapacidad a los efectos de la Convención y el Modelo Social.

Independientemente de que la dimensión médica afecte o no la funcionalidad de las personas infectadas por VIH, mientras las representaciones sociales ligadas al estigma no cambien, seguiremos considerándola como una infección discapacitante, ya que enfrentarán la dificultad para lograr una participación en una sociedad que no está preparada o educada para entender y/o aceptar las particularidades de esta enfermedad.

Consideramos importante incluir un capítulo con los conceptos aquí desarrollados ya que, si bien el enfoque desde la NPSC aporta una base científica sólida para el abordaje de diversas poblaciones con alteraciones cognitivas, particularmente en el grupo poblacional aquí estudiado, tener en cuenta los aspectos contextuales y sociales al momento de la intervención tiene gran relevancia debido al impacto de los mismos en estas personas.

Aspectos Metodológicos

Aspectos Metodológicos

VARIABLES PRINCIPALES DE ESTUDIO

- Funciones cognitivas
- Percepción de quejas mnésicas en el desempeño cotidiano.
- Impacto de quejas mnésicas en el desempeño cotidiano.

VARIABLES INTERVINIENTES:

- *Edad:* tiempo desde el nacimiento hasta la fecha del estudio, medido en años de cada una de las unidades de análisis.
- *Sexo:* diferencia de género. Femenino, masculino o trans.
- *Años de escolaridad:* años de educación formal alcanzados por cada unidad de análisis.
- *Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la infección/enfermedad:* tiempo medido en meses desde la detección por pruebas de laboratorio y diagnóstico de infección por VIH/SIDA.
- *Fase clínica:* evolución de la infección/enfermedad según la fase clínica en la que se encuentre al momento de la evaluación (Asintomática; Sintomática; SIDA).
- *Tiempo desde el inicio del tratamiento antirretroviral:* tiempo medido en meses desde el inicio del tratamiento farmacológico (TARGA).
- *Adherencia al tratamiento antirretroviral:* Al momento de calificar la adherencia al tratamiento farmacológico se tiene en cuenta el recuento de linfocitos CD4 del último análisis de laboratorio. Se registra si hay adherencia (ok), no

adherencia (mala) o adherencia dudosa al tratamiento antirretroviral al momento de la evaluación.

Definición y Dimensionamiento de las variables

Variable: Funciones cognitivas

Definición científica: Actividades de procesamiento de la información, que según la CIF se encuentran dentro de las Funciones Mentales (FM), las cuales incluyen a las FM globales y las FM específicas. En este trabajo particularmente dentro de las FM globales se indaga la orientación y dentro de las FM específicas se abordan la atención, la memoria, las funciones cognitivas superiores y el lenguaje.

Definición operacional: Las funciones cognitivas abarcan las siguientes dimensiones: orientación temporal, orientación espacial, atención y concentración, memoria (memoria anterograda y memoria retrógrada), fluencia verbal, lenguaje, en las habilidades visuo espaciales, delayed de memoria o reconocimiento.

<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Puntaje</i>
Orientación temporal	- recordar año, estación, mes, fecha, día.	0 a 5
Orientación espacial	- recordar país, ciudad, barrio, lugar, piso.	0 a 5

Atención y concentración	- recordar 3 palabras y repetirlas.	0 a 3
	- realizar una resta. - deletrear una palabra al revés. (se tiene en cuenta el mayor puntaje obtenido entre estos 2 items)	0 a 5
Memoria	-recordar las 3 palabras anteriormente repetidas.	0 a 3
Memoria anterograda	-repetir el nombre y dirección de una persona recientemente mencionadas.	0 a 7
Memoria retrograda	-recordar nombres de personalidades socialmente conocidas (presidente actual, mujer que fue presidenta de Argentina, papa, presidente estadounidense asesinado en los años 60)	0 a 4
Fluencia verbal	-palabras que comiencen con la misma letra dentro de un tiempo pautado -nombrar animales que comiencen con cualquier letra dentro de un tiempo pautado	0 a 7 0 a 7
Lenguaje	-comprender una orden escrita y realizarla. -comprender 3 órdenes orales y realizarlas. -pensar una oración y escribirla. -repetir palabras. -repetir frases. -denominar figuras. -relacionar las figuras con información. -leer palabras.	0 a 1 0 a 3 0 a 1 0 a 2 0 a 2 0 a 12 0 a 4 0 a 1

habilidades espaciales	visuo	-copiar un diagrama de dos pentágonos.	0 a 1
		- copiar un diagrama de un cubo.	
		-dibujar un reloj indicando la hora solicitada.	0 a 2
		-contar puntos dentro de una figura sin señalarlos.	0 a 5
		-observar e identificar letras poco definidas.	0 a 4
delayed de memoria			0 a 4
	-recordar nombre y direcciones que fueron repetidas anteriormente.	0 a 7	
Reconocimiento		-Si en el ítem anterior pudo recordar todos los datos se otorga el máximo puntaje. En caso contrario se leen opciones para que pueda recordar.	0 a 5

Variable: percepción de quejas mnésicas

Definición científica:

Es la expresión negativa o que manifiesta disconformidad en las personas respecto del conocimiento, idea o vivencia subjetiva de los olvidos que se reflejan en hechos cotidianos.

Definición operacional:

La percepción de quejas mnésicas incluye la frecuencia con la que se presentan olvidos relacionados con: números, memoria semántica, orientación temporal, fluidez verbal, recuerdo de nombres, reconocimiento, orientación espacial, rutinas, objetos, procedimientos, palabras, lectura y planificación.

<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Niveles de medición</i>
Percepción de olvidos relacionados con números	-Frecuencia con que se le dificulta memorizar un nuevo número telefónico -Frecuencia con que se le dificulta recordar un número telefónico -Frecuencia con que olvida un número telefónico buscado antes de discarlo	-Nunca -Pocas veces -A veces -A menudo
Percepción de olvidos relacionados con la memoria semántica	-Frecuencia con que se le dificulta recordar fechas y nombres de lugares ya aprendidos	-Nunca -Pocas veces -A veces -A menudo
Percepción de olvidos relacionados con la orientación temporal	-Frecuencia con que presenta dificultad para recordar la fecha (día, mes, año) -Frecuencia con que presenta dificultad para recordar el día de la semana	-Nunca -Pocas veces -A veces -A menudo
Percepción de olvidos relacionados con la fluidez verbal	-Frecuencia con que se le dificulta recordar la palabra que necesita	-Nunca -Pocas veces -A veces -A menudo
Percepción de olvidos relacionados al recuerdo de nombres	-Frecuencia con que se le dificulta recordar un nombre recientemente aprendido -Frecuencia con que se le dificulta recordar el nombre de una persona conocida -Frecuencia con que se le dificulta retener el nombre de alguien que acaban de presentarle	-Nunca -Pocas veces -A veces -A menudo
Percepción de olvidos relacionados con el reconocimiento	-Frecuencia con que presenta dificultad para reconocer a una persona recientemente presentada -Frecuencia con que presenta dificultad reconocer a una persona ya conocida	-Nunca -Pocas veces -A veces -A menudo

<p>Percepción de olvidos relacionados con la orientación espacial</p>	<p>-Frecuencia con que presenta dificultad para concretar el camino hacia un lugar bien conocido -Frecuencia con que en un lugar conocido -Frecuencia con que se pierde en un lugar desconocido</p>	<p>-Nunca -Pocas veces -A veces -A menudo</p>
<p>Percepción de olvidos en relación a las rutinas</p>	<p>-Frecuencia con que debe verificar reiteradamente acciones cotidianas -Frecuencia con que olvida actos rutinarios (tomar medicación, hacer compras, etc)</p>	<p>-Nunca -Pocas veces -A veces -A menudo</p>
<p>Percepción de olvidos en relación a objetos</p>	<p>-Frecuencia con que los pierde -Frecuencia con que olvida donde dejó objetos utilizados recientemente -Frecuencia con que presenta dificultad para encontrar objetos en lugares fijos</p>	<p>-Nunca -Pocas veces -A veces -A menudo</p>
<p>Percepción de olvidos relacionados a procedimientos</p>	<p>-Frecuencia con que presenta dificultad para realizar determinadas acciones que antes dominaba</p>	<p>-Nunca -Pocas veces -A veces -A menudo</p>
<p>Percepción de olvidos relacionados con las palabras</p>	<p>-Frecuencia con que presenta dificultad para recordar una conversación reciente -Frecuencia con que olvida lo que se ha dicho recién -Frecuencia con que reitera preguntas o palabras -Frecuencia con que olvida conversaciones mantenidas en días previos</p>	<p>-Nunca -Pocas veces -A veces -A menudo</p>
<p>Percepción de olvidos relacionados</p>	<p>-Frecuencia con que olvida una lectura reciente</p>	<p>-Nunca -Pocas veces</p>

con la lectura	-Frecuencia con que olvida una lectura luego de unos días	-A veces -A menudo
Percepción de olvidos relacionados con la planificación	-Frecuencia con que olvida un compromiso contraído -Frecuencia con que presenta dificultad recordar lo que quería hacer cuando estaba en camino -Frecuencia con que presenta dificultad en querer hacer algo pero olvida qué.	-Nunca -Pocas veces -A veces -A menudo

Variable: impacto de quejas mnésicas en el desempeño cotidiano

Definición científica

Sensación de malestar que aparece en las personas ante la percepción de quejas mnésicas durante las actividades cotidianas y que implica una interferencia en el desempeño de las mismas.

Definición operacional

El impacto de las quejas mnésicas en el desempeño cotidiano se refiere al grado de molestia provocado por olvidos relacionados con: números, memoria semántica, orientación temporal, fluidez verbal, recuerdo de nombres, reconocimiento, orientación espacial, rutinas, objetos, procedimientos, palabras, lectura y planificación.

<i>Dimensiones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Niveles de medición</i>
Impacto de olvidos relacionados con números	-Molestia ante la dificultad de memorizar un nuevo número telefónico	-Nada
	-Molestia ante la dificultad para recordar un número telefónico	-Algo
	-Molestia ante el olvido de un número telefónico buscado antes de discarlo	-Mucho
Impacto de olvidos relacionados con la memoria semántica	-Molestia ante la dificultad para recordar fechas y nombres de lugares ya aprendidos	-Nada
		-Algo
		-Mucho
Impacto de olvidos relacionados con la orientación temporal	-Molestia ante la dificultad para recordar la fecha (día, mes, año),	-Nada
	molestia ante la dificultad para recordar el día de la semana	-Algo
		-Mucho
Impacto de olvidos relacionados con la fluidez verbal	-Molestia ante la dificultad para recordar la palabra que necesita	-Nada
		-Algo
		-Mucho
Impacto de olvidos relacionados con el recuerdo de nombres	-Molestia ante la dificultad para recordar un nombre recientemente aprendido	-Nada
	-Molestia ante la dificultad para recordar el nombre de una persona conocida	-Algo
	-Molestia ante la dificultad para retener el nombre de alguien que acaban de presentarle	-Mucho
Impacto de olvidos relacionados con el reconocimiento	-Molestia ante la dificultad para reconocer a una persona recientemente presentada	-Nada
		-Algo
		-Mucho
Impacto de olvidos relacionados con la orientación espacial	-Molestia ante la dificultad para reconocer a una persona ya conocida	-Nada
		-Algo
		-Mucho
	-Molestia ante la dificultad para concretar el	

Impacto de olvidos relacionados con rutinas	camino hacia un lugar bien conocido -Molestia al perderse en un lugar conocido -Molestia al perderse en un lugar desconocido.	-Nada -Algo -Mucho
Impacto de olvidos relacionados con objetos	-Molestia al tener que verificar reiteradamente acciones cotidianas -Molestia al olvidar actos rutinarios (tomar medicación, hacer compras, etc.) -Molestia ante la pérdida de objetos	-Nada -Algo -Mucho
Impacto de olvidos relacionados con procedimientos	-Molestia al olvidar donde dejó objetos utilizados recientemente -Molestia ante la dificultad para encontrar objetos en lugares fijos	-Nada -Algo -Mucho
Impacto de olvidos relacionados con palabras	-Molestia al olvidar acciones que dominaba bien -Molestia ante la dificultad de recordar una conversación reciente	-Nada -Algo -Mucho
Impacto de olvidos relacionados con lectura	-Molestia al olvidar lo que se ha dicho recién -Molestia por tener que reiterar preguntas o palabras -Molestia ante olvidar conversaciones mantenidas en días previos	-Nada -Algo -Mucho
Impacto de olvidos relacionados con planificación	-Molestia al olvidar lectura reciente -Molestia al olvidar lectura luego de unos días -Molestia ante el olvido de un compromiso contraído	-Nada -Algo -Mucho

	-Molestia al olvidar lo que quería hacer cuando estaba en camino -Molestia al recordar que quería hacer algo pero olvida que.	-Nada -Algo -Mucho
--	--	--------------------------

Diseño Metodológico

Enfoque: Cuantitativo

Tipo de estudio

Exploratorio-Descriptivo: Los estudios exploratorios tienen por objeto esencial familiarizarnos con un tema desconocido, novedoso o escasamente estudiado (Ander-Egg, E, 1994). Son el punto de partida para descripciones y futuras investigaciones de mayor profundidad.

