

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <http://www.researchgate.net/publication/262194695>

Quejas cognitivas en personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en España: prevalencia y variables relacionadas

ARTICLE · MAY 2014

CITATIONS

2

READS

58

8 AUTHORS, INCLUDING:



Jose A. Muñoz-Moreno

Lluita Contra la SIDA Foundation. Badalona...

35 PUBLICATIONS 507 CITATIONS

SEE PROFILE



Carmina R Fumaz

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

51 PUBLICATIONS 1,148 CITATIONS

SEE PROFILE



Fernando Molero

National Distance Education University

70 PUBLICATIONS 182 CITATIONS

SEE PROFILE



Angeles Jaén

Fundació Docència i Recerca Mutua Terrass...

37 PUBLICATIONS 364 CITATIONS

SEE PROFILE



Original

Quejas cognitivas en personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en España: prevalencia y variables relacionadas

José A. Muñoz-Moreno^{a,b,*}, María J. Fuster-Ruiz de Apodaca^{c,d}, Carmina R. Fumaz^{a,b}, María J. Ferrer^{a,b}, Fernando Molero^d, Àngels Jaen^{c,e}, Bonaventura Clotet^{a,b,f} y David Dalmau^{c,e}

^aFundació Lluita contra la SIDA, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^bHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, España

^cSociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (SEISIDA), Madrid, España

^dDepartamento de Psicología Social y de las Organizaciones, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España

^eHospital Mútua de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

^fInstitut per la Recerca de la SIDA IrsiCaixa, Badalona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de octubre de 2012

Aceptado el 14 de febrero de 2013

On-line el xxx

Palabras clave:

Quejas cognitivas

Depresión

Ansiedad

Tratamiento antirretroviral

Infección por el virus de la

inmunodeficiencia humana

RESUMEN

Fundamento y objetivo: La existencia de quejas cognitivas en personas con VIH ha sido poco estudiada en España. El objetivo de este estudio fue conocer la prevalencia de quejas cognitivas en personas con VIH, así como sus posibles relaciones con variables demográficas, clínicas y psicológicas, en la época de los tratamientos antirretrovirales combinados.

Pacientes y método: Estudio multicéntrico observacional desarrollado en 4 hospitales y 10 ONGs en el que participaron 791 personas con VIH en España. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario autorreferido que evaluó variables demográficas y clínicas, e incluyó también la evaluación de quejas cognitivas, el estado emocional y la calidad de vida. El análisis de datos incluyó pruebas estadísticas descriptivas e inferenciales.

Resultados: Casi la mitad de la muestra (49,8%) manifestó quejas cognitivas, un 72,1% hallando relación con interferencia en la vida diaria. La memoria y la concentración fueron las áreas más percibidas como alteradas. La presencia de queja cognitiva se relacionó significativamente con un mayor tiempo de infección, un menor número de CD4, carga viral indetectable y peor calidad de vida. Un análisis discriminante mostró que la depresión, la ansiedad, una mayor edad, estar sin pareja y un bajo nivel de estudios fueron las variables que permitieron clasificar mejor a las personas con VIH y queja cognitiva.

Conclusiones: Las quejas cognitivas son frecuentes en personas con VIH en la época de los tratamientos antirretrovirales combinados. Este hecho está relacionado con una peor salud psicológica y calidad de vida, así como con un peor estado inmunológico y virológico.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Cognitive complaints in people with human immunodeficiency virus in Spain: prevalence and related variables

ABSTRACT

Background and objective: Cognitive complaints have been scarcely studied in people with HIV in Spain. The aim of this research was to know the prevalence of cognitive complaints in HIV-infected people, as well as its potential relationships with demographic, clinical and psychological variables, in the era of combination antiretroviral therapies.

Patients and method: Observational multicenter study developed in 4 hospitals and 10 NGOs, in which 791 people with HIV in Spain participated. A self-reported questionnaire was used to evaluate demographic and clinical variables, and an assessment of cognitive complaints, emotional status and

Keywords:

Cognitive complaints

Depression

Anxiety

Antiretroviral therapy

Human immunodeficiency virus-infection

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmunoz@flsida.org (J.A. Muñoz-Moreno).

quality of life variables was also included. Descriptive and inferential tests were used for statistical analyses.

Results: Almost half of the sample (49.8%) referred cognitive complaints, in 72.1% of them an association with interference on daily living activities was found. Memory and attention were the areas most prevalently perceived as affected. The existence of cognitive complaints correlated with a longer HIV infection, lower CD4+ cell count, undetectable viral load and worse quality of life. A discriminant analysis determined that depression, anxiety, older age, living with no partner and low education level allowed to classify optimally HIV-infected people with cognitive complaints.

Conclusions: Self-reported cognitive complaints are frequent in people infected with HIV in the current era of combination antiretroviral therapies. This fact is related to emotional disturbances and poor quality of life, but also to impaired immunological and virological status.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La alteración del funcionamiento neurocognitivo es una complicación frecuente en la infección por VIH. Se ha descrito que un 25-50% de las personas con VIH presentan deterioro neuropsicológico y este hecho puede tener origen en el efecto del virus o en otras condiciones clínicas asociadas a la infección¹⁻³. Esta alteración suele estar asociada a una peor calidad de vida y un peor desarrollo de las actividades de la vida diaria⁴⁻⁶, aunque también se ha alertado sobre consecuencias negativas en el abordaje clínico de los pacientes con VIH, poniendo en peligro el éxito virológico y el control inmunológico logrado gracias al uso del tratamiento antirretroviral combinado⁷⁻⁹.

