

EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA A TRAVÉS DEL WISC-IV EN UNA POBLACIÓN INFANTO JUVENIL CON VIH

Isabel Avilés-Carvajal, María Dolores Lanzarote-Fernández y
Montserrat Gómez de Terreros-Guardiola

*Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Universidad de Sevilla, España*

Introducción

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (en adelante, VIH) es un retrovirus que invade el sistema inmune y el Sistema Nervioso Central destruyendo los linfocitos CD4 y llegando a un grave cuadro de inmunodeficiencia en ausencia de tratamiento. Esta situación puede generar muchas consecuencias médicas como la aparición de infecciones oportunistas y múltiples enfermedades, que se traducen en último extremo en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido o SIDA (Olivier, 1997; Pascual y Corral, 2003; Thaler, 2001; Torres *et al.*, 2008). Así, el VIH puede generar síndromes autoinmunes, de inmunodeficiencia y neurológicos (Torres *et al.*, 2008).

En lo que a alteraciones neurológicas de refiere, Vega y Lacoste (1995) señalan que el 50% de los pacientes con VIH pediátrico suelen tener afectación neurológica, en ocasiones por el desarrollo de la propia enfermedad y otras veces, por el efecto de la medicación antirretroviral (Mitchell, 2006), pudiendo presentar también la encefalopatía por VIH (Hamid, Aziz, Zulkifli, Norlijah y Azhar, 2008; Willen, 2006) y cuadros de delirium y demencia, más frecuentes en población adulta pero también presentes en población pediátrica (Hatherill y Flisher, 2009; Scharko, Baker, Kothari, Khattak y Lancaster, 2006). Esta afectación neurológica suele caracterizarse por retraso en el desarrollo, sobre todo en el área motriz. Esto puede percibirse en el hecho de que la mitad de niños y niñas afectadas por VIH tengan una estatura y peso menor a la esperada para su edad. Aunque algunas de estas afectaciones son iguales que las que se producen por otro tipo de infecciones (como ocurre en personas adultas), suelen derivarse casi en su totalidad de la infección por el VIH (Vega y Lacoste, 1995).

Según Willen (2006) este retraso en el neurodesarrollo afecta a la inteligencia. Álvarez, Papola y Cohen (1993, cit. en Vega y Lacoste, 1995) encuentran en un estudio realizado con 69 niños y niñas de 4-14 años diagnosticados con infección VIH que sólo el 25% estaban en el nivel medio de inteligencia. El 46% de la muestra se situaba por debajo de la media o en un nivel bajo y el 29% cumplía los criterios diagnósticos de retraso mental.

Por todas estas cuestiones, el *Plan Nacional sobre el SIDA* (2009) recomienda evaluar el neurodesarrollo de todos los pacientes pediátricos con VIH y más aún si tienen afectación neurológica clara.

Método

El grupo empírico está compuesto por 16 participantes de 8 a 16 años diagnosticados con VIH y atendidos en la Unidad de Infectología Pediátrica del Hospital Infantil Universitario "Virgen del Rocío". Todos residen Sevilla, Huelva y Cádiz y provincias. El grupo contraste está formado por 16 participantes pareados en sexo y edad con el grupo empírico. Todas las familias aceptaron participar voluntariamente y firmaron el consentimiento informado. Ambos grupos muestrales han sido evaluados con la Escala

de Inteligencia Wechsler para niños (WISC-IV). Se realiza un estudio descriptivo y un análisis comparativo a través de la U de Mann-Whitney.

Resultados

Analizando los resultados obtenidos (Figuras 1 y 2) se observa que la media del grupo empírico alcanza valores dentro del intervalo “bajo” tanto para el Cociente Intelectual como para el índice de Comprensión Verbal ($CI = 74$; $CV = 73,5$) estando las puntuaciones de Razonamiento Perceptivo, Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento dentro del intervalo “normal-bajo” ($RP = 82,81$; $MT = 81$; $VP = 87,31$). En cuanto a las puntuaciones escalares medias de los subtests, se observa que 9 de ellas están por debajo de 7 (límite medio inferior) estando sólo por encima de esta puntuación “Conceptos”, “Figuras Incompletas”, “Letras y números”, “Búsqueda de símbolos” y “Animales”.

