

EVALUACION PSICOLOGICA DEL DESARROLLO DE NIÑOS HIJOS DE MADRE VIH(+)¹

JESÚS A. LACOSTE*

MANUEL GALLO**

*Psicólogo Clínico. Becario de Investigación FIS

**Médico Adjunto Dpto. Ginecología y Obstetricia
Hospital Materno-Infantil. Málaga

Resumen

Este estudio pretende evaluar y describir los procesos y secuencias alterados de las principales áreas del desarrollo de los niños hijos de madre VIH+. Hemos utilizado una muestra compuesta de 23 niños VIH+, 5 con SIDA P-2 y 5 que se negativizaron tras nacer de madre seropositiva.

Durante el primer año de vida de los hijos de madre VIH+ y en los niños infectados pero asintomáticos se observa un adecuado nivel de desarrollo, aunque aparecen déficits en las áreas de Desarrollo Somático, Sensomotricidad y Comunicación.

Palabras clave: VIH(+), Niños, Rasgos psicológicos

Abstract

This study tries to evaluate and describe the disturbed processes and sequences of the main development areas in offspring of HIV+ mothers. A sample of 23 HIV+ children, 5 with AIDS P-2 and 5 seroconverted has been studied.

During the first year of life the children from HIV+ mothers and the children infected but not symptomatic, we observed an adequate level of development, although there are deficits in the Corporal development, Sensorial motricity and Communication.

Key words: VIH(+), Children, Psychological traits.

Introducción

Actualmente está bien establecida la transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) por vía sexual, sangre o hemoderivados y a través de la placenta o en el canal del parto (Devita, Hellman y Rosenberg, 1990). No obstante, algunos aspectos relacionados con la infección en niños permanecen aún incompletamente evaluados o constituyen fuente de polémica e inquietud. Tal ocurre con la cuantificación de la evolución psicológica de los niños seropositivos frente al VIH; es decir, cuál es el grado de desarrollo mental y cómo evoluciona este proceso.

¹ Este trabajo ha sido parcialmente financiado por una Beca del FISS (89/0228)

El presente trabajo se recibió en diciembre de 1993 y fué aceptado en marzo de 1994.

La mayoría de los casos de infección por VIH en niños, se produce por el paso transplacentario del VIH en mujeres gestantes (Cowan, Hellman, Chudwin y cols, 1984; Lapointe, Michaud, Pekovic y cols, 1985). Por otra parte, se sabe que alrededor del 79% de los casos pediátricos de SIDA tienen un progenitor con la enfermedad y que es drogadicto intravenoso (CDC, 1986). De hecho, según un estudio realizado recientemente con seiscientos niños nacidos de mujeres infectadas por el VIH, el 52% de las madres eran drogadictas (European collaborative study, 1991).

Por lo que atañe a la evolución neonatal, se constata una progresiva disminución de anticuerpos, lo que supone que el resultado positivo de los neonatos se debe a la transmisión de anticuerpos maternos (inmunidad pasiva). Los informes aparecidos en los últimos años han mostrado unas tasas de transmisión perinatal de la infección por el VIH muy diferentes, oscilando entre el 5,6% de Mur, Martí y Vega, (1988) y el 91% de Luzi, Ensoli, Turbessi y cols. (1985). Recientemente han aparecido los resultados de dos estudios colaborativos: los datos del estudio Europeo (Canosa, Otero y Tamarit, 1988) recogen unas tasas de transmisión del 24%, y en el estudio colaborativo Italiano (Italian multicentre study, 1988) del 32,6%. Sin embargo, en un estudio más actual realizado con seiscientos niños, nacidos de mujeres infectadas por el VIH, se ha obtenido una tasa de transmisión vertical, basada en los resultados de 372 niños nacidos al menos 18 meses antes del análisis, del 12,9% (European collaborative study, 1991). Y según la última actualización de este estudio colaborativo europeo, se ha obtenido una tasa de transmisión vertical del 14,4% (95% CI; 12,0-17,1%) (European Collaborative Study, 1992)

Epidemiológicamente y tan solo como indicativo de la gravedad de la situación podemos comentar que en Europa a finales de junio 1992 con 3.392 casos de SIDA en niños menores de 13 años sobre un total de 76.696, el SIDA infantil supone el 4,42% del total de casos de SIDA. Y en España, a finales de 1992 había censados en el Registro Nacional un total de 15.678 casos de SIDA acumulados desde 1981. De éstos, 433 (2,8%) correspondían a niños menores de 13 años, porcentaje que casi duplica al de EE.UU. (Delgado, 1993).