Actualmente se considera prioritario el hecho de detectar posibles factores de riesgo que informen de la existencia de alteración neurocognitiva en personas con VIH. En este sentido se ha identificado el tiempo con VIH como un factor predictor de aparición de deterioro cognitivo en personas con esta infección^{10,11}, niveles inferiores de células CD4+¹², o la presencia de otras comorbilidades, tales como la enfermedad cardiovascular^{13,14} o la coinfección con el virus de la hepatitis C¹⁵, entre otras. La queja cognitiva percibida se ha sugerido también como posible factor predictor de esta alteración, aunque se ha visto que su relación puede estar mediada por diferentes condiciones, tales como el estado de ánimo o la situación clínica^{16,17}.

En España se desconoce a día de hoy cuál es la prevalencia de las quejas cognitivas en las personas con VIH. Además, apenas existe información sobre cuáles serían las áreas cognitivas percibidas como más alteradas, así como sobre las variables clínicas o demográficas que pueden estar relacionadas. Por estos motivos decidimos diseñar y desarrollar el siguiente estudio, el cual contó con el apoyo de SEISIDA y de la Fundación Lucha contra el Sida entre otras entidades en el territorio español, y que estableció como objetivo principal el hecho de conocer la prevalencia de quejas cognitivas en España, así como sus posibles relaciones con diferentes variables clínicas, demográficas y psicológicas. Adicionalmente, se contemplaron los siguientes objetivos secundarios: a) estudiar la relación entre existencia de queja cognitiva y la percepción de interferencia en la vida diaria; b) conocer el perfil de las áreas cognitivas referidas más comúnmente como alteradas; c) estudiar la relación entre existencia de queja y diferentes variables demográficas y clínicas, y d) examinar la posible asociación con otras variables de salud psicológica y de calidad de vida.

Pacientes y método

Diseño

Para alcanzar los objetivos establecidos se llevó a cabo un estudio observacional, cuantitativo, de carácter correlacional *ex post facto*. Participaron en la investigación 791 personas con VIH procedentes de toda la geografía española. Para la selección de participantes se realizó un muestreo no probabilístico de tipo casual o incidental.

Muestra

Un 30% de la muestra estuvo compuesta por mujeres, y el resto fueron hombres. Su rango de edad osciló entre 18 y 75 años (media = 43,4, DT = 8,7). La mayoría de los participantes fueron de raza caucásica, orientación sexual heterosexual, solteros, y habían cursado estudios primarios o secundarios (tabla 1).

Con respecto a las características clínicas, se halló que la mayoría de las personas entrevistadas había adquirido la infección a través de relaciones sexuales desprotegidas y llevaban más de una década con la infección. Asimismo, alrededor de un 90% tomaban tratamiento antirretroviral y presentaban un alto

Tabla 1
Características demográficas y clínicas de la muestra

	N = 791
Sexo	
Hombres	68
Mujeres	31,4
Transgénero	0,6
Raza	
Caucásica/europea	75,1
Hispanica/latina	21
Asiática/oriental	0,5
Negra	2,7
Otra/desconocida	0,6
Edad, media (DT)	43,4 (8,73)
Nivel de estudios	
Sin estudios	5,2
Primarios	36,6
Secundarios	40
Superiores	17,8
Otros	0,4
Estado civil	
Casado/a o en pareja	31,2
Divorciado/a o separado/a	18,4
Soltero/a	44,7
Viudo/a	5,7
Orientación sexual	
Heterosexual	58
Homosexual	34,5
Bisexual	5,2
Prefiero no contestar	2,3
Vía de transmisión	
Relación sexual desprotegida	57,8
Compartir material de inyección	22,8
Transfusión	1,9
Concurren varias prácticas	17
Vertical	0,5
Toma tratamiento antirretroviral	86,8
Carga viral indetectable	70
Tiempo de infección, mediana (AI)	16 (15)
CD4, células/mm ³ , mediana (AI)	536 (359)
Adherencia al tratamiento, media (DT)	97,36 (10,3)

AI: amplitud intercuartílica; DT: desviación típica.
Datos ofrecidos en porcentajes, excepto cuando se especifica.

porcentaje de adherencia al mismo (media = 97,3, DT = 10,3). La situación inmunológica y virológica que refirieron mayoritariamente era adecuada (tabla 1).