En nuestro trabajo tomamos la problemática del VIH/SIDA ya que ha sido poco estudiada desde la Terapia Ocupacional y no hemos registrado investigaciones con esta población sobre fallas cognitivas y quejas mnésicas en la ciudad de Mar del Plata, ni a nivel nacional. Este estudio pretendió explorar y describir dicha temática con el fin de sentar bases para futuras investigaciones al respecto.

Diseño

Es *no experimental* porque no hubo manipulación deliberada de las variables ni se construyó ninguna situación, sino que observaremos situaciones ya existentes. En nuestro estudio los sujetos ya pertenecían a un grupo en particular, personas infectadas por VIH/SIDA.

De *corte transversal*, la recolección de datos se llevó a cabo en un solo momento, en un tiempo único. El propósito de este diseño fue describir variables y establecer posibles relaciones en un determinado momento.

Población

Personas con VIH/SIDA de 20 a 55 años, que se atienden en el CEMA perteneciente al sistema público de salud de la ciudad de Mar del Plata.

Muestra

70 (setenta) personas con infección por VIH/SIDA de 20 a 55 años que se atiendan en el CEMA, perteneciente al sistema de salud público de la ciudad de Mar del Plata en el año 2013, seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Método de Selección de la muestra: No probabilística, intencional.

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

- Personas infectadas con VIH/SIDA
- Personas que tengan entre 20 y 55 años de edad.
- Personas que se atiendan en el CEMA perteneciente al sistema público de salud en la ciudad de Mar del Plata.

Criterios de exclusión:

- Personas que hayan adquirido el VIH por transmisión vertical (durante el parto, o por lactancia materna), debido a que el tiempo de evolución de la

enfermedad será más extenso que en quienes lo hayan adquirido por otras vías.

- Personas que presenten alteraciones psiquiátricas.
- Personas que presenten alteraciones neurológicas.
- Personas analfabetas.
- Personas que se nieguen a participar de la investigación.

Nos parece pertinente aclarar que no se tendrán en cuenta los años transcurridos desde la detección de la infección/enfermedad al momento de incluir a las personas en la muestra, pero sí se recabara esta información de la historia clínica, ya que nos interesa poder analizarla y registrar si existen diferencias según la cantidad de tiempo acontecido desde el diagnóstico.

Procedimiento

En primer lugar se presentó una carta formal desde la Comisión de Tesis de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, en donde se realizaba un pedido de acceso a la población que se atiende en el CEMA. Esta carta junto con un ejemplar del Plan de Tesis (una vez que fue aprobado) se entregó en la Secretaría de Salud del Municipio de Gral. Pueyrredón. El permiso fue autorizado por el Dr. Alejandro Cristaldi, director del CEMA y la Dra. Ma. Teresa Martínez, Coordinadora del Comité de Investigación y Docencia de la Secretaría de Salud.

Al momento de comenzar con el trabajo de campo quienes nos facilitaron el contacto con la población fueron los médicos infectólogos Ana Alvo y Alexis Manzo, quienes dentro de la consulta con el paciente los ponían al tanto del trabajo que estábamos

realizando y los invitaban a participar. Los pacientes que aceptaban eran acompañados al espacio que nos fue asignado para llevar a cabo el trabajo. Una vez allí comenzaba nuestro contacto con el sujeto, presentándonos y explicándoles con mayor detalle los objetivos de la investigación. Al mismo tiempo se les entregaba un consentimiento informado en el cual se detallaba por escrito toda la información necesaria para que la persona pueda manifestar su voluntad de participación. Este consentimiento fue redactado conforme con la Ley Nacional 25.326 de protección de datos personales y de acuerdo con los “Lineamientos para el comportamiento ético en las ciencias sociales y humanidades” elaborado por el Comité de Ética-Conicet (2857/06) siguiendo la Ley de protección de datos y declaración de Helsinki de la Asociación médica mundial (Asociación médica mundial, 2008).

Una vez firmado, comenzábamos tomándole el test de cribado neuropsicológico y posteriormente el cuestionario de quejas mnésicas, el tiempo aproximado de estas evaluaciones fue de 30 minutos, pudiendo extenderse según el requerimiento de cada paciente.

Concluido esto, se les hablaba de los beneficios de haber participado en la investigación, haciendo hincapié en que la información recabada sería anexada a su historia clínica. Finalmente se agradecía su participación para luego despedirlos.

Una vez concluida la evaluación de las 70 personas que conformaron la muestra, se accedió a información específica sobre la enfermedad a través del acceso a las historias clínicas facilitado por los médicos infectólogos antes mencionados. El trabajo de campo se extendió durante el período de tiempo que va desde el 26 de septiembre de 2013 al 24 de octubre del mismo año.

Todos los datos obtenidos fueron cargados día a día en una planilla de Microsoft Office Excel, para ser analizadas con posterioridad.

Métodos de recolección de datos

- *Recopilación documental*

Se extrajeron datos de fuentes primarias: historia clínica de cada sujeto, relevando: edad, sexo, años de escolaridad, tiempo transcurrido desde la detección de la infección/enfermedad, tiempo desde el inicio de tratamiento antirretroviral, fase clínica de la infección, adherencia al tratamiento antirretroviral.

- *Addenbrooke's Cognitive Examination-Revisado (ACE-R):*

Este test de cribado cognitivo se utilizará con el fin de explorar las características de las funciones cognitivas en personas con infección por VIH/SIDA.

El ACE-R surge en el año 2006 con el fin de mejorar la versión original (ACE), que se implementaba como una alternativa más completa del MMSE. Para esto se realizaron cambios en el diseño, facilitando su aplicación, su uso transcultural e incrementando su nivel de sensibilidad (97.5%) y especificidad (88.5%). Cumpliendo con los criterios estándar de un test de cribado válido para demencia y sensible a la disfunción cognitiva precoz.

En el año 2010 fue validada en Argentina su versión en español. Dicha validación se llevó a cabo en una población con una escolaridad promedio de 12 años.

Dado que el presente es un estudio exploratorio no tenemos información certera del nivel de escolaridad que presentará la población estudiada, por lo tanto en los casos particulares en que no alcancen el promedio de educación con el que fue validado y el

puntaje obtenido esté por debajo del punto de corte, esta información será tenida en cuenta al momento de analizar e interpretar los datos.

A pesar del alto nivel educativo que demanda para su correcta resolución, decidimos implementarlo por las ventajas que presenta frente a otros test que fueron ideados con la misma finalidad de cribado. Ya mencionamos las diferencias que evidencian su superioridad tanto frente al MMSE, como a su antecesor ACE.

El ACE-R evalúa seis dominios cognitivos con la siguiente asignación de puntajes:

- ✓ Orientación (10 puntos)
- ✓ Atención (8 puntos)
- ✓ Memoria (26 puntos)
- ✓ Fluencia verbal (14 puntos)
- ✓ Lenguaje (26 puntos)
- ✓ Visuo-espacialidad (16 puntos)

El puntaje máximo es de 100 puntos y el tiempo de administración es de 20 minutos aproximadamente.

Para evaluar la *orientación* los ítems son tomados de forma similar al MMSE. Preguntándole día, fecha, mes, estación, año, piso, lugar, barrio, ciudad y país.

La evaluación de la *atención* se asemeja a la del MMSE incluyendo la repetición de las tres palabras, las pruebas de sustracción y el deletreo de una palabra en orden inverso.

Con respecto a la *memoria*, al recuerdo de las 3 palabras incluido en el MMSE, el ACE-R agrega el aprendizaje y recuerdo a largo plazo de nombres y direcciones.

También incluye 4 ítems de memoria retrógrada con la denominación y recuerdo de personalidades públicas.

Lenguaje, además de las 2 figuras a denominar que propone el MMSE, el ACE-R incluye 10 figuras más, de uso menos frecuente. Además incluye pruebas de comprensión, repetición y lectura para obtener una evaluación más exhaustiva de esta área.

Para la evaluación de la *fluencia verbal* el ACE-R incluye pruebas de fluencia verbal semántica y fonológica.

El área *visuo-espacial* se evalúa utilizando la copia de pentágonos de MMSE y además se agrega la copia de un cubo y el test del reloj. Este último test requiere para su correcta ejecución la utilización de otras funciones además de las visuo-espaciales tales como la comprensión verbal, las praxias constructivas, la memoria de trabajo, las funciones ejecutivas, la programación motora, entre otras.

Ha demostrado ser de utilidad en la diferenciación de pacientes con enfermedad de Alzheimer y demencia fronto temporal mediante el cálculo del coeficiente *VLOM*. Este coeficiente es la relación entre la sumatoria de puntajes obtenidos en los ítems de fluencia y lenguaje, con la sumatoria del puntaje obtenido en memoria y orientación.

En nuestra investigación no se utilizará particularmente esta diferenciación debido a que la intención final no es establecer un perfil diagnóstico, sino sólo la exploración de las funciones cognitivas.

- *Cuestionario de quejas mnésicas de Marja Vink*

Con el objetivo de evaluar la percepción y el impacto de quejas mnésicas en la vida cotidiana se utilizará este cuestionario, compuesto por 30 ítems. Releva la presencia de quejas mnésicas en cuanto a la frecuencia de aparición y el grado de molestia que ocasiona. Permite recabar información sobre la forma en que los olvidos afectan la vida cotidiana.

La presencia de quejas mnésicas se releva según la frecuencia de cada olvido y se registra clasificándola en cuatro grupos: Nunca- Pocas veces- A veces - A menudo.

El impacto de las quejas mnésicas en el desempeño cotidiano se relevan según el grado de molestia o desagrado frente a los olvidos y se registra clasificándolo en tres grupos: Nada-Algo-Mucho.

Puede realizarse de forma auto-administrada o por interrogatorio al paciente, respetando la preferencia de cada uno.

Si bien dicho cuestionario es denominado de quejas mnésicas, entendemos que no solo se limita a indagar acerca de la memoria sino que también están incluidas otras funciones cognitivas tales como orientación témporo espacial, fluencia verbal y planificación.

Análisis de los datos:

El análisis fue de tipo cuantitativo y descriptivo ya que la recolección de datos se llevó a cabo a través de procedimientos estandarizados. Luego los resultados fueron analizados con técnicas estadísticas, utilizando el paquete estadístico StatsDirect v 2.7.2.

Resultados

En el presente trabajo de investigación la muestra estudiada estuvo conformada por 70 (setenta) personas de 20 a 55 años de edad, con infección por VIH/SIDA que concurren a la consulta médica en el área de infectología del CEMA en la ciudad de Mar del Plata y que cumplían con los criterios detallados para su inclusión. Las evaluaciones relevadas se llevaron a cabo en el período comprendido entre el 26 de septiembre y el 24 de octubre del año 2013.

En la siguiente tabla (**tabla 1**) se detallan las características de la muestra estudiada, según sexo, edad, años de escolaridad, años transcurridos desde el diagnóstico clínico, fase clínica de la infección, años transcurridos desde el tratamiento farmacológico (TARGA), adherencia al tratamiento farmacológico (TARGA) y resultado obtenido en el ACE-R.

N		70
Sexo n (%)	Femenino	34 (48,57)
	Masculino	31 (44,28)
	Trans	5 (7,14)
Edad (media; LS-LI)	Total	39,92 (55-20)
Años de escolaridad (media)	Total	10,84
Años de escolaridad por rangos n (%)	Hasta 7	18 (25,71)
	De 8 a 11	19 (27,14)
	12 o más	33 (47,14)
Años transcurridos desde el Dx. (media; LS-LI)	Total	7,5 (27-<1)
Fase clínica n (%)	VIH (sintomáticos-asintomáticos)	54 (77,14)
	SIDA	16 (22,85)
Años transcurridos desde el tto. con TARGA (media)	Total	5
Adherencia al tto. n (%)	Buena	49 (89,09)
	Mala	6 (10,9)

Tabla1. Fuente: elaboración propia.

De las 70 personas evaluadas que representan el 100 % de la muestra se desprende que el 44,28% son de sexo masculino, 48,57% sexo femenino y el 7,14% corresponde a personas trans. **(Gráfico1)**

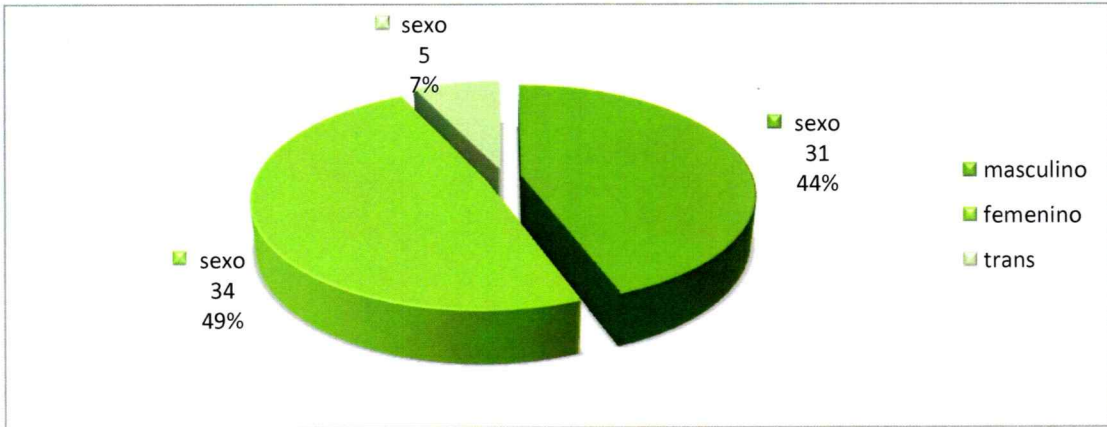


Gráfico 1: Muestra total según sexo.