Sin embargo, el diagnóstico y evolución a nivel psicológico todavía es un aspecto infravalorado, desconociendo así las fases reconocidas del desarrollo en que la edad cronológica puede estar anclada.

Con este estudio se pretende, por tanto:

- 1.- Definir el estado de desarrollo en que se encuentran los niños en el momento de la exploración.
- 2.- Describir los procesos y secuencias alterados de las principales áreas del desarrollo.
- 3.- Comparar la evolución de una muestra de seropositivos frente a otra de niños con SIDA.

Material y métodos

Hemos utilizado una muestra compuesta de 23 niños que en el momento de la exploración habían obtenido resultados positivos frente al VIH en las pruebas diagnósticas de ELISA y WESTERN BLOT. Además, contamos para establecer comparaciones con 5 niños con SIDA subclase P-2 y otros 5 que habiendo sido positivos en el nacimiento ahora se han negativizado (VIH+/-). No obstante, es necesario tener en cuenta que de los 22 niños VIH+ con edades entre 3 y 11 meses, una parte no determinada se negativizará y otra evolucionará a SIDA; pero en el momento de la exploración desconocemos el curso de cada niño. El periodo evolutivo analizado comprende desde los tres meses de edad hasta los dos años, habiéndose realizado pruebas mensuales durante el primer año de vida y posteriormente al año y medio y a los dos años de edad.

Los pacientes han sido estudiados en la Consulta de Infecciosos del Departamento de Pediatría, en el Hospital Materno-Infantil de Málaga, durante el período de tiempo comprendido entre Junio de 1989 y el mismo mes del año 1990.

Como instrumento para evaluar el desarrollo psicológico se ha empleado la Escala Observacional del Desarrollo (EOD), diseñada por F. Secadas (1988). En la EOD el procedimiento seguido para el diagnóstico es a través de observación, guiada por cuestionario, de 6 rasgos: Afectividad, Desarrollo Somático, Sensopercepción, Motricidad, Sensomotricidad y Comunicación (prelenguaje). La normalidad se cifra según el número y calidad de las conductas que el niño realice propias de su edad.

La distribución de la muestra y el periodo evolutivo estudiado queda reflejado en la Tabla 1.

TABLA 1.- Edad de los niños (en Meses)

Infeción	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	18	24	Total
VIH +	3	1	3	1	5	2	3	2	2			1	23
SIDA P-2								1	1	2	1		5
VIH+/-								1		2	1	1	5
Total Niños	3	1	3	1	5	2	3	4	3	4	2	2	33

VIH+ =Seropositivos; SIDA P-2= categoría clasificación del SIDA;
 VIH+/-=niños que han nacido seropositivos pero se han negativizado.

Resultados

El desarrollo psicológico de los niños VIH+ (hijos de madre VIH+) durante los primeros once meses de vida se encuentra entre los límites de lo que podríamos llamar normalidad. En todos los meses evaluados estos niños han realizado la mayor parte de las conductas esperadas en función de su edad cronológica, tal y como puede verse reflejado en la Tabla 2.

TABLA 2.- Desarrollo psicológico niños VIH+ (% conductas realizadas)

Mes	Afect.	D.Somát.	Sensop.	Motric.	Sensom.	Comun.
3	80	88	66	41	60	54
4	100	75	66	83	80	87
5	75	75	77	94	93	87
6	100	100	100	100	100	100
7	91	80	100	93	87	88
8	91	62	100	92	70	81
9	88	93	93	66	95	90
10	100	30	100	50	91	57
11	83	100	100	100	64	93