Procedimiento

Se diseñó un cuestionario de carácter autoadministrado y anónimo que contempló la evaluación de variables demográficas, clínicas y psicológicas. Este se distribuyó entre 4 unidades de atención a personas con VIH en diversos hospitales y 10 ONGs que trabajan en el ámbito del VIH. La recogida de datos se llevó a cabo entre febrero y mayo de 2011. Los profesionales sanitarios y sociales que colaboraron en el estudio durante el tiempo de sus consultas o atención en los diferentes servicios explicaron a las personas participantes los objetivos del mismo, obtuvieron su consentimiento informado, y les pidieron contestar el cuestionario. Los participantes rellenaron este en los espacios de espera existentes en los diferentes centros, devolviéndolo a continuación a dichos profesionales. Todos los procedimientos llevados a cabo en el estudio siguieron la Declaración de Helsinki de 1964 (revisada en 1996), así como las guías de una buena práctica clínica.

Variables e instrumentos

Variables demográficas y clínicas

Se diseñó un cuestionario autorreferido, el cual permitió recoger toda la información necesaria para el estudio. Dicho cuestionario se ha incluido de forma íntegra en el Anexo (material adicional en la web). A nivel demográfico y clínico este instrumento contempló las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, orientación sexual, nivel de estudios, vía de transmisión del VIH, año de diagnóstico, recuento de células CD4+, nivel de carga viral, tipo de tratamiento antirretroviral y nivel de adherencia a este.

Queja cognitiva e interferencia en la vida diaria

Las quejas cognitivas se recogieron a través de preguntas relacionadas con la percepción de los participantes sobre la existencia de una posible alteración neurocognitiva y su interferencia en la vida diaria o en el trabajo. Las variables incluidas en esta evaluación fueron similares a las utilizadas previamente por otros autores¹⁷⁻¹⁹ y consistieron específicamente en las siguientes preguntas: «¿Crees que has perdido memoria, capacidad para concentrarte, o para planificarte?» y «En el caso de que hayas apreciado cambios, ¿crees que han interferido en tu funcionamiento diario o en tu trabajo?». Las respuestas a estas preguntas fueron dicotómicas (opción de respuesta sí/no). Se decidió utilizar esta metodología por su uso previo no solo en población general, sino también específicamente en la infección por VIH, y además por la reciente recomendación del uso de esta metodología en guías internacionales para el tratamiento de trastornos neurocognitivos en la infección por el VIH²⁰. Con el objetivo de complementar esta información se preguntó, además, por las áreas en las que apreciaban más alteración. Se contemplaron los siguientes dominios, de forma similar a las áreas recomendadas en la evaluación de trastornos neurocognitivos en la infección por VIH²⁰⁻²²: concentración, capacidad para pensar, memoria, aprendizaje, planificación, lenguaje y comunicación, uso de las manos, y otras áreas.

Salud psicológica

Se utilizó el *General Health Questionnaire* (GHQ-12, «Cuestionario de Salud General») ²³. Este instrumento sirve para evaluar el bienestar psicológico y alteraciones psiquiátricas no psicóticas. Se utilizó la versión de 12 ítems validada en castellano con formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos. La puntuación total en la escala tiene un rango de 0 a 36, donde a mayor puntuación peor es la salud

psicológica. La puntuación media total obtenida fue de 15,24 (DT = 6,04). Puntuaciones mayores de 14 indican malestar psicológico. Diferentes estudios han identificado estructuras tanto de 2 como de 3 factores para esta escala²⁴⁻²⁶. Para el propósito de esta investigación usamos una estructura bifactorial que nos permitió medir las dimensiones de depresión y ansiedad.

Calidad de vida

Se pidió a las personas participantes que definieran su salud en 3 áreas: física, psicológica o emocional, y social. Asimismo se les pidió que definiesen su calidad de vida en general. Estas preguntas se adaptaron a partir del cuestionario MOS-HIV²⁷, el cual ha sido validado en español, y siguieron un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos: 1: realmente mala; 2: más bien mala; 3: más bien buena; 4: realmente buena.

Análisis de datos

De acuerdo con los objetivos del estudio, el análisis de datos comprendió tanto técnicas descriptivas como inferenciales. Los datos de las técnicas descriptivas se ofrecieron como frecuencias y porcentajes.

El análisis inferencial comprendió las siguientes técnicas. En primer lugar, para analizar la relación de la queja cognitiva con las variables demográficas, clínicas, de salud psicológica y calidad de vida, se realizaron comparaciones de proporciones a través del estadístico Chi cuadrado para aquellas variables que eran categóricas, y de medias a través de la prueba t de Student para muestras independientes en el caso de variables continuas. Posteriormente, para estudiar los determinantes de la queja neurocognitiva se realizó análisis discriminante por el método de pasos sucesivos. A través de dicho análisis se obtuvo una función discriminante indicativa de qué personas expresaban quejas cognitivas en mayor medida. Se introdujeron como variables independientes las demográficas, las clínicas y las relacionadas con el bienestar psicológico y la calidad de vida que mostraron cierta variabilidad estadística.