En cuanto a la variable edad, el promedio en años del total de la muestra es de 39,92. El promedio en años de edad según sexo masculino, femenino y trans es de 42, 39 y 36 respectivamente. **(Gráfico2)**

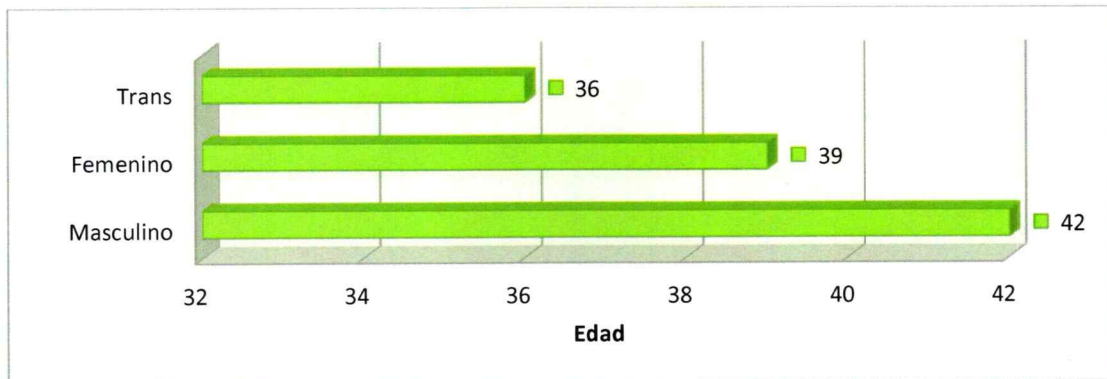


Gráfico 2: Promedio de edad en años, según sexo.

El promedio de años de educación del total de la muestra es de 10,84. Clasificándolos según años de educación obtenida se evidencia que el 25,71% (18 personas) accedió a una educación formal de 3 a 7 años, el 28,7% (20 personas) de 8 a 11 años y el 45,71% (32 personas) 12 años o más. **(Gráfico3)**

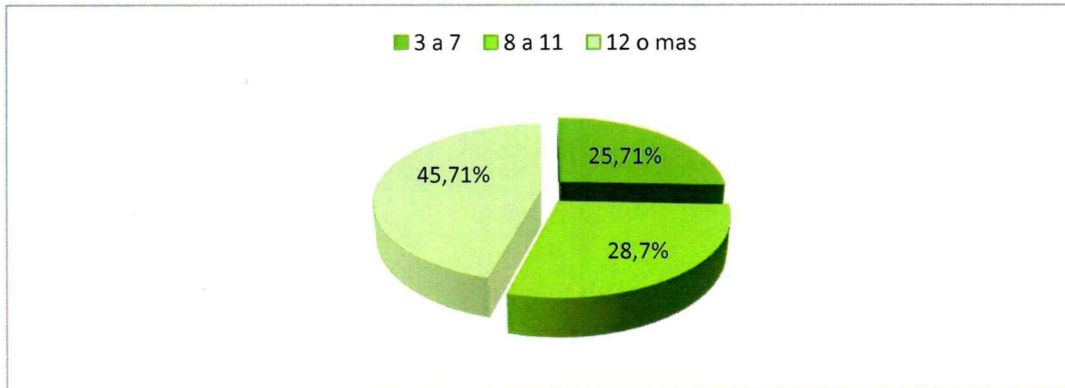


Gráfico 3: Años de educación formal obtenida.

Si tomamos el promedio de años de educación y lo analizamos según sexo nos encontramos con que es de 10,26 años en el sexo femenino, 11,29 años en el masculino y de 13,2 años en las personas trans. **(Gráfico 4)**

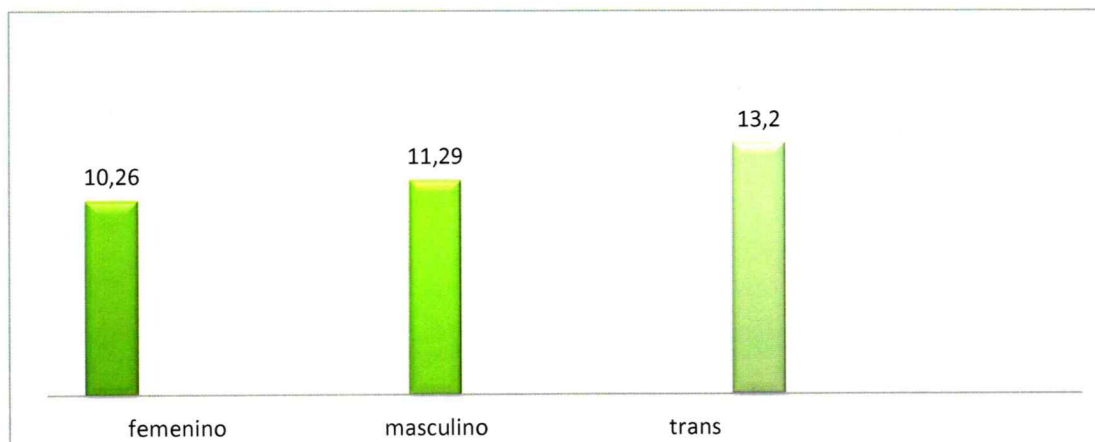


Gráfico 4: Promedio de años de escolaridad, según sexo.

En la **tabla 2** que se muestra a continuación se encuentran los resultados obtenidos en el ACE-R analizados según las variables intervinientes.

N		70	
ACE-R (media; LS-LI)		85,54 (100-64)	
ACE-R según sexo (media; LS-LI)	Femenino	85,97 (97-66)	
	Masculino	85,87 (100-66)	
	Trans	80,6 (90-64)	
ACE-R según años de escolaridad (media, LS-LI)	Menos de 12	83,83 (97-66)	
	> o = 12	87,45 (100-64)	
ACE-R según tiempo transcurrido desde el Dx. (media; LS-LI)	< o = a 1 año	82,62 (97-66)	Rho de Speraman: 0,176707 (IC: 95% = -0,060791 a 0,395269)
	> de 1 y < o = 5 años	84,42 (97-64)	P = 0,0715
	< de 5 y < o = 15 años	87,69 (96-78)	
	> de 15 años	87,6 (100-73)	
ACE-R según tto con TARGA (media, LS-LI)	Sin tto. con TARGA	85,06 (64-97)	P = 0,4703 Mann-Whitney
	Con tto. con TARGA	85,67 (100-66)	
ACE-R según fase clínica (media, LS-LI)	VIH (sintomático-asintomático)	86,37 (100-64)	P = 0,0661 Mann-Whitney
	SIDA	82,75 (91-66)	
ACE-R según adherencia al tto. con TARGA (media; LS-LI)	Buena	85,57 (66-100)	P = 0,4 Mann-Whitney
	Mala	86,5 (93-78)	

Tabla 2. Fuente: elaboración propia.

En la **tabla 3** se muestra la cantidad y porcentaje de personas que obtuvieron un puntaje igual o mayor al punto de corte establecido para el ACE-R.

ACE-R según punto de corte n (%)	Mayor o igual que 85	48 (68,57)
	Menor que 85	22 (31,42)

Tabla3. Fuente: elaboración propia

En el siguiente gráfico se muestra el promedio del puntaje obtenido por el total de la muestra en cada función evaluada por el ACE-R. Se representa en forma de porcentaje teniendo en cuenta que el 100% es el máximo valor que se puede obtener en cada función por separado. **(Gráfico5)**

Se evidencia que el mayor porcentaje de fallas fue registrado en el dominio correspondiente a la memoria obteniendo el total de la muestra, un promedio general del 74% del puntaje total asignado a dicha función. Por otra parte la fluencia verbal, fue la segunda función más comprometida alcanzando en promedio un 77,14% de su puntaje total. En el resto de las funciones evaluadas no se evidencia un descenso significativo y/o representativo de alteraciones respecto al total de la muestra estudiada, siendo la orientación y la atención los dos dominios con mejor rendimiento general obtenido.

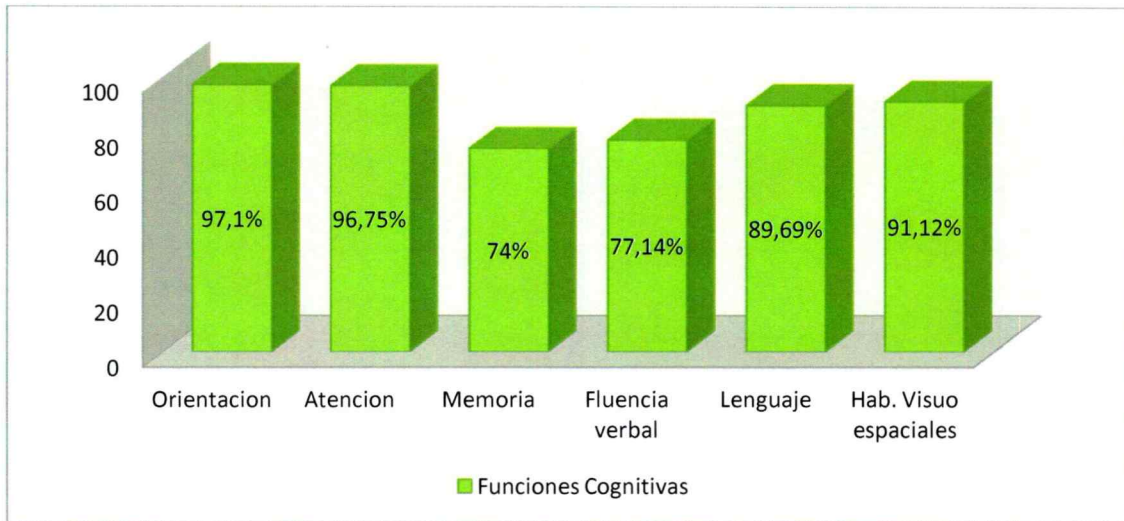


Gráfico 5: Porcentaje del promedio total obtenido para cada función cognitiva, evaluada por el ACE-R.

Si analizamos los puntajes obtenidos en el ACE-R según las variables intervinientes, encontramos valores significativos de asociación entre los resultados y la fase clínica en la que se encuentran al momento de la evaluación. Aquí notamos que las 16 personas que se encontraban en el estadio SIDA, obtuvieron un promedio general de 82,75 quedando por debajo del punto de corte. En el siguiente gráfico se muestra el puntaje promedio obtenido en el ACE-R según la fase clínica en que se encuentran. **(Gráfico 6)**

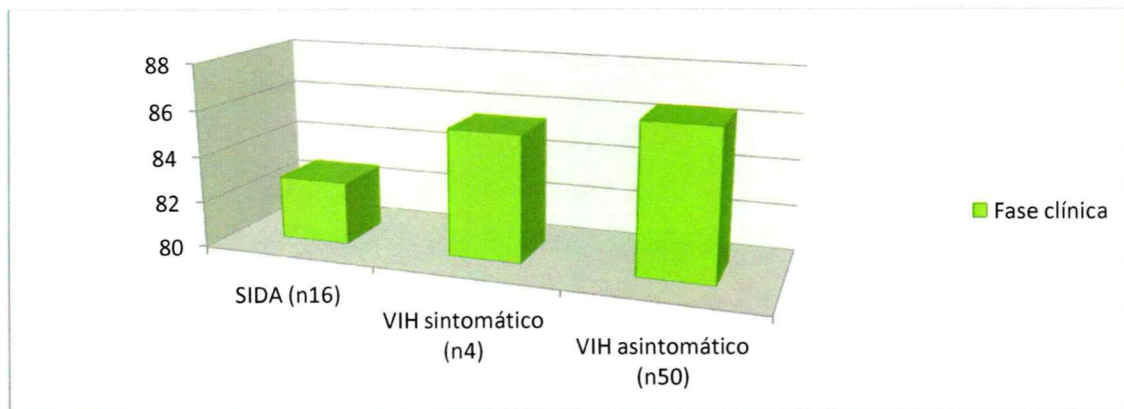


Gráfico 6: Puntaje promedio obtenido en el ACE-R según fase clínica.