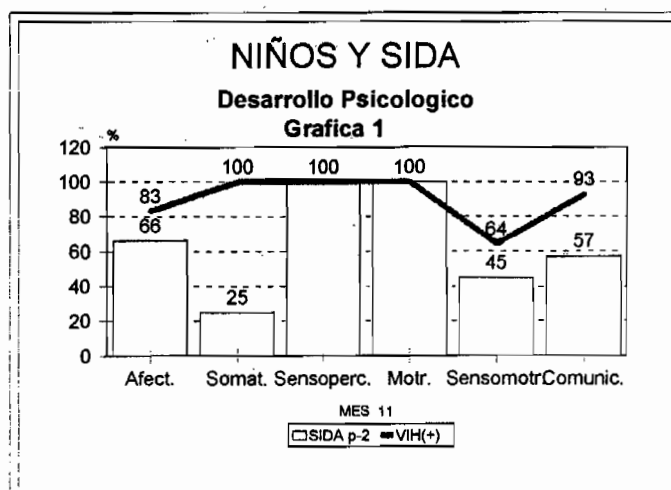
Sin embargo, los niños encuadrados en la categoría P-2 del SIDA, y que han sido evaluados a los 11, 12 y 18 meses, no realizan ni el 50% de las conductas esperadas propias de su edad en algunas áreas del desarrollo: Desarrollo Somático, Sensomotricidad y Comunicación. De todas formas, se observa una ligera mejoría entre los datos del mes 11 y los correspondientes al mes 18; es decir, la evolución en ese período temporal fue positiva (Tabla 3).

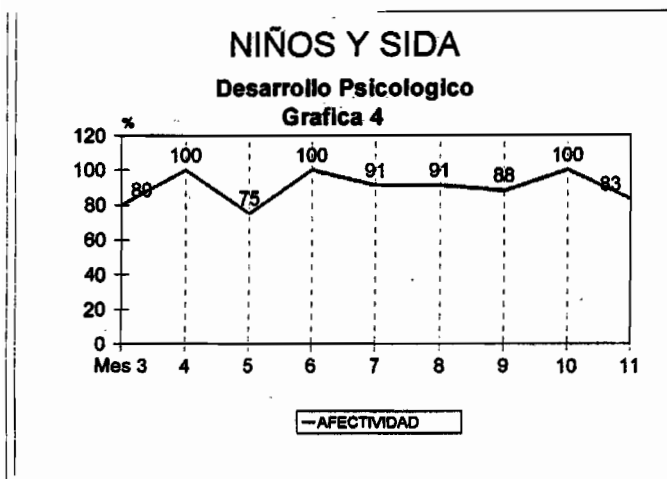
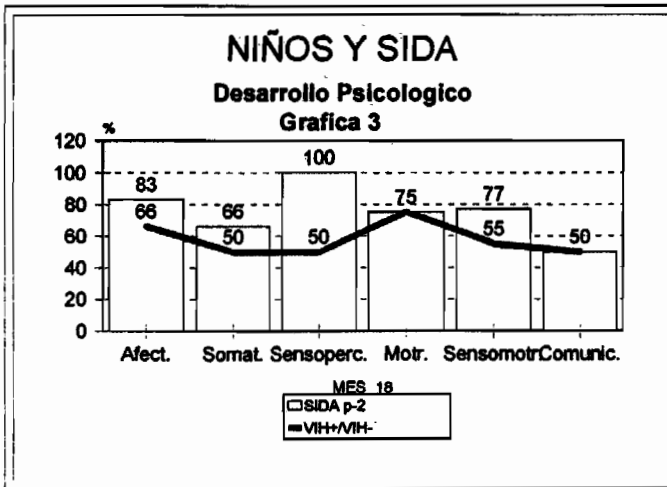
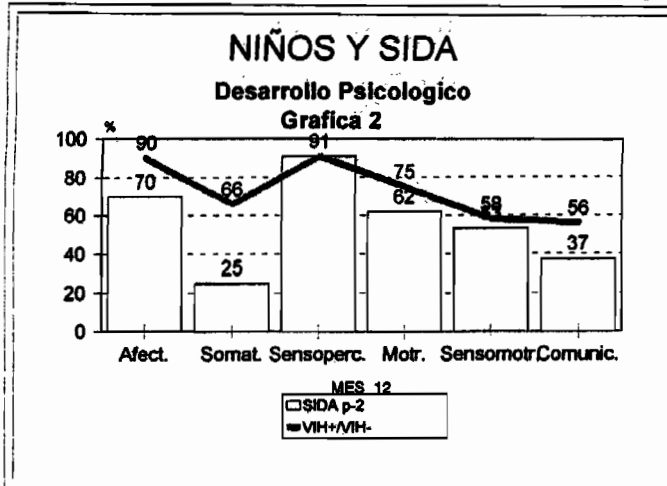
TABLA 3.- Desarrollo psicológico niños SIDA P-2 (% conductas realizadas)