Resultados

Quejas neurocognitivas e interferencia en la vida diaria

Los resultados mostraron que casi la mitad (49,8%, IC 95%: 0,44-0,54) de las personas entrevistadas expresaron queja cognitiva a diferentes niveles. Específicamente, la concentración y la memoria fueron las áreas más frecuentemente percibidas como afectadas, y algo más del 20% de la muestra también expresó queja relacionada con otras áreas, como la capacidad para pensar, la planificación y el lenguaje (fig. 1). Un 72,1% (IC 95%: 0,67-0,76) de las personas que

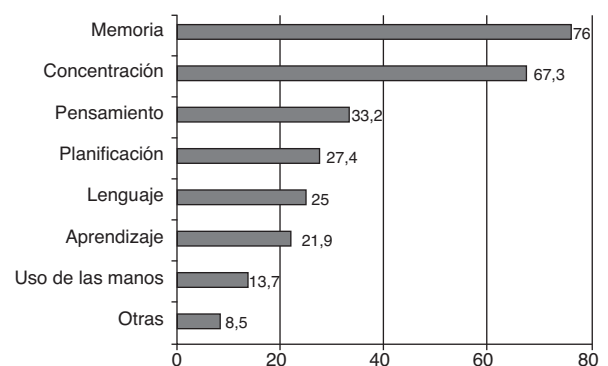


Figura 1. Frecuencia de quejas cognitivas según el área percibida como alterada. Datos ofrecidos en porcentajes.

Tabla 2
Principales variables clínicas y psicológicas relacionadas con la existencia de quejas cognitivas

	Queja cognitiva		t (gl)	χ^2 (gl)	p	IC 95%	d Cohen
	Sí	No					
Salud psicológica ^a , media (\pm DT)	17,7 \pm 6,1	12,5 \pm 4,6	12,5 (723)	-	< 0,001	4,3, 5,9	0,93
Depresión ^b , media (\pm DT)	1,43 \pm 0,60	0,97 \pm 0,44	12,3 (775)	-	< 0,001	0,39, 0,54	0,88
Ansiedad ^b , media (\pm DT)	1,51 \pm 0,49	1,11 \pm 0,36	12,8 (775)	-	< 0,001	0,33, 0,45	0,91
Calidad de vida general ^c , media (\pm DT)	2,6 \pm 0,65	3 \pm 0,60	-9,3 (775)	-	< 0,001	-0,50, -0,33	-0,67
Calidad de vida física ^c , media (\pm DT)	2,7 \pm 0,68	3,1 \pm 0,61	-9,6 (775)	-	< 0,001	-0,54, -0,35	-0,68
Calidad de vida psicológica ^c , media (\pm DT)	2,4 \pm 0,76	3 \pm 0,67	-12 (775)	-	< 0,001	-0,71, -0,51	-0,84
Calidad de vida social ^c , media (\pm DT)	2,6 \pm 0,75	3 \pm 0,74	-8 (775)	-	< 0,001	-0,53, -0,32	-0,57
Tiempo con VIH, media (\pm DT)	13,9 \pm 8,2	12,4 \pm 8,5	2,1 (586)	-	0,03	0,13, 2,8	0,17
Recuento actual de CD4+, media (\pm DT)	544,6 \pm 282,7	592,2 \pm 285,4	-2,03 (587)	-	< 0,001	-0,93, -1,5	-0,17
Carga viral indetectable (% , IC 95%)	77,4 (0,74, 0,80)	22,6 (19, 25]	-	4,6 (1)	0,03	-	-
<i>Vía de transmisión</i>							
Compartir material inyección (% , IC 95%)	55,4 (51, 58)	44,6 (41, 48)	-	14,4 (5)	0,01	-	-
Relación sexual (% , IC 95%)	70,8 (67, 64)	29,2 (26, 32)	-	-	-	-	-

CV: calidad de vida; IC: intervalo de confianza; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

^a Rango de puntuación total de 0 a 36 puntos.^b Rango de la escala de 0 a 3 puntos.^c Rango de respuesta de 1 a 4 puntos.

expresaron queja cognitiva asociaron este hecho a interferencia en su funcionamiento diario o en el trabajo.

Relación de las quejas cognitivas con variables demográficas y clínicas

Respecto a la vía de transmisión, los resultados mostraron que solamente en los grupos de personas que habían adquirido el VIH a través de compartir material de inyección, o en los que concurría esta práctica con la relación sexual desprotegida, había más prevalencia de queja cognitiva (55,4 y 70,8%, respectivamente) que en el resto de grupos con otras vías de transmisión, de forma estadísticamente significativa (tabla 2).

La presencia de queja cognitiva también se relacionó significativamente con un mayor tiempo de infección y un menor número de CD4 (tabla 2). Respecto a la carga viral, se observó que un 77,4% de las personas que expresaban queja cognitiva tenían la carga viral indetectable.

Se analizó si había más queja cognitiva en el caso de estar tomando tratamiento y también según la combinación de familias de fármacos que tomaban las personas participantes. Se incluyeron en el análisis las combinaciones de fármacos para las que había un número suficiente de participantes: inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos/nucleótidos (ITIAN) + inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos/nucleótidos (ITINAN), ITIAN + inhibidores de la proteasa (IP), y monoterapia con IP. Se observó que, aunque de manera general no habían diferencias significativas en la presencia de queja cognitiva por el hecho de estar tomando o no tratamiento antirretroviral, sí que las había según la combinación de fármacos que tomaban. Los resultados mostraron que en las personas que tomaban la combinación de ITIAN con IP (n = 232) la presencia de queja cognitiva era mayor (57%, p = 0,03).