Continuando con la exposición de resultados, otra relación significativa que podemos mencionar es con la variable años de escolaridad. Encontramos que 37 personas de la muestra estudiada no alcanzaron los 12 años de escolaridad. Los resultados nos muestran que el puntaje medio obtenido fue de 83,83 haciendo la salvedad que el instrumento de evaluación administrado (como ya se mencionó anteriormente) fue validado para una población con un nivel educativo alto. **(Gráfico 7)**

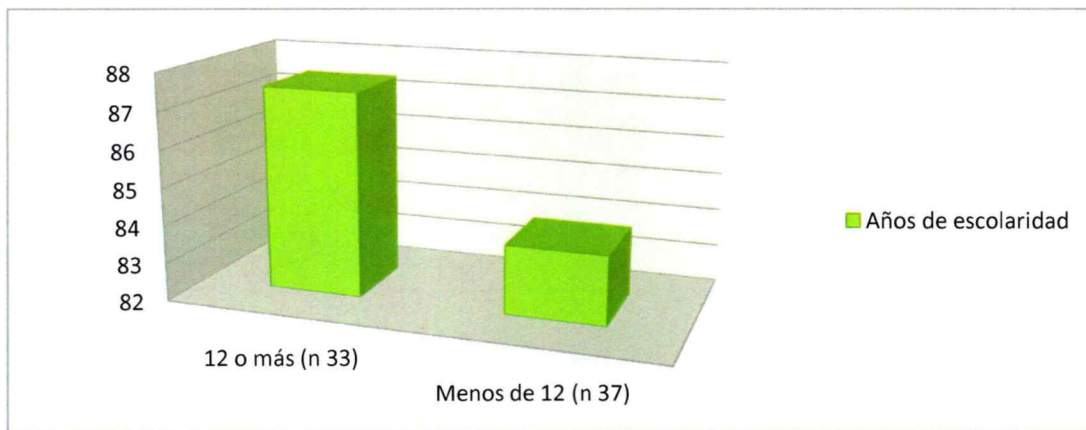


Gráfico 7 Puntaje promedio en ACE-R según años de escolaridad.

La **tabla 4** muestra la percepción de quejas mnésicas según su frecuencia medida en “Baja-Media-Alta” y el impacto de las mismas en la vida cotidiana según sea “Nada-Poco-Mediano-Mucho”.

N		70	
Percepción de quejas mnésicas. Vink n (%)	Baja (0-30)	38 (54,28)	Rho de Spearman = 0,551323 (IC 95% = 0,36343 a 0,696117) P < 0,0001
	Media (31-60)	30 (42,85)	
	Alta (61-90)	2 (2,85)	
Impacto de quejas mnésicas. Vink n (%)	Nada (0)	4 (5,71)	
	Poco (1-20)	48 (68,57)	
	Mediano (21-40)	17 (24,28)	
	Mucho (41-60)	1 (1,42)	

Tabla 4. Fuente: Elaboración propia

En el **Gráfico 8** se representa la percepción de quejas mnésicas del total de la muestra, clasificadas según las categorías del cuestionario de Vink, en “baja”, “media”, “alta”.

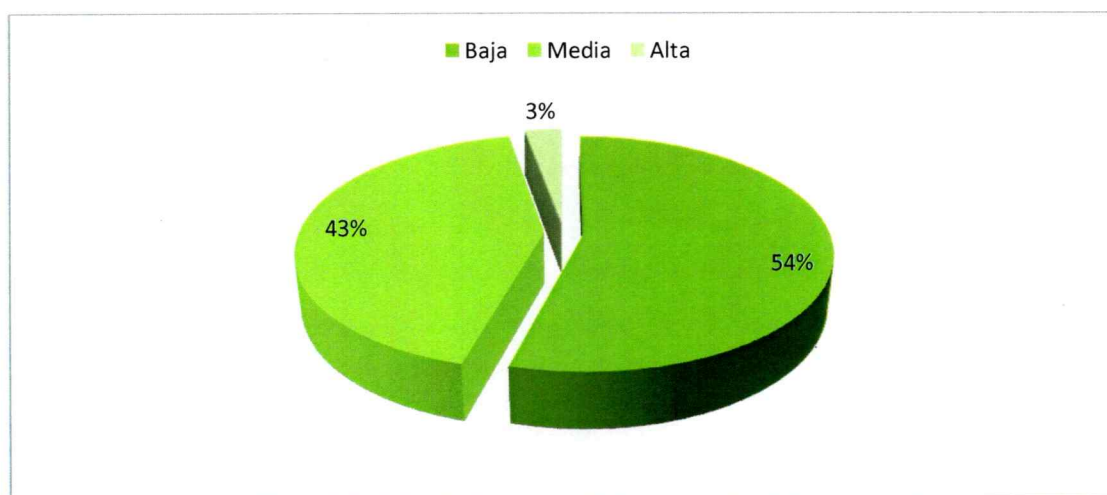


Gráfico 8: la percepción de quejas mnésicas, clasificadas en “baja”, “media”, “alta”.

El **Gráfico 9** representa el impacto de quejas mnésicas en el desempeño cotidiano del total de la muestra, clasificadas según las categorías del cuestionario de Vink, en “nada”, “poco”, “mediano” y “mucho”.

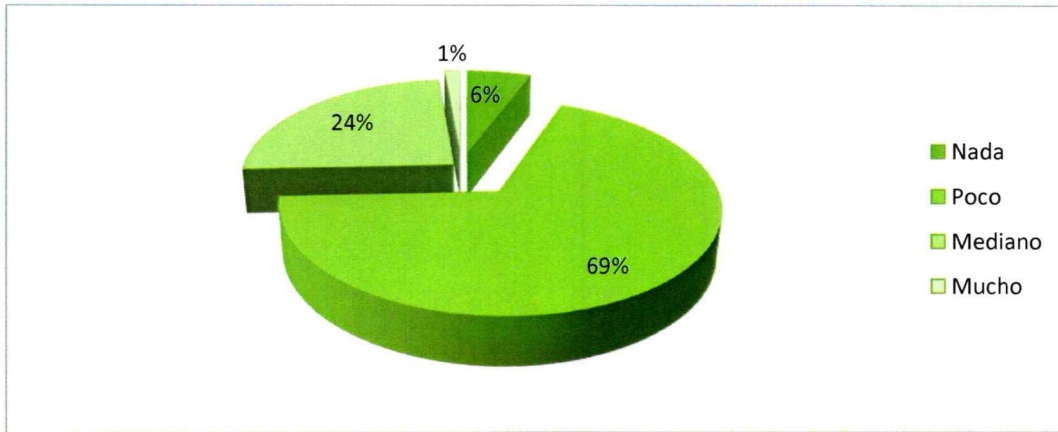


Gráfico 9: impacto de quejas mnésicas en el desempeño cotidiano clasificadas según “nada”, “poco”, “mediano” y “mucho”.

En la **tabla 5** se muestra el puntaje obtenido en el ACE-R comparado con la percepción y el impacto de quejas mnésicas en el cuestionario de Vink.

Vink		ACE-R (media; LS-LI)	
Percepción de quejas mnésicas.	Baja (0-30)	84,97 (97-64)	Rho de Spearman = 0,025186 (IC: 95% = -0,211037 a 0,258629) P = 0,4178
	Media (31-60)	86,26 (100-66)	
	Alta (61-90)	85,5 (93-78)	
Impacto de quejas mnésicas.	Nada (0)	86,25 (90-77)	Rho de Spearman = -0,022359 (IC: 95% = -0,255988 a 0,213738) P = 0,5731
	Poco (1-20)	85,33 (97-64)	
	Mediano (21-40)	86,23 (100-67)	
	Mucho (41-60)	81 (81)	

Tabla 5. Fuente: Elaboración propia

Discusión

El objetivo general del presente trabajo consistió en explorar las condiciones en las que se encontraban las funciones cognitivas en personas con infección por VIH/SIDA, cuál era la percepción de las quejas mnésicas y cómo impactaban éstas en el desempeño cotidiano.

Para cumplir con dicho objetivo se administraron las siguientes herramientas de recolección de datos: un test de cribado neuropsicológico (ACE-R) y un cuestionario de quejas mnésicas (Vink).

Con el fin de analizar e interpretar los resultados se seguirá el orden de los objetivos específicos planteados al inicio del trabajo.

En el área que conforma la zona sanitaria VIII y basándonos en los registros oficiales se estima que, el número de personas viviendo con infección por VIH/SIDA sería de 5.000 casos aproximadamente. De este total diagnosticado se calcula que sólo entre 400 y 500 personas se encuentran realizando el correspondiente tratamiento y seguimiento en el CEMA, haciendo referencia sólo a quienes se atienden en el marco del sistema público de salud. La población restante incluye a aquellas personas que reciben atención en el sector privado de salud, y a quienes pesar de haber recibido el diagnóstico no realizan el tratamiento y seguimiento correspondiente.

Para la realización de nuestro trabajo, la muestra estuvo conformada por 70 personas que reciben atención del sistema público de salud, y que cumplían con los criterios de inclusión definidos previamente.

Según el último Boletín sobre VIH/SIDA en Argentina el promedio de edad registrado oficialmente en las personas infectadas hasta el momento fue de 34 años para los hombres y 31 para las mujeres, mientras que en nuestra investigación fue de 39,92 años para la población total.

Al momento de relevar la información de estadísticas oficiales en función del sexo nos encontramos que solo se tiene en cuenta una clasificación entre género femenino y masculino, siendo estos últimos quienes representan el mayor porcentaje de población afectada. Luego de realizar el trabajo de campo surgió una problemática que derivó en un debate respecto a la inclusión o no de las personas *trans* en la clasificación de esta variable interviniente. Para resolver esta situación dilemática se recurrió a la opinión de una informante clave con trayectoria en investigaciones dedicadas a cuestiones de género, la Lic. Agustina Cepeda, docente de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional, de la Universidad Nacional de Mar del Plata, quien entre otras cosas nos destacó la tendencia creciente que hay, en el ámbito en que se despeña, de incorporar o dar lugar a los *trans* en la investigaciones realizadas desde esta área, resaltando por ejemplo, trabajos elaborados dentro del Ministerio de Salud. Teniendo en cuenta la información recibida y siendo coherentes con nuestro posicionamiento teórico finalmente decidimos incluir a los *trans* como una categoría más dentro de esta clasificación ya que ubicarlos en los grupos masculino o femenino sería invisibilizarlos ante los ojos de la sociedad. Entendemos que su genética es masculina, sin embargo respaldadas bajo el concepto de empoderamiento (Iturralde, 2005; OMS, 1998) elegimos respetar y dar lugar al emergente proceso de construcción de su subjetividad, enfatizando la toma de control sobre sus decisiones y acciones en torno al ámbito de la salud, permitiéndoles expresar sus necesidades y plantear sus

preocupaciones de forma activa. De esta manera la muestra quedó conformada por un porcentaje de mujeres representado por el 48,57%, el 44,28% de hombres y el 7,14% de trans. En este apartado se destaca, a modo de apreciación personal, que en los casos en que la figura masculina o ambos integrantes de la pareja transitan el proceso que implica esta enfermedad, la figura femenina aparece en repetidas oportunidades como un fuerte sostén en lo referido al acompañamiento necesario, esto se vio sobre todo en lo relacionado a los cambios de hábitos que implican incorporar la toma de medicación diaria, el mantenimiento de una dieta balanceada y acorde a la situación, los controles médicos, entre otros.

Continuando con la caracterización de la muestra, ahora en relación a los años de escolaridad podemos decir que al plantear esta investigación como un estudio exploratorio, no teníamos conocimiento previo de cuál sería el nivel de escolaridad promedio con el que íbamos a encontrarnos. En contraste con las representaciones sociales aún vigentes en donde subyace la idea que los usuarios de los servicios de salud pública tienen un bajo nivel de educación formal, en nuestra muestra hubo 67 personas, de las 70 que la conformaron, que accedieron al menos a 7 años de escolaridad. Esta situación nos habla del prejuicio existente que recae sobre la población que se atiende dentro del ámbito de la salud pública, a la que además se le suma el estigma social en torno a la enfermedad.

Poniendo el foco de atención en las variables relacionadas específicamente con la infección, podemos referirnos en primer término al tiempo transcurrido desde el diagnóstico para el cual el promedio fue de 7,5 años en el total de la muestra, habiéndose registrado personas diagnosticadas hace más de 25 años y otros con diagnóstico reciente. Más allá de haber relevado esta variable, entendemos que la

fecha de diagnóstico no siempre coincide con el tiempo real transcurrido desde la infección, y esta situación se refleja en que mayormente los diagnósticos son realizados de forma casual, y no porque las personas concurren a realizarse el test voluntariamente habiendo identificado una situación de riesgo específica. Consideramos que esta problemática está marcada nuevamente por los prejuicios y representaciones sociales negativas con que se carga a esta población en particular, asociándola a ciertos grupos (antes denominados “grupos de riesgo”) tales como los homosexuales, los trans o los usuarios de drogas intravenosas. En la actualidad se dejó de lado el concepto de “grupos de riesgo” para empezar a hablar de “conductas de riesgo”, entendiendo a éstas como situaciones de las que nadie está exento y que pueden tornarse riesgosas en caso de no tomar las medidas preventivas adecuadas.

Otras de las variables relacionadas específicamente con la infección son *la presencia o no de tratamiento farmacológico (TARGA) y la adherencia al mismo*. Del total de la muestra 55 personas estaban recibiendo tratamiento con TARGA, de los cuales 49 presentaban una buena adherencia, que como ya mencionamos anteriormente, está dada por el recuento de linfocitos CD4 al momento de la evaluación sumado a la manifestación verbal explícita por parte del sujeto de estar cumpliendo con la rutina de ingesta. Durante la realización del trabajo de campo pudimos apreciar en torno a estas variables como en muchos casos el inicio de la toma de medicación marca un momento crítico por la implicancia a futuro que esto tiene, por las reacciones adversas que pueden aparecer y por como repercute en las actividades de la vida diaria exigiendo horarios estrictos para la ingesta, cambios en la alimentación, entre otros. Identificamos que luego de cierto tiempo la mayoría logra

incorporar este hábito a su rutina diaria, dejando de ser esto una instancia con carga negativa y así pasar a formar una actividad más de la vida cotidiana.