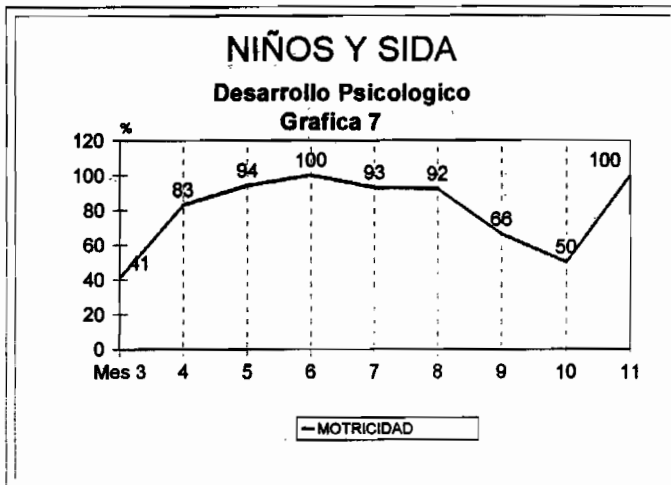
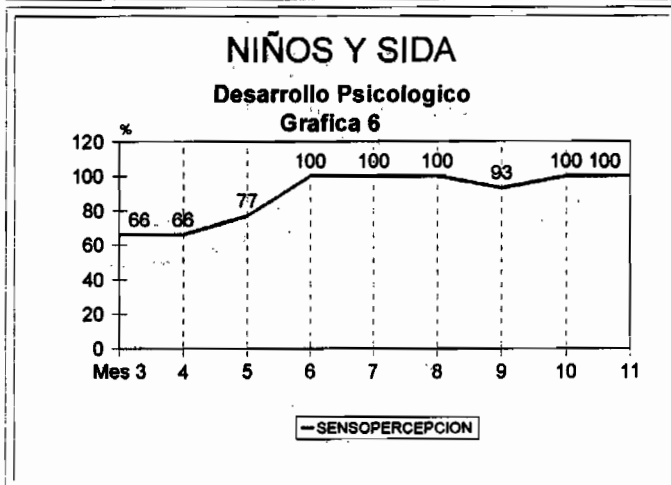
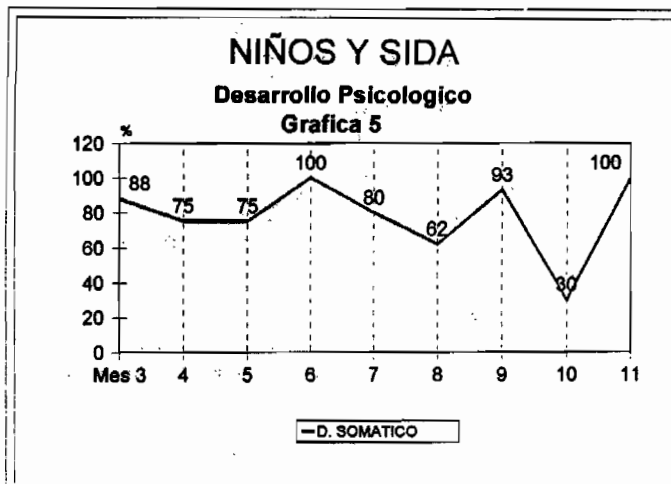
Mes	Afect.	D.Somát.	Sensop.	Motric.	Sensom.	Comun.
11	66	25	100	100	45	57
12	70	25	91	62	53	37
18	83	66	100	75	77	50