A partir de estas diferencias se estudiaron posibles asociaciones con variables demográficas y clínicas entre las personas que tomaban las 3 combinaciones de fármacos más frecuentes y se hallaron diferencias significativas en el tiempo de infección y en la edad, aunque el tamaño de las diferencias fue bajo. Por un lado, las personas que tomaban la combinación ITIAN + ITINAN llevaban menor tiempo de infección (media = 12,3, DT = 7,8) que las que tomaban ITIAN + IP (media = 14,5, DT = 8) o monoterapia con IP (media = 17,1, DT = 6,6, F [2.314] = 5,6, p = 0,004, η^2 = 0,03). Por otro lado, las personas que tomaban ITIAN + ITINAN tenían también la edad media más baja (42,4, DT = 8,1) que las que tomaban ITIAN + IP (44,7, DT = 8,2) o monoterapia con IP (47,7, DT = 8,5, F [2.402] = 7,5, p = 0,001, η^2 = 0,03).

Relación de las quejas cognitivas con la salud psicológica y la calidad de vida

Las personas que expresaban queja cognitiva tenían puntuaciones más altas en la escala de salud psicológica, a diferencia de las que no expresaban dichas quejas (fig. 2). Al estudiar las diferencias según los factores de ansiedad y de depresión se observó que, aunque los tamaños del efecto eran altos en todos los casos, aparecían ligeramente superiores en la ansiedad que en la depresión.

Asimismo, se observó que las personas que expresaban queja cognitiva eran las que peor calidad de vida tenían, tanto de forma general como en sus dimensiones física, psicológica y social. Cabe destacar que los tamaños del efecto fueron más altos en el caso de las diferencias relativas a las variables de salud psicológica, a diferencia de los tamaños del efecto en el caso de las variables de calidad de vida.

Variables predictoras de la existencia de quejas cognitivas

En primer lugar se realizó un análisis discriminante para toda la muestra de participantes. Este análisis extrajo una función significativa que explicaba el 100% de la variabilidad del modelo, Wilks' lambda = 0,78, χ^2 (5, N = 398) = 96,9, p < 0,001. De acuerdo

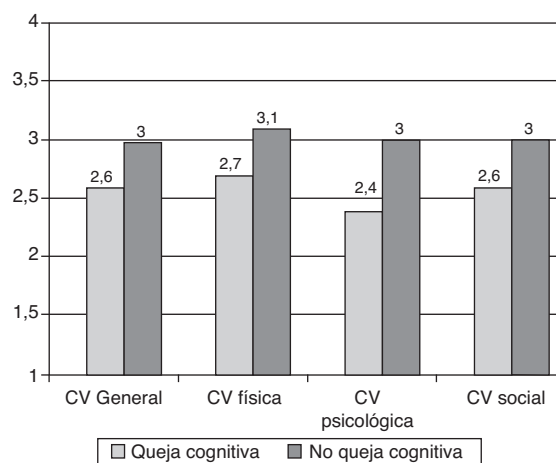


Figura 2. Diferencias en las escalas de calidad de vida según la presencia o ausencia de quejas cognitivas. Todas las comparaciones son estadísticamente significativas (p < 0,001). CV: calidad de vida.

Tabla 3
Análisis discriminante para la detección de variables predictoras de quejas cognitivas

Predictores	Coefficientes estandarizados	Wilks' lambda	Estadístico F y nivel de significación
<i>Total de la muestra</i>			
Depresión	0,482	0,848	71,02 (1,396); p > 0,001
Ansiedad	0,526	0,818	43,99 (2,395); p > 0,001
Edad	0,313	0,800	32,86 (3,394); p > 0,001
Estado civil	0,232	0,790	26,10 (4,393); p > 0,001
Nivel de estudios	-0,223	0,782	21,90 (5,392); p > 0,001
<i>Personas con GHQ < 14</i>			
Ansiedad	0,872	0,925	14,49 (1,179); p > 0,001
Nivel de estudios	-0,573	0,893	10,68 (2,178); p > 0,001
<i>Personas con GHQ ≥ 14</i>			
Depresión	0,792	0,969	6,1 (1,188); p = 0,014
Edad	0,680	0,943	5,6 (2,187); p = 0,004

GHQ: *General Health Questionnaire* («Cuestionario de Salud General», escala de salud psicológica). Puntuaciones directas de 0 a 36 puntos.

con los resultados de la función, las variables que permitieron clasificar a las personas con VIH y queja cognitiva fueron la depresión, la ansiedad, una mayor edad, el estado civil (personas solas o viudas) y el bajo nivel de estudios (tabla 3). El 70,3% de la muestra se clasificó correctamente, lo que indicó que la predicción a partir de las variables de la función discriminante puede ser útil para clasificaciones futuras.