Para finalizar con la caracterización según las variables específicas de la infección haremos referencia a las fases clínicas por las que puede atravesar esta población. De las 70 personas estudiadas 16 se encontraban en fase SIDA, 4 en fase sintomática, y 50 en fase asintomática. Dentro de esta última fase mencionada los pacientes pueden permanecer durante largos años, ya sea porque no fue necesario aun el inicio del tratamiento con TARGA o porque la replicación del virus está bajo control gracias dicho tratamiento. Aunque exceda los objetivos de esta investigación consideramos relevante aclarar que esta fase (asintomática) representa, coincidiendo con Lamotte, (2004) un gran problema epidemiológico en las personas que no han sido diagnosticadas, ya que al no presentar sintomatología clínica significativa, desconocen su situación y no consideran necesario tomar medidas preventivas estrictas. En esta instancia el diagnóstico se realiza sólo por examen de laboratorio, al cual la persona accede (como ya mencionamos previamente) de manera casual, o de manera voluntaria como conducta de control o habiendo identificado una situación de riesgo.

La finalidad de proponer como uno de los objetivos de esta investigación la detección de fallas cognitivas por intermedio de un test de cribado neuropsicológico (ACE-R) en personas con infección por VIH/SIDA, fue porque consideramos que las funciones cognitivas cumplen un papel fundamental en las actividades cotidianas y como consecuencia cualquier alteración en alguna de ellas tendría un impacto negativo contribuyendo de forma significativa al desempeño ocupacional. Decidimos utilizar el ACE-R, en primera instancia porque no es nuestra finalidad establecer un

diagnóstico clínico sino explorar las funciones cognitivas, y porque aunque requiera un alto nivel educativo para su correcta resolución, ofrece ventajas por encima del MMSE y de la primer versión del ACE.

Luego de implementar esta evaluación registramos que el 31,42 % de la muestra, representado por 22 personas, no alcanzaron el punto de corte establecido para este test. Este resultado se traduce como un potencial indicador para la detección precoz de deterioro cognitivo asociado a las funciones evaluadas por el ACE-R. Dichos datos deberían tenerse en cuenta como un punto de partida para realizar controles, seguimientos e intervenciones preventivas en pacientes que pueden, a largo plazo, derivar en cuadros demenciales asociados a infección por VIH/SIDA. Esta información coincide con los resultados arrojados por las investigaciones de Tozzi (2003), Bonnet (2012), Chan (2012) y Zhang (2012) relevadas en la revisión bibliográfica, donde también los porcentajes de fallas y/o deterioro cognitivo (dependiendo de la investigación) se asemejan a los obtenidos en el presente trabajo.

Teniendo en cuenta de forma individual las funciones cognitivas evaluadas por el ACE-R, se evidencia que el mayor porcentaje de fallas fue registrado en el dominio correspondiente a la memoria obteniendo el total de la muestra, un promedio general del 74% del puntaje total asignado a dicha función, coincidiendo con Amador Romero (2005) quien en los resultados de su investigación demuestra un rendimiento deficitario en las pruebas que evalúan entre otras funciones a la memoria a corto plazo y la capacidad de retención de la información. Dentro de los tipos de memoria que evalúa el ACE-R, el mayor compromiso en la población evaluada se evidenció en el ítem de memoria diferida (delayed de memoria). Siguiendo el PPI desarrollado por Allegri (1985) ésta se corresponde con la instancia de restitución o recuperación de la información, definida como el conjunto de procesos que permiten la utilización de la

información archivada o almacenada previamente, aclarando que la restitución puede ser espontánea (recuerdo) o facilitada (reconocimiento). Vale decir que las fallas en la restitución espontánea existieron en casi la totalidad de la muestra, sin embargo la gran mayoría mejoró significativamente su reconocimiento luego de ofrecida la facilitación.

La segunda función más comprometida fue la fluencia verbal ya que en los resultados vemos que la totalidad de la muestra alcanzó en promedio un 77,14% del puntaje total asignado a esta función. Siguiendo a Burin (2005) reconocemos su complejidad dado que se ponen en juego otros factores como la atención y la memoria, además de las habilidades de planificación y de control de cambios.

El ítem destinado a evaluar esta función se divide en fluencia fonológica y fluencia semántica, siendo esta última la menos comprometida de las dos dado que existió mayor facilidad para generar estrategias al momento de verbalizar palabras dentro de una categoría dada a nivel semántico (mayor facilidad para mencionar animales que palabras que comiencen con la letra p).

En el resto de las funciones evaluadas no se observó un descenso significativo y/o representativo de alteraciones respecto al total de la muestra estudiada, siendo la orientación y la atención los dos dominios con mejor rendimiento general obtenido.

Si analizamos los puntajes obtenidos en el ACE-R según las variables intervinientes, encontramos valores significativos de asociación entre los resultados y la fase clínica en la que se encuentran al momento de la evaluación. Aquí notamos que las 16 personas que se encontraban en el estadio SIDA, es decir que presentan o presentaron alguna enfermedad marcadora (u oportunista) u obtuvieron un recuento

de linfocitos T CD4 por debajo de 200 por mm³, obtuvieron un promedio general de 82,75 quedando por debajo del punto de corte. A su vez tomando solo los 8 sujetos que de forma individual no alcanzaron los 85 puntos y están en esta fase clínica, el promedio general para ellos fue de 75,75 dejando en evidencia la mencionada asociación.

Continuando con el análisis, otra relación significativa que podemos mencionar es con la variable años de escolaridad donde se observó que de las 70 personas estudiadas, 37 no alcanzaron los 12 años de escolaridad, sin embargo es digno de destacar que la media obtenida en el ACE-R fue de 85,54 superando los 85 puntos pautados como punto de corte.

Considerando solo a los 37 sujetos que tienen secundaria incompleta podemos decir que el puntaje medio obtenido fue de 83,83 haciendo la salvedad que el instrumento de evaluación administrado (como ya se mencionó anteriormente) fue validado para una población con un nivel educativo alto. Estos resultados nos permiten identificar una tendencia probable al momento de detectar posibles predictores de fallas cognitivas.

Como ya afirmamos, una alteración en el sistema cognitivo puede afectar los hábitos, rutinas y roles de una persona, impactando en su participación y desempeño ocupacional. Además de la importancia de esto y coincidiendo con las apreciaciones realizadas en las investigaciones de Corless (2000), Millana Cuevas (2002), Tozzi (2003), Amador Romero (2005) y Braganza (2011) consideramos fundamental la importancia de una evaluación neuropsicológica para facilitar la detección precoz de alteraciones cognitivas o también, teniendo la certeza que esta población presenta

una vulnerabilidad mayor para desarrollar deterioro cognitivo, poder tener un registro de antecedentes para realizar un futuro seguimiento.

Para poder realizar un estudio más completo de la implicancia del desempeño cognitivo en las actividades cotidianas decidimos complementar el test de cribado neuropsicológico con un cuestionario de quejas mnésicas destinado a recabar información subjetiva respecto de cómo cada sujeto percibe su rendimiento en situaciones de la vida diaria. De todos modos durante la implementación de este cuestionario notamos que no cubrimos las carencias de los tests neuropsicológicos en donde al momento de analizar el funcionamiento cognitivo lo hacen en una situación controlada y descontextualizada. La manera ideal sería poder observar al sujeto en su contexto real llevando a cabo acciones y respondiendo demandas específicas de su ambiente en el cual se enfrenta a múltiples requerimientos en simultáneo y donde las acciones se prolongan en el tiempo. Consideramos que es en este espacio donde la intervención de un profesional de T.O. puede responder a todas las demandas que esta compleja evaluación implica.

Refiriéndonos a la variable *percepción de quejas mnésicas* evaluada a través del cuestionario de Vink, el registro obtenido sobre el total de la muestra refleja que la mayor parte de la población percibe una “baja” o “media” frecuencia en cuanto a la presencia de quejas mnésicas en sus actividades cotidianas, y la mayoría considera que el impacto de las mismas es “poco”, por lo tanto no hay un grado o sensación de malestar que interfiera en el desempeño cotidiano.

Luego de analizar los resultados arrojados por el test de cribado neuropsicológico y el cuestionario de Vink, advertimos que no es posible establecer una asociación entre

el estado de las funciones cognitivas y la percepción o frecuencia de aparición de quejas mnésicas, es decir que por ejemplo, las personas que referían mayor frecuencia de quejas tuvieron un buen desempeño en el ACE-R, y por el contrario quienes no manifestaron una percepción de quejas considerable lograron un puntaje menor. Poutiainen (1996) y Rourke (1999) por el contrario aseguran la existencia de una asociación significativa entre los resultados de una evaluación neuropsicológica objetiva y las quejas cognitivas.

El hallazgo de estos resultados coincide con lo mencionado en el marco teórico donde se explicita que los olvidos de la vida cotidiana pueden verse influenciados fundamentalmente por estados de ánimo y afectivos como así también por los factores contextuales que los rodean. A su vez en las personas que viven con VIH/SIDA estas influencias pueden verse incrementadas según el momento que estén atravesando en torno a la enfermedad.

Conclusión

Cuando comenzamos esta investigación nos planteamos como problema de estudio conocer las características de las funciones cognitivas de las personas que viven con infección por VIH/SIDA, que se atienden dentro del sistema de salud pública de Mar del Plata, como así también evaluar cuál era la percepción de las quejas mnésicas y cómo impactaban éstas en el desempeño cotidiano.

Dichas variables fueron exploradas mediante la implementación de un test de cribado neuropsicológico (ACE-R) y de un cuestionario de quejas mnésicas (Vink).

La primera conclusión a la que pudimos arribar luego de analizar los resultados obtenidos en el ACE-R fue que el 31,42% de la muestra estudiada evidenció un bajo rendimiento cognitivo, representando al grupo que obtuvo un valor potencialmente más certero para una futura detección de fallas y/o deterioro cognitivo. Consideramos necesario aclarar que dentro de este porcentaje los sujetos más comprometidos coinciden con quienes están atravesando la fase SIDA de esta enfermedad, y con un porcentaje de las personas que registran una menor cantidad de años de educación formal.

En relación a este grupo más vulnerable, y comparando los resultados que obtuvieron en el cuestionario de quejas mnésicas de Vink, advertimos que no es posible establecer una asociación significativa entre el estado de las funciones cognitivas, la percepción de quejas y el impacto de las mismas referidas al desempeño cotidiano. Nos parece relevante destacar, a modo de apreciación

personal, que el proceso de adaptación al tratamiento con TARGA influyó de forma negativa en la percepción del rendimiento cognitivo en el desempeño cotidiano.

En cuanto a la evaluación de las funciones cognitivas podemos concluir que el dominio más comprometido fue el correspondiente a la memoria, seguido por la fluencia verbal. Esta última dividida en fluencia fonológica y fluencia semántica para su evaluación, demostró las dificultades que presentan las personas para generar estrategias durante la emisión de palabras en un tiempo dado.

Por otra parte, el compromiso en la memoria se reflejó principalmente en acciones que demandan la restitución o recuperación de información previamente almacenada, en forma espontánea (recuerdo) o facilitada (reconocimiento).

Si bien a partir de los resultados de nuestro trabajo no pudimos establecer asociaciones significativas entre la variable sexo y el estado de las funciones cognitivas exploradas, creemos pertinente dejar registradas algunas cuestiones en relación a la temática de género que surgieron en el transcurso de la investigación.

Pudimos detectar la vulnerabilidad de las personas que viven con VIH/SIDA frente a obstáculos que surgen como consecuencia del diagnóstico de la infección, los cuales impiden su participación plena en la sociedad. Sin embargo observamos que la figura femenina carga con un peso mayor en cuanto al estigma que originalmente recae sobre esta población.

Por otra parte en los casos en que la figura masculina o la pareja transitan el proceso que implica esta enfermedad, la mujer apareció en repetidas oportunidades a lo largo de las entrevistas como una figura de sostén y acompañamiento, este rol se

vio fundamentalmente en lo relacionado a los cambios de hábitos que repercuten en las actividades de la vida diaria.

Otro aspecto a destacar con respecto al género fue la decisión de incluir a los trans en la clasificación de la variable sexo. Más allá que la cantidad de trans que participaron de la investigación no fue representativa para el total de la muestra, la importancia residió en respetar su voluntad e identidad, y abrir nuevos caminos para que en futuras investigaciones se los tenga en cuenta de esta forma, e incluso se indague acerca de problemáticas y necesidades específicas de este grupo poblacional.

No queremos dejar de resaltar la riqueza de aportes que puede realizar un profesional de T.O. en el abordaje de personas con alteraciones cognitivas, a través de la implementación de herramientas propias de nuestra disciplina, facilitando un proceso de participación social y de autonomía, con el fin de proponer una mejor calidad de vida.

Por otra parte proponemos, luego de nuestra experiencia, que para la evaluación de las funciones cognitivas, se implemente junto a un test de cribado neuropsicológico y un cuestionario subjetivo, algún instrumento de evaluación en situaciones reales, para que tanto la demanda de la actividad como la respuesta por parte de la persona sean lo más fieles posible al funcionamiento cognitivo cotidiano.