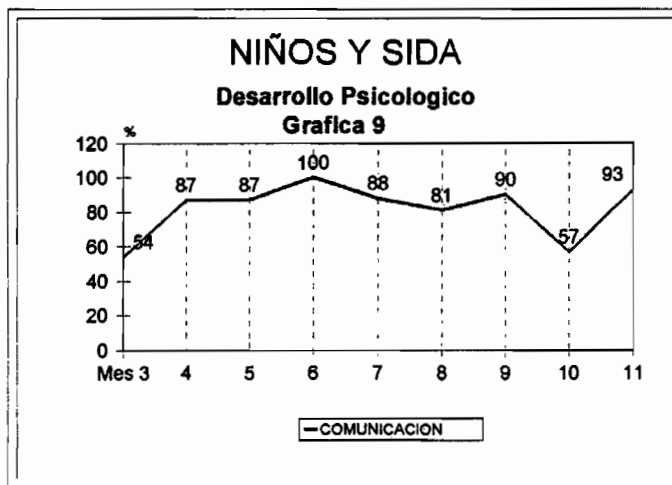
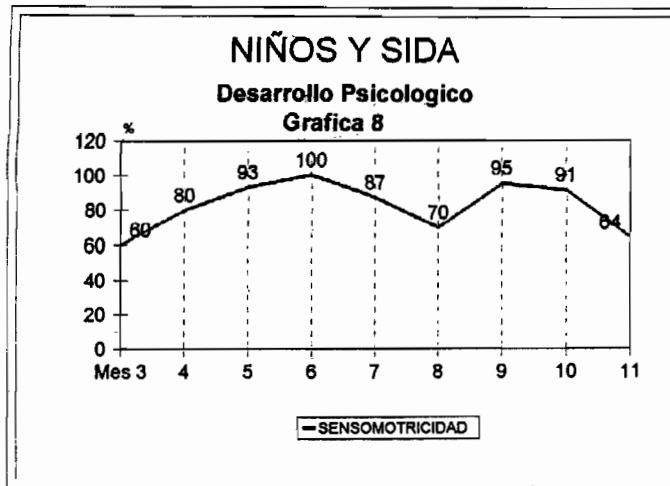
Comparando los resultados a los 11 meses entre los niños VIH+ y los SIDA P-2 se observa que los primeros obtienen mejores puntuaciones; es decir, realizan mayor número de conductas de entre las que son propias de su edad. A los 12 meses los que se han seronegativizado (VIH+/VIH-) siguen puntuando mejor; sin embargo, al año y medio ambos grupos de niños realizan correctamente similar número de conductas (Gráficas 1, 2 y 3). Evolutivamente se observa que estos niños presentan un Desarrollo somático inferior al esperado, así como una adquisición más deficitaria de las habilidades de comunicación (pre-lenguaje). De igual modo, el desarrollo Sensomotriz aunque ha mejorado del mes 11 al 18, en ningún momento alcanza las cotas asignadas para dichas edades.

Analizando individualmente cada una de las seis áreas del desarrollo evaluadas en los niños VIH+ entre los 3-11 meses de edad se observa una evolución favorable, si bien aparece una caída en el mes 10 en el área de Comunicación, en Motricidad y en Desarrollo Somático (Gráficas 4-9).









Discusión

Resulta evidente que el recién nacido de madre adicta a opiáceos y/o VIH+ sufre multitud de problemas desde su concepción y que el paso del tiempo servirá, en algunas ocasiones, únicamente para acrecentar su sufrimiento.

Numerosos estudios (Strauss, Starr, Ostrea y cols, 1976; Wilson, McCeary, Kean y cols, 1979; Ostrea y Chavez, 1979; Rosen y Johnson, 1982; Ninchterm, 1983; Olofsson, Buckley, Andersen y cols, 1983; Lifschitz, Wilson, Smith y cols, 1985) han demostrado un aumento en la incidencia de funciones intelectuales moderadamente retardadas en los hijos de adictas seguidos hasta la edad preescolar. Sin embargo, en cuanto a la evolución mental de los hijos de madre VIH+ las conclusiones a que se ha llegado no siempre han sido concordantes.

Los aspectos clínicos de la afectación del Sistema Nervioso Central por el VIH en pediatría incluyen encefalopatía y déficits cognitivos (Lesgold, Diamond, Dickson y cols, 1988; Iannetti, Falconieri e Imperato, 1989; The european collaborative study, 1990). En un estudio (Arcas, Roche, De Jose y cols, 1991) con 21 niños infectados por VIH (P2 de la clasificación de la CDC) 11 pacientes evolucionaron con retraso psicomotor, medio o ponderado, o encefalopatía severa (53%).

Cuando se ha comparado el desarrollo psicomotor de niños nacidos de madre VIH+ (grupo 1) frente a los nacidos de madre VIH-(grupo 2), se ha observado que a los 3 meses de edad únicamente se podía considerar un desarrollo anormal en el 4,2% de los niños del grupo 1, frente al 2,6% del grupo 2 (Hitimana, Yan, Msellati y cols, 1990). A los 6 y 9 meses los primeros seguían mostrando más retraso. En otro estudio se ha comprobado que a los 12 meses los niños infectados muestran más retraso o déficits que los no infectados (Hittelman, Willoughby, Mendez y cols, 1989).