Dadas las diferencias halladas en la salud psicológica se repitió el análisis discriminante por separado en aquellas personas con puntuaciones en la escala de salud psicológica inferiores al punto de corte considerado como indicador de enfermedad (< 14) y con puntuaciones superiores a dicho punto de corte (≥ 14). El análisis realizado en personas con buena salud psicológica extrajo una función significativa que explicaba el 100% de la variabilidad del modelo, Wilks' lambda = 0,89, χ^2 (2, N = 181) = 20,1, p < 0,001. Según los resultados, la ansiedad y el bajo nivel de estudios fueron las variables que permitían clasificar mejor a las personas con queja cognitiva en este grupo de personas. Por su parte, el análisis realizado en el grupo de personas con mala salud psicológica extrajo también una función significativa que explicaba el 100% de la variabilidad del modelo, Wilks' lambda = 0,94, χ^2 (2, N = 190) = 10,9, p = 0,004. Para este grupo de personas, las variables que determinaban la presencia de queja cognitiva fueron la depresión y una mayor edad. Se clasificó correctamente al 70,5% del grupo de personas con mejor salud psicológica, y al 70,2% del grupo con peor salud psicológica.

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio ponen de manifiesto que existe una alta prevalencia de queja cognitiva en la actualidad en las personas con VIH. Concretamente, la mitad de las personas entrevistadas refirieron alguna alteración de su funcionamiento cognitivo, y esa alteración se percibió en mayor medida en áreas como la memoria o la concentración, aunque también en otras como el pensamiento, la planificación o el aprendizaje. Ese déficit percibido se relacionó con una frecuente interferencia en la vida diaria, así como con una peor calidad de vida, evaluada esta última a través de diferentes dimensiones.

Los datos de este trabajo muestran que la presencia de queja cognitiva tiene relación con ciertas variables clínicas en las personas con VIH. En este sentido, son las personas con historia de uso de drogas y con un mayor tiempo con la infección las que más las expresaron. Estos resultados están en concordancia con los hallados por otros investigadores, los cuales han detectado un peor estado clínico general, una peor adherencia, y/o unas mayores tasas de síntomas depresivos asociados a la queja cognitiva

en personas con VIH¹⁶⁻¹⁹. Otras características clínicas de las personas que percibieron déficits cognitivos en nuestro estudio fueron el hecho de tener un menor recuento de linfocitos CD4 o una carga viral indetectable, los cuales no han sido factores típicamente hallados en relación con la queja subjetiva en trabajos previos, aunque sí a alteración cognitiva valorada a partir de completas exploraciones neuropsicológicas^{28,29}. Esto resalta el interés de variables relacionadas con la situación clínica por el VIH y su posible valor predictivo en este escenario.

El hallazgo principal en relación con la presencia de quejas cognitivas en personas con VIH ha sido tradicionalmente la existencia de síntomas depresivos^{16,17}. En este sentido, nuestro trabajo valoró no solo la existencia de esos síntomas, sino también de síntomas de ansiedad, y ambos hechos permitieron conocer posibles asociaciones en el caso de personas con VIH en España. La puntuación global obtenida por los participantes en salud psicológica superó el punto de corte para considerar la existencia de enfermedad. En concreto, casi la mitad de las personas participantes presentaron trastorno psicológico. Esto permitió obtener una información relevante sobre salud psicológica, hallando efectivamente una estrecha relación entre la presencia de síntomas de depresión y la existencia de queja cognitiva, al igual que sucedió con los síntomas de ansiedad. Estas asociaciones motivaron el desarrollo del análisis discriminante por separado, para las personas con mejor y peor salud psicológica. En consecuencia, los resultados mostraron que en personas con mejor salud psicológica las variables que mejor determinaron la presencia de queja fueron la ansiedad y el nivel de estudios, mientras que la depresión y la edad fueron las que la determinaron mejor en el caso de una peor salud psicológica. Cabe mencionar que estos datos son únicos en población española, ya que hasta el momento se habían descrito ciertas relaciones en personas con VIH entre queja cognitiva y estado emocional en nuestro país, pero siempre en muestras más pequeñas que la presentada en este trabajo, y sin estudiar específicamente posibles variables demográficas o clínicas relacionadas con el estado de salud.

Respecto al tratamiento antirretroviral, si bien de manera general no se observó discrepancia entre las personas que lo seguían y las que no, sí que se hallaron diferencias según la familia de fármacos. Así, el grupo de personas con ITIAN e ITINAN fue el que menos prevalencia de queja cognitiva mostró, y aquel con ITIAN e IP, en cambio, el que más la mostró. Con el objetivo de controlar variables que pudieran haber mediado en estas diferencias se analizaron posibles vínculos con las características de las personas que tomaban esas combinaciones, encontrando un tiempo medio de infección inferior al hallado en los otros grupos comparados, así como una edad media inferior. Estos resultados, a

pesar de estar basados en tamaños del efecto de nivel bajo, podrían indicar cierta influencia de algunos regímenes antirretrovirales en concreto sobre la queja cognitiva. En cualquier caso, el hecho de valorar combinaciones específicas de fármacos o el tiempo en tratamiento no fue el objetivo principal del estudio, y por ello, no se profundizó en las posibles relaciones con esas variables. Además, ese aspecto podría ser interesante en particular considerando la existencia de alteración neurocognitiva a través de baterías neuropsicológicas exhaustivas, ya que eso permitiría conocer con rigurosidad el funcionamiento del SNC en función de las diferentes áreas cognitivas evaluadas.