Entre las sugerencias para futuras intervenciones consideramos que sería fundamental luego del diagnóstico clínico de VIH/SIDA incorporar a los exámenes iniciales una interconsulta tanto con neurología como con T.O. para la realización de evaluaciones que dejen constancia de cuál es el estado cognitivo de los sujetos al

inicio del tratamiento. La importancia de esta sugerencia radica no solo en la detección precoz, sino en la posibilidad de dejar un registro previo al que puedan recurrir como antecedente objetivo en caso de ser necesario, ya que como lo demuestran las investigaciones de Millana Cuevas (2002), Faílde Garrido (2005), Amador Romero (2005), Iragorri Cucalón (2008), Gandhi (2011), Braganza (2011), Bonnet (2012), Chan (2012), Steinbrink (2012) y Zhang (2012) existe una asociación real entre infección por VIH/SIDA y deterioro cognitivo conocida como Desórdenes Neurocognitivos Asociados a VIH (HAND).

Referencias bibliográficas

Referencias Bibliográficas

- Abuelafia, E., Berlinski, S., Chudnovsky, M., Palanza, V., Ronconi, L., San Martín, M. et al. (2002). *El funcionamiento del sistema de salud Argentino en un contexto federal. Doc. N°77*. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional-CEDI- Fundación Gobierno.
- Acuña, Carlos y Mariana Chudnovsky. (2002). *El sistema de salud en Argentina. Doc. N°60*. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional -CEDI-. Fundación Gobierno.
- Allegri, R.F. & Tamaroff, L. (1995). *Introducción a la neuropsicología clínica*. Buenos Aires, Argentina. Ediciones libros de la Cuadriga.
- Amador Romero, F. J. y Mayor Ríos, J. H. (2005). *Estudio de la dinámica cognitiva en pacientes infectados por VIH. Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 6(1). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol6_1_05/rst08105.pdf
- Ander-Egg, E. (1995). *Técnicas de Investigación Social*. (24°. ed.) Argentina: Lumen Argentina.
- Antinori, A., Arendt, G., Becker, J.T., Brew, B.J., Byrd, D. A., Cherner, M., et al. (2007). *Updated research nosology for HIV-associated neurocognitive disorders. Neurology*, 69. Recuperado de <http://www.neurology.org/content/69/18/1789.short>
- Asociación médica mundial (2008). Declaración de Helsinki de la Asociación médica mundial. 59° Asamblea general. 1-5. Seúl, Corea.
- Au, A., Cheng, C., Chan, I., Leung, P., Li, P., Heaton, R.K. (2008). *Subjective memory complaints, mood, and memory deficits among HIV/AIDS patients in Hong Kong. Journal of clinical and experimental neuropsychology*. (3). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17852611>
- Benedet, M. J. (2002). *Neuropsicología Cognitiva. Aplicaciones a la clínica y a la investigación. Fundamento teórico y metodológico de la neuropsicología cognitiva*. Madrid: IMSERSO.

- *Boletín sobre VIH-SIDA en la Argentina* (2012). Año XV, N°29. Ministerio de Salud, Dirección de Sida y ETS. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/publicaciones/boletines-sobre-vih-sida>
- Bonnet, F., Amieva, H., Marguant, F., Bernard, M., Dauchy, F. A., Mercié, P., et al. (2013) *Cognitive disorders in HIV-Infected patients: are they HIV-related?* Groupe d'Epidémiologie Clinique du SIDA en Aquitaine (GECSA). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23079813>
- Braganza, M. & Palha, A. (2011). *Trastornos Neurocognitivos asociados con la infección por el VIH*. Actas Esp. Psiquiatría 39 (6). Recuperado de <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/13/74/ESP/13-74-ESP-374-383-871010.pdf>
- Burin, D., Drake, M., & Harris, P. (Comp.) (2007). *Evaluación neuropsicológica en adultos*. Buenos Aires: Paidós.
- Cancio, I., Suárez, J., Reymond, V., & López V.J. (2006). *Información básica sobre la atención integral a personas viviendo con VIH-SIDA*. La Habana: Ediciones Lazo Adentro.
- Caplan, B. (1987). *Assessment of unilateral neglect. A new reading test*. *Journal of Clinical and experimental neuropsychology*. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01688638708405056#.UcoUc9q08fo>
- Cetrángolo, O. (coord.). (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Chan, L.G., Kandiah, N., & Chua, A. (2011). *HIV- associated neurocognitive disorders in a South Asian population: contextual application of the 2007 criteria*. Recuperado de <http://bmjopen.bmj.com/content/2/1/e000662.short>

- Corless, I.B., Bakken, S., Nicholas, P.K., Holzemer, W.L., McGibbon, C.A., Inouye, J., et al. (2000). *Predictors of perception of cognitive functioning in HIV/AIDS. The Journal of the association of Nurses in AIDS* (3) Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10826301>
- Djokic, D., Englund, J., Daum, R., Martin, R., Dozier, T., Pott, S., et al. (2009). *HIV knowledge and attitudes toward HIV testing of South Side Chicago Housing Authority residents. AIDS Patient Care STDS*(8). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19183078>
- Domínguez Orozco, M. (2012). *Olvidos cotidianos en personas mayores. Revista electrónica de psicología Iztacala*. 15, (4). Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/34738>
- Failde Garrido, J. M. & Lopez Castro, J. (2005). *Influencia de las variables clínico-biológicas CD4 y carga viral sobre el rendimiento neuropsicológico de pacientes con infección por VIH-1. An. Med. Interna* vol.22, n.6. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992005000600002&lng=es&nrm=iso. ISSN 0212-7199. <http://dx.doi.org/10.4321/S0212-71992005000600002>
- Fernández Llona, C. & Pintos, M.P. (2000). *Aportes desde Terapia ocupacional, a la formación e información profesional que poseen los terapeutas ocupacionales y Licenciados en terapia ocupacional de Mar del Plata, acerca del complejo demencia-SIDA*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina.
- Gandhi, N. S., Skolasky, R. L., Peters, K. B., Moxley IV, R. T., Creighton, J., Vornbrock Roosa, H., et al. (2011). *A comparison of performance based measures of function in HIV-associated neurocognitive disorders. Journal of NeuroVirology*. Recuperado de <http://www.springerlink.com/content/j1636w14150014466>

- Grieve, J. (1995). *Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales: evaluación de la percepción y cognición*. (3° ed.) Colombia: Médica Panamericana.
- Grieve, J. Gnanasekaran, L. (2010). *Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales: Cognición en el desempeño ocupacional*. (3° ed.) Médica Panamericana.
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la investigación* (3° ed.). cap. 7. Mexico: McGraw-Hill.
- Irigorri Cucalón, A. M. (2008). *Demencia asociada por infección por VIH*. Revista Colombiana de Psiquiatría. vol. 37, n 001. Asoc. Colombiana de Psiquiatría. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80637107>
- Iturralde, P. (2005). *Planificación estratégica de organizaciones económicas campesinas*. VECO: Cochabamba.
- Lamotte Castillo, J.D. (2004). *Infección-enfermedad por VIH/SIDA*. MEDISAN 8 (4). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san06404.htm
- Leibovich de Figueroa, N. & Schmidt, V. (2008). *Reflexiones acerca de la evaluación psicológica y neuropsicológica*. Revista Argentina de Neurología, (12).
- Manes, F. (2008) *Métodos de investigación en neurociencias cognitivas*. En: Labos, E., Slachevsky, A., Fuentes, P., Manes, F., editores. *Tratado de Neuropsicología Clínica: bases conceptuales y técnicas de evaluación*. Buenos Aires, Argentina: Akadia.

- Mathuranath, P. S., Nestor, P. J., Berrios, G. E., Rakowicz, W., & Hodges, J. R. (2000). *A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease from frontotemporal dementia*. *Neurology*, 55.
- Millana Cuevas, L., Portellano Perez, J. A. (2002). *Deterioro y evaluación neuropsicológicas en pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH-1): estado de la cuestión*. *Revista Clínica y Salud*, vol.13, n°1.
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J. R. (2006). *The Addenbrooke's Cognitive Examination revised (ACE-R): A brief cognitive test battery for dementia screening*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(11).
- Ocantos, J. & Zambon, M.A. (2005) *Quejas mnésicas en la vida cotidiana. Un enfoque desde Terapia Ocupacional*. Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2002). *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos N°1.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. CERMI, Madrid.
- Posner, M. (1995). *Attention in Cognitive Neuroscience: an overview*. Cambridge: Gazzaniga. Principles of Neuroscience.
- Poutiainen E, Elovaara I. (1996). *Subjective complaints of cognitive symptoms are related to psychometric findings of memory deficits in patients with HIV-1 infection*. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2(3). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9375187>

- Risiga, M. (2002) *Variaciones en las quejas mnésicas de adultos mayores con olvidos benignos que realizan talleres de memoria, medidas por el Cuestionario de Quejas Mnésicas de Marja Vink*. Trabajo final, Licenciatura en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de San Martín.
- Rosca, E. C., Rosca, O., Simu, M., Chirileanu, R. (2012). *HIV-associated Neurocognitive Disorders: A Historical Review*. [Review] *Neurologist*. 18(2). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22367830>
- Roumec, B. (2010). *Sistematización de la intervención en Terapia Ocupacional, en la construcción de los dispositivos que se implementan en los programas de estimulación de procesos mnésico-cognoscitivos*. Carrera de Especialización en Gerontología Institucional y Comunitaria. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Rourke, S. B., Halman, M. H., Bassel, C. (1999). *Neurocognitive complaints in HIV-infection and their relationship to depressive symptoms and neuropsychological functioning*. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*. 21(6). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10649531>
- Sardiñas Ponce, R. (2010) *Actualización sobre el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida: sus implicaciones para el uso clínico*. *Medisur*, vol. 8, num. 3.
- Singer, E., Valdes-Sueiras, M., Commins, D. (2010). *Neurologic Presentations of AIDS*. *Neurol Clin* ;28:2.
- Steinbrink, F., Evers, S., Buerke, B., Young, P., Arendt, G., Koutsilieris, E., et al. (2012). *Cognitive impairment in HIV infection is associated with MRI and CSF pattern of neurodegeneration*. *European Journal of Neurology*. doi: 10.1111/ene.12006
- Tobar, F., Olaviaga, S. y Solano, R. (2012). *Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario Argentino*. Documento de Políticas Públicas/Análisis N°108. Buenos Aires: CIPPEC.

- Torralva, T., Roca, M., Gleichgerrcht, E., Bonifacio, A., Raimondi, C., Manes, F. (2011). *Validación de la versión en español del Addenbrooke's Cognitive Examination-Revisado (ACE-R)*. El Sevier. Neurología. 26(6).
- Tozzi, V., Balestra, P., Galgani, S., Murri, R., Bellagamba, R., Narciso, P., et al. (2003). *Neurocognitive performance and quality of life in patients with HIV infection*. AIDS Research and Human Retroviruses. 19(8).
Recuperado de
http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/088922203322280856?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed&
- Tozzi, V.; Balestra, P.; Galgani, S.; Murri, R.; Bellagamba, R.; Narciso, P., et al. (2004). *Neurocognitive impairment influences quality of life in HIV-infected patients receiving HAART*. International Journal Of STD & AIDS. vol. 15, issue 4. Recuperado de
<http://openurl.ebscohost.com/linksvc/select.aspx?genre=article&sid=PubMed&issn=09564624&title=International+Journal+Of+STD+%26+AIDS&volume=15&issue=4&spage=254&atitle=Neurocognitive+impairment+influences+quality+of+life+in+HIV-infected+patients+receiving+HAART.&aulast=Tozzi+V&date=2004--&isbn=09564624>
- Wu, A.W., Rubin, H., Mathews, W., Ware, J., Brysk L, Hardy W, Bozzette S, Spector S, Richman D. (1991). *A health status questionnaire using 30 items from the Medical Outcomes Study*. Medical Care, 29.
- Zhang, Y., Qiao, L., Ding, W., Wei, F., Zhao, Q., Wang, X., et al. (2012). *An initial screening for HIV-associated neurocognitive disorders of HIV-1 infected patients in China*. J Neurovirol, 18 (2). Recuperado de
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22411002>

Anexo

INFORMACIÓN PARA LA PERSONA Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
“VIH/SIDA, fallas cognitivas y quejas mnésicas.

Un aporte desde Terapia Ocupacional”

Esta investigación tiene la finalidad de estudiar la presencia o no de fallas cognitivas en personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la percepción de quejas mnésicas que tienen dichas personas.

Las fallas cognitivas se refieren a alteraciones que pueden aparecer en distintas funciones como la memoria, la atención, concentración, orientación temporo-espacial, lenguaje, habilidades visuo-espaciales, planificación, etc. La finalidad de este trabajo es científica, los resultados de las evaluaciones estarán disponibles para los profesionales que los atienden como antecedente de investigación y podrán ser utilizados como base y a partir de ahí realizar un seguimiento de la evolución individual.

El presente proyecto de investigación no tiene fines de lucro, el fin es exclusivamente científico. El desarrollo del mismo estará a cargo de las srtas. Barainca, Guillermina y Frontini, Paula, estudiantes avanzadas de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional y serán supervisadas por el Dr. Sousa, Leandro, quien es el co-director de la tesis y por la licenciada en Terapia Ocupacional Roumec, Bettina quien es la directora de dicha tesis.

¿Debería usted participar?