En otra investigación se ha comprobado que de 68 niños enfermos de SIDA o Complejo Relacionado con el SIDA, 16 presentaron un retraso moderado y en 14 niños el retraso evolutivo era severo, pero 34 (50%) evolucionaron conforme a su edad cronológica (Lesgold, Diamond, Dickinson y cols, 1988).

En nuestro estudio hemos observado que en las 6 áreas del desarrollo evaluadas los hijos de madre VIH+ están dentro de los límites normales. Estos datos coinciden con los hallados por Oliveros, Garmendia, Ruiz y cols (1989), quienes en su estudio con 30 niños de madre VIH+ obtienen coeficientes de desarrollo dentro de los límites de la normalidad, excepto en dos casos.

Los niños con infección por VIH están en peligro de sufrir infecciones secundarias del sistema nervioso central, pero hay datos de peso que sugieren que muchos de los hallazgos neurológicos son efecto directo del VIH (Epstein, Sharer y Oleske, 1986); aunque en general se acepta que las alteraciones graves del SNC suelen ocurrir en los estadios avanzados de la enfermedad (Canosa, 1989). Es también en esta etapa de la enfermedad cuando más se manifiestan los trastornos en la esfera psicológica, apareciendo un retraso en el desarrollo evolutivo y/o deterioro de las funciones motoras e intelectuales ya adquiridas (Epstein, Sharer, Joshi y cols, 1985; Belman, Ultmann, Horoupian y cols, 1985; Epstein, Sharer y Oleske, 1986).

Pero durante la etapa de infección asintomática y más aún en el periodo que va desde los 3 meses hasta el momento de la seroconversión estos niños presentan un grado de desarrollo neuropsicológico completamente normal. Es únicamente a raíz de la acción directa del VIH sobre el SNC cuando el deterioro comienza a manifestarse.

De todos modos siempre habrá que prestar atención a estos niños ya que según un trabajo realizado en la Universidad de California en San Francisco (Koch, Jeremy, Lewis y cols, 1990) los niños VIH- nacidos de madre VIH+ presentan un alto riesgo como candidatos a padecer anomalías tempranas en su neurodesarrollo. Estos hallazgos sugieren que la infección materna por VIH puede ir en detrimento del desarrollo del sistema nervioso del feto, incluso en ausencia de transmisión viral.

Por otra parte, nosotros también hemos sugerido el alto riesgo psicosocial a que se ven sometidos los hijos de madre toxicómana y/o VIH+ en relación al inicio en el consumo de drogas y la consiguiente marginación (Lacoste, Gallo, Garcia y cols, 1991) independientemente de la evolución serológica que los niños presenten. Y también hemos de valorar la posibilidad de que esos niños queden huérfanos puesto que la madre seguramente morirá debido al SIDA. Según las estimaciones de Michaels y Levine (1992), a finales de 1995 la muerte materna causada por la epidemia de SIDA, puede dejar huérfanos a unos 24600 niños y 21000 adolescentes en los Estados Unidos.