Esta investigación quiso determinar también cuáles pueden ser las características que representan mejor el perfil de las personas con VIH y quejas cognitivas. Los resultados pusieron de manifiesto que eran las personas con más síntomas de depresión y ansiedad, de edad más avanzada, con un menor nivel de estudios, y aquellas que no tenían pareja, las que caracterizaban mejor ese patrón. Este hallazgo es, sin duda, relevante, ya que conocer mejor el perfil de las personas con VIH y quejas cognitivas podrá permitir la sospecha de aquellos individuos con problemas en el funcionamiento de su SNC, así como ayudar en el diagnóstico de un trastorno neurocognitivo asociado al VIH. De esta forma, conocer mejor la existencia de variables predictoras de queja cognitiva en personas con VIH en la actualidad ayudaría también en la identificación de futuras intervenciones.

Esta investigación presenta ciertas limitaciones. Principalmente, el hecho de haber usado un único cuestionario autorreferido hizo que gran número de variables no pudieran ser recogidas más exhaustivamente. En el caso de la queja cognitiva, por ejemplo, se utilizaron variables dicotómicas, las cuales pudieron restringir la información obtenida, a pesar de haber sido un método utilizado y recomendado por otros autores previamente en la infección por VIH¹⁷⁻¹⁹. En este sentido, otro aspecto que pudo estar condicionado fue la evaluación de las variables clínicas, ya que también se basó en la opinión del paciente y eso pudo restar fiabilidad a los datos recogidos, a pesar de que gran número de trabajos publicados en la literatura médica han utilizado este mismo método. Por otro lado, sin duda la evaluación del funcionamiento neuropsicológico es necesaria para conocer el funcionamiento del SNC en personas con VIH, y no haber contado con esa información limitó la posibilidad de investigar interesantes relaciones con otras posibles variables relevantes. No obstante, el objetivo principal de este trabajo fue valorar de una forma exploratoria la prevalencia de quejas cognitivas en España en nuestros días, y por ello no se contempló el uso de exploraciones neuropsicológicas. Además, desde el inicio de esta investigación fue prioritario alcanzar una muestra lo más amplia posible, suficientemente representativa de la población española con VIH, y ese hecho requirió, por tanto, un abordaje accesible a los datos de estudio.

En resumen, esta investigación es una de las primeras en mostrar datos en España sobre la prevalencia de las quejas cognitivas en personas con VIH en la época actual de los tratamientos antirretrovirales combinados. Además, ofrece información relevante sobre variables demográficas, clínicas y psicológicas relacionadas con esa prevalencia. Ambos aspectos presentan diferentes ventajas en el panorama actual de la infección por VIH. Estos hallazgos pueden permitir al clínico conocer en mejor medida la situación psicológica de los pacientes a los que trata, aunque también predecir mejor la coexistencia de ciertas comorbilidades relacionadas con el VIH, como es la alteración del funcionamiento del SNC. Por otra parte, al margen de ambas ventajas, entendemos que los datos ofrecidos en este trabajo también motivan la promoción de intervenciones centradas en la mejora de la salud clínica y psicológica de las personas con VIH, hecho que, sin duda, se muestra hoy en día como una realidad necesaria en el ámbito de la infección por VIH.

Financiación

Este estudio ha sido financiado por SEISIDA.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.02.037>.