Solo usted decidirá si desea participar o no de esta evaluación. Si usted decide tomar parte se le dará un formulario de consentimiento informado por escrito para que lo firme.

¿Qué me pasará si participo?

La evaluación implica un encuentro: se comenzará con la administración de una prueba que evalúa el funcionamiento cognitivo. Luego se aplicará un cuestionario sobre quejas cognitivas. Y por último se le agradecerá por la participación. Las pruebas son de tipo verbal y escrito, y no implican ningún tipo de examen físico ni la administración de farmacología.

¿Qué sucede si me niego a participar?

Usted puede negarse a participar y/o abandonar la evaluación en cualquier momento sin que ello repercuta en su tratamiento y atención médica.

¿Qué es lo que necesito hacer yo?

Usted debe estar dispuesto a realizar la evaluación.

¿Existen posibles riesgos o malestares por participar?

No, usted no corre ningún riesgo al participar en ésta evaluación.

¿Cuáles son los posibles beneficios de participar?

La información que nosotras consigamos en esta evaluación pretende aportar un mayor conocimiento acerca de su rendimiento cognitivo actual y dejar una base sobre la percepción que usted tiene del mismo.

¿La información recogida será confidencial?

La información recogida será confidencial y sólo podrá ser vista por los profesionales que lo están atendiendo pero su nombre no aparecerá en ningún registro. Los resultados de la evaluación pueden ser publicados pero su identidad no será revelada.

¿La participación tendrá algún costo?

Usted no tendrá ningún gasto por participar, ni tampoco se le pagará por intervenir.

¿Tengo acceso a los resultados de la evaluación?

La información recogida en la evaluación le será proporcionada si usted así lo deseara.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

iniciales de la persona:

Nombre de la investigación: **“VIH/SIDA, fallas cognitivas y quejas mnésicas. Un aporte desde Terapia Ocupacional”**

Se me ha invitado a participar de la siguiente evaluación y se me ha explicado que consiste en la realización de dos (2) pruebas relacionadas con el funcionamiento cognitivo, que son verbales y no implican ningún tipo de examen físico ni administración de medicamentos. Se me ha explicado también que este estudio es sin fines de lucro, que se desarrolla en el marco de una tesis de grado que forma parte de un requisito curricular para obtener el título de licenciada en Terapia Ocupacional y que está a cargo de las Srtas. Barainca, Guillermina y Frontini, Paula. Se realizará una evaluación de una duración aproximada de 25 minutos. Las evaluaciones no provocarán ningún efecto diverso a mi persona ni implicarán algún gasto económico. Los datos que se obtengan serán anónimos. He comprendido lo que me explicaron las Srtas. Barainca, Guillermina y Frontini, Paula y he tenido la oportunidad de realizar preguntas. La firma de este consentimiento no implica la pérdida de ninguno de mis derechos que legalmente me corresponden como sujeto de investigación de acuerdo a las leyes vigentes en la Argentina.

Yo.....he recibido de las Srtas. Barainca, Guillermina y Frontini, Paula información clara y en mi plena satisfacción sobre esta evaluación de la que voluntariamente quiero participar. Puedo abandonar la evaluación en cualquier momento sin que ello repercuta en mi tratamiento y atención médica.

Firma de la persona

Aclaración

Fecha

Firma del testigo

Aclaración

Fecha

Firma del director

Aclaración

Fecha

ADDENBROOKE'S COGNITIVE EXAMINATION REVISADO – ACE-R

APELLIDO Y NOMBRE:	EDAD:
AÑOS DE EDUCACION:	HC:
FECHA DE NACIMIENTO:	FECHA:
EXAMINADOR:	
ANTECEDENTES:	DERIVADO POR:

ORIENTACION:

- **Temporal:** Año/ Estación/ Mes/ Fecha*/ Día
- **Espacial:** País/ Ciudad/ Barrio/ Lugar/ Piso*



*Tolerancia para fecha y para piso: +/-2

Cambio de estación: si el paciente dice la estación que acaba de finalizar, preguntar. ¿qué otra estación podría ser?

Se puntúa 1 por respuesta correcta.

ATENCION Y CONCENTRACION:

1) Decir al sujeto: **Voy a decirle 3 palabras y quiero que las repita cuando yo termine de decir las**. Decir: **pelota, bandera, árbol**. Luego de que el sujeto las repita decir "Trate de recordarlas porque se las voy a volver a preguntar después". Si no repite las tres, probar 2 veces más (puntúe sólo el primer intento, 1 punto por palabra correctamente repetida).

PELOTA

BANDERA

ÁRBOL



Registrar el nro. de ensayos.:

2) Preguntar al sujeto: **cuánto es 100 menos 7?** Luego de que el sujeto responda, pídale que reste otros 7 hasta un total de 5 restas. Si el sujeto se equivoca, continúe desde el valor respondido por el sujeto (ej. 93, 84, 77, 70, 63 score 4). Otorgue 1 punto solo a las respuestas correctas.

$$(100 - 7) 93 - 86 - 79 - 72 - 65$$

Pedir al sujeto que **deletree la palabra 'mundo'**. Luego pedirle que lo haga al revés. El score es el número de letras en el orden correcto. Siempre tomar el deletreo independientemente del resultado de la tarea anterior.

O D N U M



Tener en cuenta el **mejor score de las dos pruebas.**

MEMORIA:

1) Decir al sujeto: **"Podría decirme las 3 palabras que le pedí que repita y recuerde."**
Puntuar 1 punto por cada respuesta correcta.



PELOTA BANDERA ÁRBOL

2) Memoria anterógrada:

Decir al sujeto: **Voy a decirle el nombre de una persona con su dirección y pedirle que la repita después de mí. Vamos a hacerlo 3 veces, para que pueda aprenderlo. Luego se la volveré a preguntar"**.

	1er. Trial	2do.	3ro.
Luis Reinal	— —	— —	— —
Pedro Goyena 420	— — —	— — —	— — —
Rosario	—	—	—
Santa Fe	—	—	—



/7

Si el paciente empieza a repetir junto con examinador pedirle que espere hasta que haya terminado el examinador. Otorgue 1 punto por cada elemento recordado correctamente. Luego de puntuar el primer trial, repita las instrucciones y realice la tarea dos veces exactamente de la misma manera. Registrar la puntuación en cada trial. Para el score sólo cuenta el 3er trial.

3) Memoria Retrograda: Dígame el nombre completo del:

Presidente Actual	
De la Mujer que fue presidente en la Argentina	
Papa	
Presidente estadounidense asesinado en la década del 60	

/4

Otorgue 1 punto por cada respuesta correcta y registre los errores. Si sólo dice el apellido también se puntúa como correcto.

FLUENCIA VERBAL:

1) Letras:

Pedir al sujeto: **Voy a decirle una letra del abecedario y quisiera que usted generara/dijera la mayor cantidad de palabras que pueda con esa letra, pero que no sean nombres propios de personas o lugares. ¿Está listo? Tiene un minuto y la letra es P.**

2) Categoría:

Decir al sujeto **Ahora nombre todos los animales que pueda, comenzando con cualquier letra.**

P	>17	14-17	11-13	8-10	6-7	4-5	3-4	<3
Animales	>21	17-21	14-16	11-13	9-10	7-8	5-6	<5
Score	7	6	5	4	3	2	2	0

Registrar el número total de respuestas. Para calcular el Raw Score otorgar 1 punto por cada respuesta correcta y excluir toda repetición. Ingresar a Scaled Score utilizando la tabla como se muestra anteriormente. Scaled Score (0-7):Tipos de error: perseveraciones e intrusiones.

Letra:	17
Animales:	17

LENGUAJE

1) Comprensión A: Mostrar al paciente la siguiente instrucción y pedirle: **lea y obedezca lo siguiente:**



CIERRE LOS OJOS

Otorgue 1 punto si es realizado correctamente.

2) Comprensión B (3 órdenes): Dar al sujeto un papel y decirle **Tome este papel con su mano derecha. Dóblelo por la mitad. Luego póngalo en el suelo.** Otorgar 1 punto por cada orden correctamente realizada.



3) Escritura: Pedir al sujeto **piense una oración y escríbala en estos renglones.** Si refiere no poder, sugerirle un tópico: por ejemplo del clima, de la jornada.
Otorgar 1 punto si la oración es escrita correctamente (sujeto-verbo-predicado) y si tiene sentido. No se considera correcto oraciones del tipo: Feliz cumpleaños, Lindo día.



4) Repetición (palabras simples): Pedir al sujeto que repita cada una de las siguientes palabras después que yo las diga. Puntúe 2 si están todas correctas; 1 si 3 fueron correctas y 0 si solo se leyeron 2 correctas o menos.

Hipopótamo	
Excentricidad	
Ininteligible	
Estadístico	

12

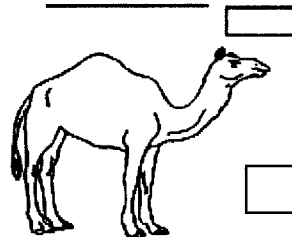
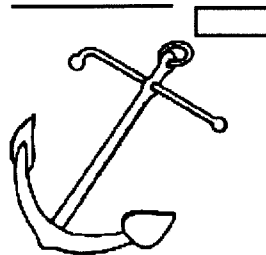
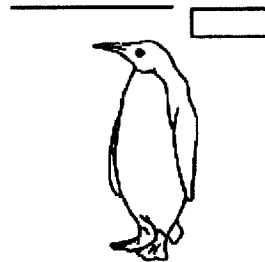
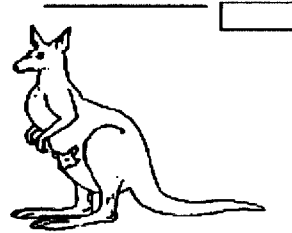
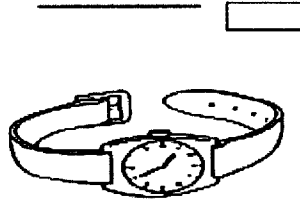
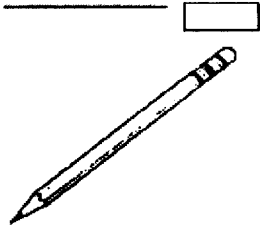
5) Repetición (de frases): Pedir al sujeto repita cada una de las siguientes frases después de mí. Permitir una sola repetición.

- El flan tiene frutillas y frambuesas.
- La orquesta tocó y la audiencia la aplaudió.

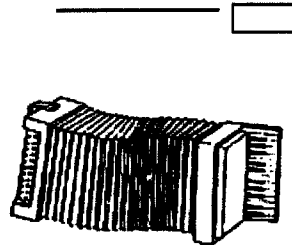
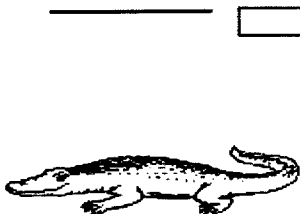
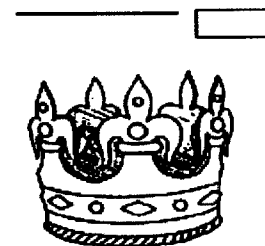
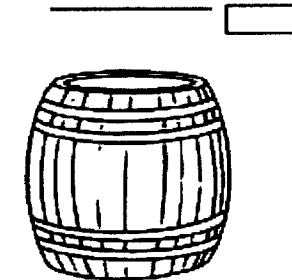
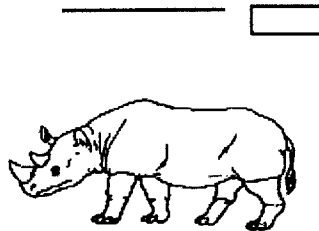
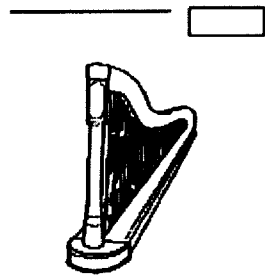


6) Denominación: Mostrar al sujeto los 12 siguientes dibujos y pedirle que nombre cada uno de ellos. Registrar las respuestas y los errores. Otorgar 1 punto por cada respuesta correcta. Permitir los sinónimos (por ejemplo: tonel pequeño por barril, dromedario por camello, etc).

(RELOJ, LAPIZ)



/10



7) Comprensión C: Usando las figuras anteriores, pida al sujeto:

- Señale cuál se asocia con la monarquía
- Señale cuál es un marsupial
- Señale cuál se puede encontrar en la Antártida
- Señale cuál se relaciona con la náutica (navegación)

/4

8) Lectura (irregular):

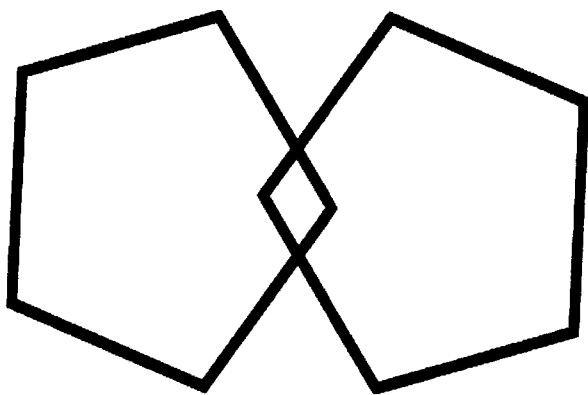
Pedir al sujeto que **lea cada una de las siguientes palabras** y mostrarle al paciente las mismas.