En el grupo control, el CI medio y los cuatro índices se encuentran dentro del intervalo “medio” ($CV = 104,81$; $RP = 108,81$; $MT = 106$; $VP = 105,06$; $CI = 105,69$) así como las puntuaciones escalares medias de los subtests, siendo la menor la obtenida en “Claves” (9,88) y la mayor “Conceptos” (13,44).

Con respecto a los resultados del análisis comparativo, se encuentran diferencias significativas entre grupos ($p < 0,01$) en todos los índices, el CI y en 12 de los 14 subtests (exceptuando “Búsqueda de símbolos” y “Animales”).

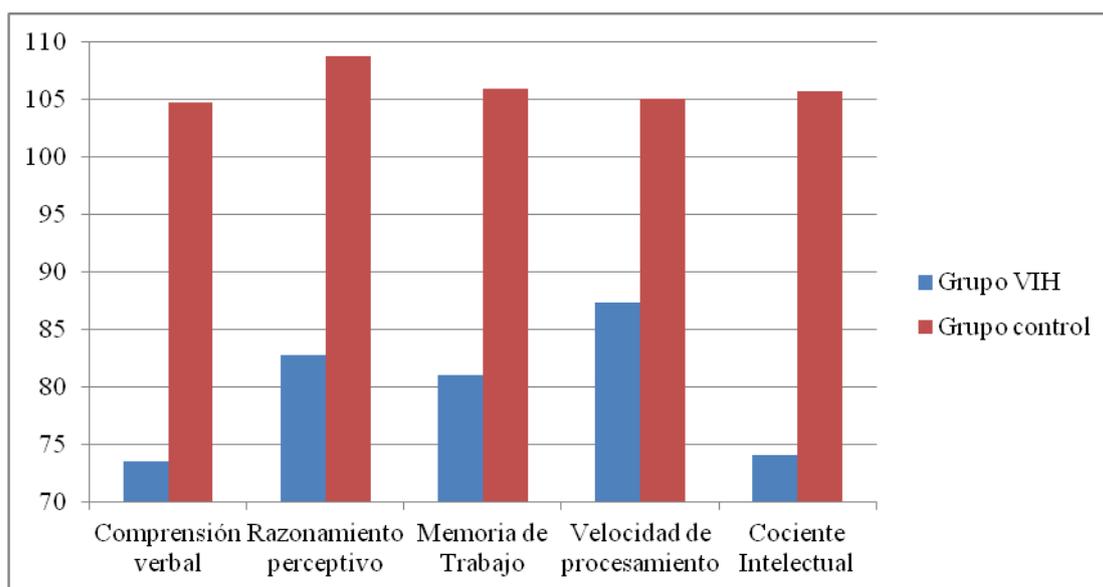


Figura 1. Índices y Cociente Intelectual medios grupo empírico y grupo control.

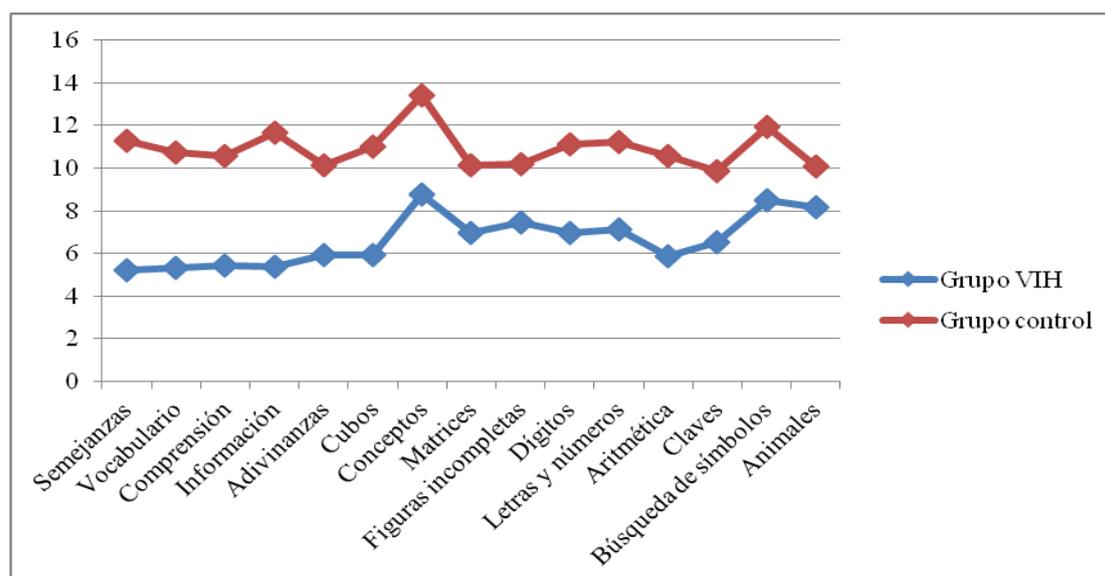


Figura 2. Puntuaciones escalares medias de los subtests grupo empírico y grupo control.