Referencias

- Arcas, J., Roche, MC., De Jose, Ml. y cols. (1991). Historia natural de la afectación neurológica en niños con SIDA. Abstract 5-106. *I Congreso Nacional sobre el SIDA. Madrid.*
- Belman, AL., Ultmann, MH., Horoupian, D. y cols. (1985). Neurological complications in infants and children with AIDS. *Annals Neurology*, 18: 560.
- Canosa, CA., Otero, MC., Tamarit, A.(1988). SIDA pediátrico. Encuesta epidemiológica en España. *Anales Españoles de Pediatría*, 29 (suppl 32): 232-237.
- Canosa, CA. (1989). SIDA pediátrico. *Revista Española de Pediatría*, 45: 1-25.
- CDC(Centers for Disease Control) (1986): Update. Acquired immuno-deficiency syndrome-United States. *Morbidity Mortality Weekly Report*, 35:757.
- Cowan, MJ., Hellman, D., Chudwin, D. y cols.(1984). Maternal transmission of acquired immunodeficiency syndrome. *Pediatrics*, 73: 382.
- Delgado, A. (1993). Manual SIDA. Guía práctica para el médico general. 2ª ed. Bilbao. Organización Médica Colegial
- Devita, VT., Hellman, S., Rosenberg, SA. (eds).(1990). SIDA. Etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención. 2ª ed. Barcelona: Salvat.
- Epstein, LG., Sharer, LR., Joshi, VV. y cols. (1985). Progressive encephalopathy in children with AIDS. *Annals Neurology*, 17: 488.
- Epstein, LG., Sharer, LR., Oleske, JM.(1986). Neurologic manifestation of Human Immunodeficiency Virus Infection in Children. *Pediatrics*, 78: 678-687.
- European collaborative study. (1991). Children born to women with HIV-1 infection: natural history and risk of transmission. *Lancet*, 337:254-260.
- European collaborative study. (1992). Risks factors for mother-to-child transmission of HIV-1. *Lancet*, 339:1007-1012.
- Hitimana, LP., Yan, C., Msellati, P. y cols. (1990). Developmental testing of infants born to HIV-1 seropositive and HIV-1 seronegative mothers. *VI International Conference on AIDS. Abstract F.B. 485. San Francisco.*
- Hittelman, J., Willoughby, A., Mendez, H. y cols. (1989). Prospective neurodevelopmental outcome of infants with perinatally acquired HIV infection and their controls. *Congreso Les implications du SIDA pour la mere et l'enfant. Communication C3. Paris.*
- Iannetti, P., Falconieri, P., Imperato, C. (1989). Acquired immune deficiency syndrome in childhood. Neurological aspects. *Child's Nervous System*, 5: 281-287.
- Italian Multicentre Study. (1988). Epidemiology, clinical features and prognostic factors of Pediatric infection. *Lancet*, 2:1043.
- Koch, T., Jeremy, R.J., Lewis, E. y cols. (1990). Developmental abnormalities in uninfected infants born to HIV infected mothers. *VI International Conference on AIDS. Abstract S.B. 203. San Francisco.*
- Lacoste, JA., Gallo, M., García, FJ. y cols. (1991). Sida y familia. Repercusión en el niño. *Revista Española de Pediatría*, 47 (4): 292-295.
- Lapointe, N., Michaud, J., Pekovic, D. y cols. (1985). Transplacental transmission of HTLV-III virus. *New England Journal Medicine*, 312: 1325.
- Lesgold, A., Diamond, G., Dickson, D. y cols. (1988). Pediatric Acquired Immunodeficiency Syndrome. Neurologic syndromes. *American Journal Disease Child*, 142: 29-35.
- Lifschitz, MH., Wilson, GS., Smith, EO. y cols. (1985). Factors affecting head growth and intellectual function in children of drug addicts. *Pediatrics*, 75: 269-274
- Luzi, G., Ensoli, B., Turbessi, G. y cols. (1985). Transmission of HTLV-III infection by heterosexual contact. *Lancet*, 2: 1018.
- Michaels, D., Levine C. (1992). Estimates of the number of motherless youth orphaned by AIDS in the United States. *Jama*, 268: 3456-3461.
- Mur, A., Marti, C., Vega, E. (1988). Hijo de madre adicta a opiáceos y derivados. Libro de Actas. *X Congreso Nacional de Medicina Perinatal. Málaga.*
- Nichter, S. (1983). The children of drug users. *Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 22: 16-22.
- Oliveros, M., Garmendia, A., Ruiz, M. y cols.(1989). Etude du developpement psychomoteur chez les enfants de mere VIH(+). *Congreso Les implications du SIDA pour la mere et l'enfant. Communication C14. Paris.*
- Olofsson, M., Buckley, W., Andersen, GE. y cols. (1983). Investigation of 89 children born by drug dependent mothers. Follow-up 1-10 years after birth. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 72: 407-410.
- Ostrea, EM., Chavez, CJ. (1979). Perinatal problems (excluding neonatal withdrawal) in maternal drug addiction. A study of 830 cases. *Journal Pediatrics*, 94: 292.
- Rosen, TS., Johnson, HL. (1982). In utero methadone exposure. Three years follow-up. *Pediatric Research*, 16:130.
- Secadas, F. (1988). Escala Observacional del Desarrollo. Madrid: TEA Ediciones
- Strauss, ME., Starr, RH., Ostrea, EM. y cols. (1976). Behavioral concomitants of prenatal addiction to narcotics. *Journal Pediatrics*, 89:842.
- The european collaborative study. (1990). Neurologic signs in young children with human immunodeficiency virus infection. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 9: 402-406.
- Wilson, GS., McCearry, R., Kean, J. y cols. (1979). The development of preschool children of heroin-addicted mothers. A controlled study. *Pediatrics*, 63: 135-141.