- **Jazz**
- **Lasagna**
- **Jean**
- **Hippie**
- **Jumbo**

Otorgar 1 punto si todas las palabras son leídas correctamente.

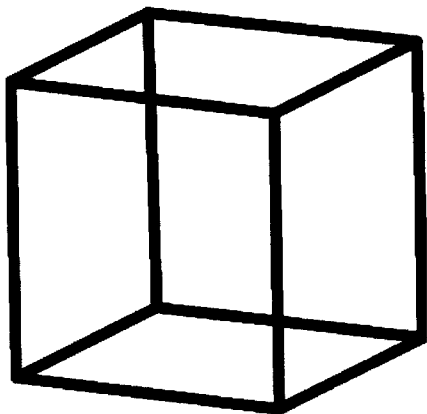
HABILIDADES VISUO ESPACIALES:

1) Pentágonos superpuestos: Mostrar al paciente la siguiente figura y pedirle que **copie este diagrama en el espacio provisto**. Puntuar con 1 punto si la copia es correcta.



2) Cubo: Mostrar al paciente la figura (cubo) y pedirle que **copie este diagrama en el espacio provisto**. Puntuar según guía.

/2

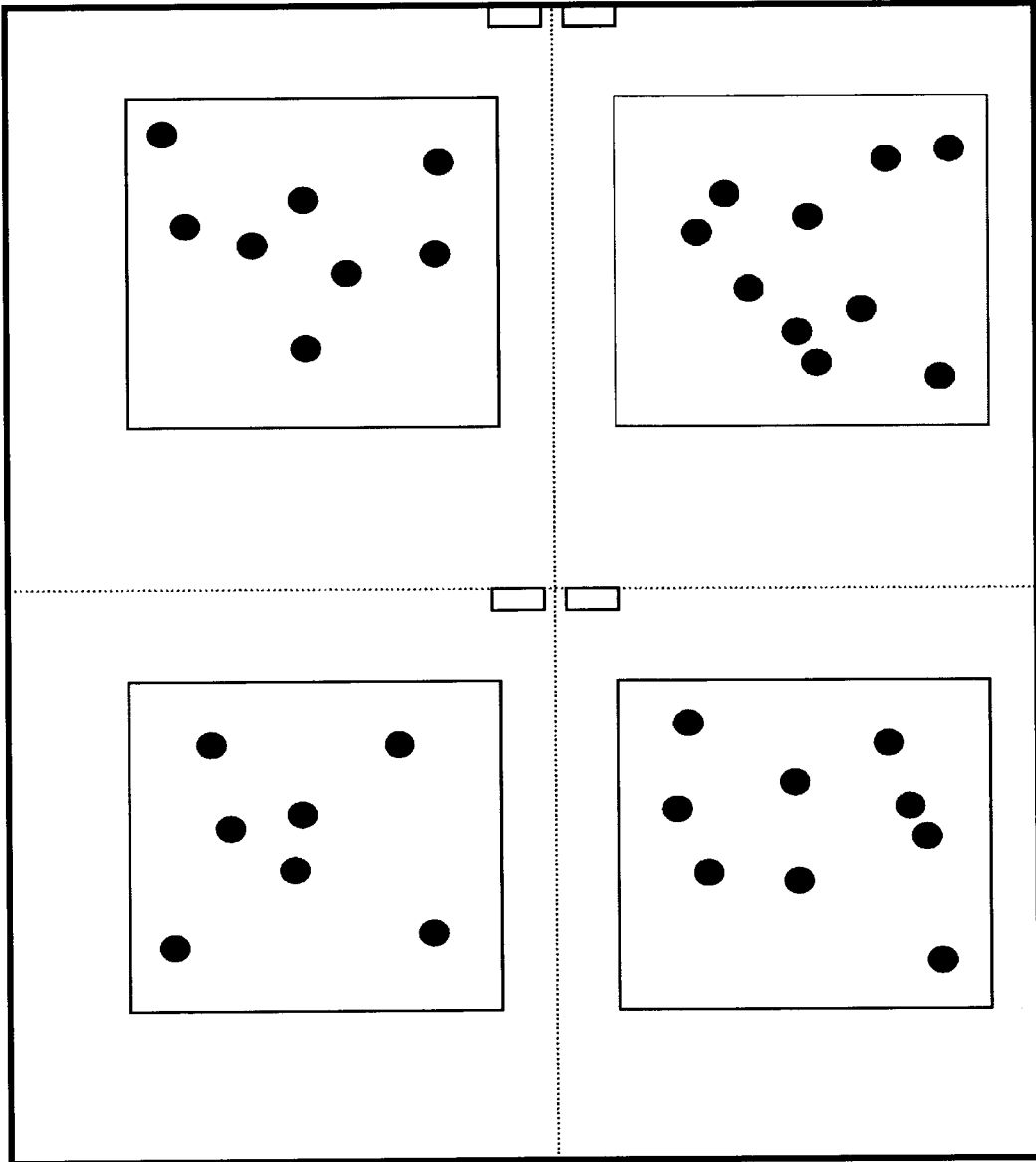


3) Reloj: Pedir al paciente que **dibuje un reloj con los números y las agujas indicando que son las 10:05 hs.** Otorgue 1 punto por el círculo correcto, por la numeración correcta (0-2) y por la posición correcta de las agujas (0 a 2).

/5

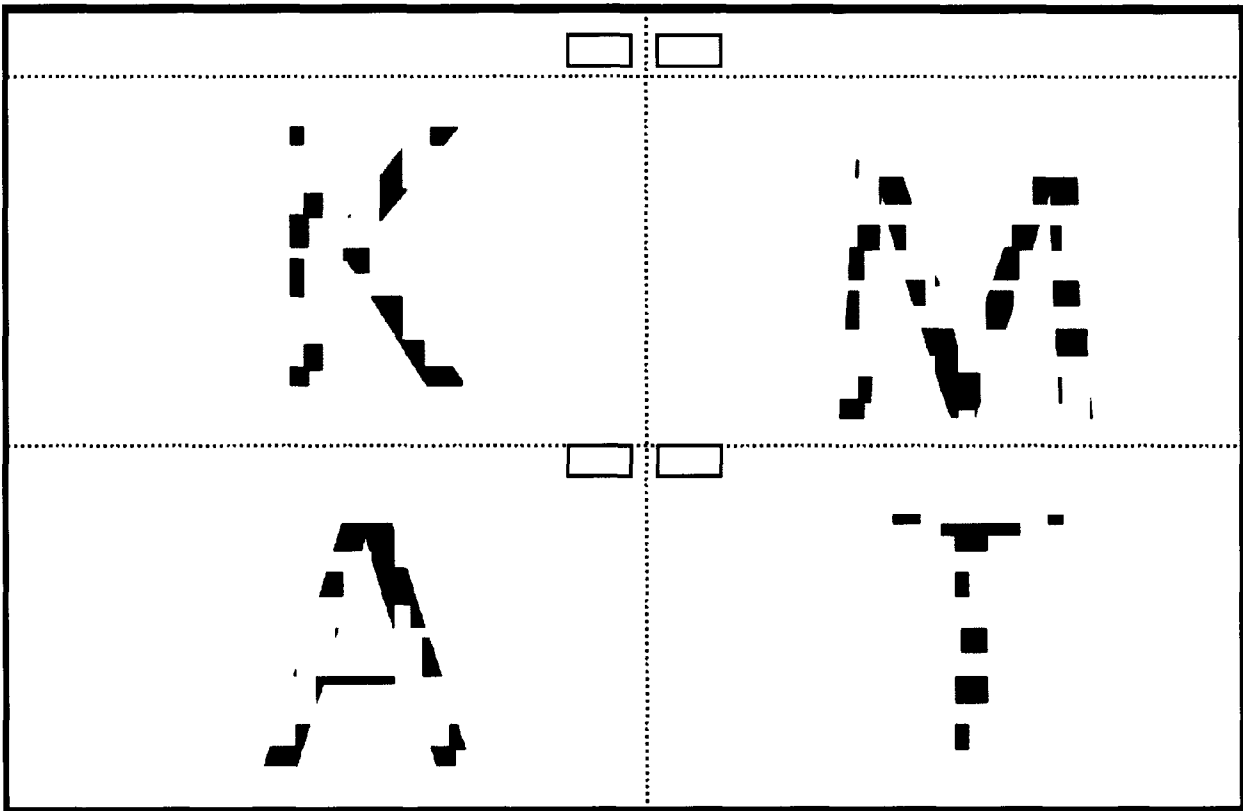
4) Pedirle al sujeto que cuente los puntos sin señalarlos

14



5) Pedirle al sujeto que identifique las letras

14



DELAYED MEMORIA

En este item se deberá *chequear el delayed*. Decirle al sujeto **Puede Ud. decirme el nombre y las direcciones que repetimos al principio?** Registrar la puntuación, scores y errores.

Luis Reinal	— —
Pedro Goyena 420	— — —
Rosario	—
Santa Fe	

17

RECONOCIMIENTO

Este test solo debe realizarse si el sujeto no recordó todos los ítems en el subtest anterior. Si todos los ítems fueron recordados correctamente, no realice el test y puntúe 5. Si solo una parte fue recordada en el subtest anterior comience marcando con un tilde los datos recordados. Luego testee los ítems no recordados diciendo: **"Bueno, le voy a dar algunas pistas: el hombre se llamaba X, Y o Z** y así sucesivamente. Cada ítem reconocido cuenta un punto que se suma a los puntos recordados originalmente.

Luis Reynal	Lucas Reynal	Luis Reynal	Luis Royal
Pedro Goyena	Pedro Galeano	Pablo Goyena	Pedro Goyena
420	240	420	450
Rosario	Capital Federal	Rosario	Resistencia
Santa Fe	Santa Fe	Buenos Aires	Chaco

/5

SCORE GENERAL Y SUBSCORES:

Dominio	Puntaje
Orientación	/10
Atención:	/08
Memoria	/26
Fluencia	/14
Lenguaje	/26
Habilidades Visuoespaciales	/16
TOTAL MMSE:	/30
TOTAL ACE:	/100

CUESTIONARIO DE QUEJAS MNÉSICAS
(Vinck et al., 1992)

NOMBRE:
FECHA.....EDAD.....
ADMINISTRADO POR:.....

Anote el puntaje que asigna a cada una de las preguntas de la siguiente forma:

a) ¿ Cuantas veces? Dentro de < > **nunca: 0; pocas veces: 1; A veces: 2; a menudo: 3**

b) ¿ Cuanto le molesta? Dentro de () **nada: 0; algo: 1; mucho: 2**

- 1- No puede memorizar un nuevo número de teléfono que quiere recordar? < > ()
- 2- No puede recordar un número telefónico que creía saber de memoria? < > ()
- 3- Ha olvidado un número telefónico que acaba de buscar cuando va a discar? < > ()
- 4- No recuerda cosas aprendidas en la escuela, que por muchos años había recordado, como fechas y nombres de lugares? < > ()
- 5- No recuerda el día de la semana en que vive? < > ()
- 6- No recuerda la fecha en que estamos? < > ()
- 7- No puede encontrar la palabra que quiere decir? < > ()
- 8- No puede recordar el nombre de alguien que conoció recientemente? < > ()
- 9- No puede recordar el nombre de una persona muy conocida? < > ()
- 10- Olvida inmediatamente el nombre de una persona que le presentan? < > ()
- 11- No reconoce una persona que le han presentado recientemente? < > ()
- 12- No reconoce a alguien muy conocido? < > ()
- 13- Se equivoca de camino en un lugar donde va con frecuencia? < > ()
- 14- Se pierde en un lugar en el que no conoce bien? < > ()
- 15- Se pierde en un lugar no muy conocido? < > ()
- 16- Vuelve a verificar si ha hecho algo o no (cerrar con llave) ? < > ()
- 17- Olvida objetos en algún sitio (lentes o cartera)? < > ()
- 18- Olvida hacer actos rutinarios (tomar pastillas) < > ()
- 19- Olvida como hacer acciones que domina bien (uso de electrodomésticos) < > ()
- 20- Olvida donde dejó hace un rato algún objeto (Monedero)? < > ()
- 21- No puede encontrar algo que esta siempre en un lugar fijo? < > ()
- 22- Durante una conversación, olvida sobre qué estaba hablando? < > ()
- 23- Recuerda que recién le dijeron algo pero no sabe qué ? < > ()
- 24- Le pasa que dice o pregunta algo que ya dijo antes? < > ()
- 25- Ya no recuerda una conversación mantenida hace algunos días? < > ()
- 26- Si esta leyendo, de repente ya no sabe lo que acaba de leer? < > ()
- 27- Olvida después de algunos días el contenido de un libro que acaba de leer? < > ()
- 28- Olvida un compromiso importante que había contraído? < > ()
- 29- Olvida lo que quería hacer cuando estaba en camino? < > ()
- 30- Le sucede que quiere hacer o decir algo pero olvida que era? < > ()

PUNTAJE : **Total < > =**
 Total () =



**UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA**
.....

**FAC CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 – TEL/FAX: 0223- 4752442.**

Jurados Titulares: Lic. Roumec Bettina

Lic. Xifra Julia

Lic. Ramella Juliana

Fecha de defensa: 11 de diciembre de 2013

Calificación: 10 (diez)