Bibliografía

1. Robertson KR, Smurzynski M, Parsons TD, Wu K, Bosch RJ, Wu J, et al. The prevalence and incidence of neurocognitive impairment in the HAART era. *AIDS*. 2007;21:1915-21.
2. Heaton RK, Clifford DB, Franklin Jr DR, Woods SP, Ake C, Vaida F, et al.; CHARTER Group. HIV-associated neurocognitive disorders persist in the era of potent antiretroviral therapy: CHARTER Study. *Neurology*. 2010;75:2087-96.
3. Muñoz-Moreno JA, Prats A, Fumaz CR, Ferrer MJ, Negro E, González-García M, et al.; The NEU Study Group. Prevalence of HIV-related neurocognitive complications in Catalonia: Results from a cross-sectional multicenter study. En: *The 10th International Symposium on Neurovirology*; 2010. Abstract P126.
4. Tozzi V, Balestra P, Murri R, Galgani S, Bellagamba R, Narciso P, et al. Neurocognitive impairment influences quality of life in HIV-infected patients receiving HAART. *Int J STD AIDS*. 2004;15:254-9.
5. Heaton RK, Marcotte TD, Mindt MR, Sadek J, Moore DJ, Bentley H, et al.; HNRC Group. The impact of HIV-associated neuropsychological impairment on everyday functioning. *J Int Neuropsychol Soc*. 2004;10:317-31.
6. Gorman AA, Foley JM, Ettenhofer ML, Hinkin CH, van Gorp WG. Functional consequences of HIV-associated neuropsychological impairment. *Neuropsychol Rev*. 2009;19:186-203.
7. Tozzi V, Balestra P, Serraino D, Bellagamba R, Corpolongo A, Piselli P, et al. Neurocognitive impairment and survival in a cohort of HIV-infected patients treated with HAART. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2005;21:706-13.
8. Sevigny JJ, Albert SM, McDermott MP, Schifitto G, McArthur JC, Sacktor N, et al. An evaluation of neurocognitive status and markers of immune activation as predictors of time to death in advanced HIV infection. *Arch Neurol*. 2007;4:97-102.
9. Woods SP, Dawson MS, Weber E, Gibson S, Grant I, Atkinson JH, HIV Neurobehavioral Research Center Group. Timing is everything: Antiretroviral non-adherence is associated with impairment in time-based prospective memory. *J Int Neuropsychol Soc*. 2009;15:42-52.
10. Muñoz-Moreno JA, Pérez-Álvarez N, Letendre S, Cherner M, Fumaz CR, Prats A, et al. Predicting HIV-related neurocognitive dysfunction: The relevance of clinical factors. Abstract 416. En: *The 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*; 2010.
11. Cysique LA, Murray JM, Dunbar M, Jeyakumar V, Brew BJ. A screening algorithm for HIV-associated neurocognitive disorders. *HIV Med*. 2010;11:642-9.
12. Muñoz-Moreno JA, Fumaz CR, Ferrer MJ, Prats A, Negro E, Garolera M, et al. Nadir CD4 cell count predicts neurocognitive impairment in HIV-infected patients. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2008;24:1301-7.
13. Becker JT, Kingsley L, Mullen J, Cohen B, Martin E, Miller EN, et al.; Multicenter AIDS Cohort Study. Vascular risk factors, HIV serostatus, and cognitive dysfunction in gay and bisexual men. *Neurology*. 2009;73:1292-9.
14. Foley J, Ettenhofer M, Wright MJ, Siddiqi I, Choi M, Thames AD, et al. Neurocognitive functioning in HIV-1 infection: Effects of cerebrovascular risk factors and age. *Clin Neuropsychol*. 2010;24:265-85.
15. Hilsabeck RC, Castellon SA, Hinkin CH. Neuropsychological aspects of coinfection with HIV and hepatitis C virus. *Clin Infect Dis*. 2005;41 Suppl 1:S38-44.
16. Carter SL, Rourke SB, Murji S, Shore D, Rourke BP. Cognitive complaints, depression, medical symptoms, and their association with neuropsychological functioning in HIV infection: A structural equation model analysis. *Neuropsychology*. 2003;17:410-9.
17. Bayón C, Ribera E, Cabrero E, Griffa L, Burgos A. Prevalence of depressive and other central nervous system symptoms in HIV-infected patients treated with HAART in Spain. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic)*. 2012;11:321-8.
18. Simioni S, Cavassini M, Annoni JM, Rimbault Abraham A, Bourquin I, Schiffer V, et al. Cognitive dysfunction in HIV patients despite long-standing suppression of viremia. *AIDS*. 2010;24:1243-50.
19. Vance DE, Ross LA, Downs CA. Self-reported cognitive ability and global cognitive performance in adults with HIV. *J Neurosci Nurs*. 2008;40:6-13.
20. European AIDS Clinical Society (EACS) Guidelines. EACS produces the European Guidelines for treatment of HIV infected adults in Europe. So far the treatment guidelines have been translated from English into 13 additional languages. Neurocognitive impairment: Diagnosis and management. pp. 48-49 [consultado 12 Feb 2013]. Disponible en: http://www.europeanaidsclinicalociety.org/index.php?option=com_content&view=article&id=59&Itemid=41

21. Muñoz-Moreno JA. Neurocognitive and motor disorders in HIV infection. Assessment and interventions. En: Plishe VN, editor. Research focus on cognitive disorders. Hauppauge, New York: Nova Science Publishers, Inc.; 2007
22. Antinori A, Arendt G, Becker JT, Brew BJ, Byrd DA, Cherner M, et al. Updated research nosology for HIV-associated neurocognitive disorders. *Neurology*. 2007;69:1789-99.
23. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979;9:139-45.
24. Werneke U, Goldberg DP, Yalcin I, Üstün BT. The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 2000;30:823-9.
25. Daradkeh TK, Ghubash R, el-Rufaie OE. Reliability, validity, and factor structure of the Arabic version of 12-item General Health Questionnaire. *Psychol Rep*. 2001;89:85-94.
26. Cambell A, Knowles S. A confirmatory factor analysis of the GHQ12 using a large Australian sample. *Eur J Psychol Assess*. 2007;23:2-8.
27. Wu AW, Rubin HR, Mathews WC, Ware JE, Brysk LT, Hardy WD. A health status questionnaire using 30 items from the Medical Outcomes Study. Preliminary validation in persons with early HIV infection. *Med Care*. 1991;29:786-98.
28. Marcotte TD, Deutsch R, McCutchan JA, Moore DJ, Letendre S, Ellis RJ, et al.; San Diego HIV Neurobehavioral Research Center (HNRC) Group. Prediction of incident neurocognitive impairment by plasma HIV RNA and CD4 levels early after HIV seroconversion. *Arch Neurol*. 2003;60:1406-12.
29. Reger MA, Martin DJ, Cole SL, Strauss G. The relationship between plasma viral load and neuropsychological functioning in HIV-1 infection. *Arch Clin Neuropsychol*. 2005;20:137-43.