Discusión y conclusiones

primer lugar, debemos considerar esta investigación como un estudio preliminar, debido al pequeño tamaño de la muestra y el consecuente tipo de análisis que conlleva, pues la aleatorización de los resultados con el uso de una prueba no paramétrica conlleva cierta debilidad en la validez del diseño. Sin embargo, el tamaño de la muestra se debe no sólo a la baja incidencia del VIH en población pediátrica (Ministerio de Sanidad y Política Social y Ministerio de Ciencia e Innovación, 2009) sino a la dificultad de recogida de datos por las características propias de esta población.

Por otra parte, se han encontrado resultados muy significativos en la línea de lo que señalaba Willen (2006) y encontraban Álvarez *et al.* (1993, cit. en Vega y Lacoste, 1995). Las puntuaciones en los diferentes índices y subtests indican que capacidades como la formación de conceptos, razonamiento verbal, conocimiento adquirido del entorno individual y el procesamiento espacial, entre otras, pueden estar afectadas. Asimismo se aprecia que puede existir procesamiento de la información lentificado, el cual puede traducirse en memoria visual a corto plazo debilitada, con posibles dificultades atencionales y déficit en coordinación visomotora. En base a los resultados obtenidos, consideramos necesario continuar investigando en esta línea de trabajo, para comprender mejor las dificultades neurológicas y psicológicas que pueden estar presente en la población pediátrica afectada por VIH

Por todo ello, se hace necesario un seguimiento psicoeducativo de esta población para poder hacer frente a las posibles dificultades y facilitarle su adaptación escolar y/o laboral debido a las importantes limitaciones detectadas.

Referencias

- Hamid, M.Z.A., Aziz, N.A., Zulkifli, Z.S., Norlijah, O. y Azhar, R.K. (2008). Clinical features and risk factors for HIV encephalopathy in children. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 39(2), 266-271.
- Hatherill, S. y Flisher, A. (2009). Delirium in children with HIV/AIDS. *Journal of Child Neurology*, 24(7), 879-883.
- Ministerio de Sanidad y Política Social y Ministerio de Ciencia e Innovación (2009). *Vigilancia epidemiológica del SIDA en España, registro nacional de casos de SIDA. Actualización a 30 de junio de 2009*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social y Ministerio de Ciencia e Innovación.

- Olivier, V. (1997). *El SIDA*. Zaragoza: Luis Vives.
- Pascual, A. y Corral, J.L. (2003). El Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Inmunopatogenia. En J. Pachón, E. Pujol y A. Rivero (Eds.), *La infección por el VIH. Guía práctica* (pp. 29-36). Sevilla: Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Plan Nacional sobre el SIDA (Coord.) (2009). *Recomendaciones CEVIHP/SEIP/AEP/SPNS para el seguimiento del paciente pediátrico infectado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*. Madrid: Plan Nacional de Sida. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Scharko, A.M., Baker, E.H., Kothari, P., Khattak, H. y Lancaster, D. (2006). Case study, delirium en an adolescent girl with Human Immunodeficiency Virus associated Dementia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(1), 104-108.
- Thaler, R.M. (Coord.) (2001). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with HIV/AIDS*. Washington: American Psychiatric Association.
- Torres, J., Fernández, M., Rico, M.A., Caballero, A., González, M. y Bueno, C. (2008). VIH y SIDA. En J. Torres, M. Fernández, M.A. Rico, A. Caballero, M. González y C. Bueno: *Manejo de pacientes con enfermedades infecciosas prevalentes; VIH, hepatitis, tuberculosis, para médicos de atención primaria*. (pp.21-59). Sevilla: Editorial Mad.
- Vega, A. y Lacoste, A.J. (1995). *Niños, adolescentes y SIDA*. Valencia: Promolibro.
- Willen, E.J. (2006). Neurocognitive outcomes in pediatric HIV. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12(3), 223-228.