

senta no sólo ventajas para el paciente al proporcionarle tratamiento adecuado y oportuno, sino que previene la transmisión de la enfermedad a la población general susceptible.

SUMMARY

Infection with *Mycobacterium tuberculosis* has been reported as a common complication of human immunodeficiency virus infection among groups with a high prevalence of tuberculosis (TBC). The frequency of colonization and disease attributable to mycobacteria other than tuberculosis (MOTT) has increased too. Methods for diagnosis of TBC and MOTT, and the general clinical features of mycobacterial infections were assessed in 155 HIV infected patients from the Social Security Institute (ISS). A high prevalence of TBC (6.5%) was observed, and atypical clinical presentation with extrapulmonary involvement were common. MOTT were isolated in 43 (27.7%) individuals, in 9 out of the 43 patients were associated with human disease. The most frequent MOTT found were the *M. avium* complex and *M.*

fortuitum (4.5%). For this reason, the availability of proper facilities for early diagnosis of mycobacterial diseases, particularly TBC, is critical in HIV infected patients. The awareness of physicians combined with an exhaustive research throughout sensitive laboratory methods in HIV infected patients will be of great importance in our conditions for the improvement of life quality among HIV infected people.

REFERENCIAS

1. CDC. Tuberculosis and HIV infection. Recommendation of the Advisory Committee for the Elimination of Tuberculosis. *MMWR*, 1989, 17: 236-250.
2. Porter, JDH & McAdam, KPWJ. Aspects of tuberculosis in Africa. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 1992, 86: 467-469.
3. Pitchenik, AE & Fertel, D. Tuberculosis and nontuberculosis mycobacterial disease. *Med Clin North Am*, 1992, 76: 121-169.
4. Okello, DO, Sewankambo, N, Goodgame, R, et al. Absence of bacteremia with *Mycobacterium avium*-intracellulare in Ugandan patients with AIDS. *J Infect Dis*, 1990, 162: 208-210.
5. Orozco, LC, Quintero, O, Ulloa, I, et al. *Tuberculosis. Manual de procedimientos*. Grupo de Micobacterias, INS, Bogotá, 1990.
6. Barnes, PF, Bloch, AB, Davidson, PT & Snider, DE. Tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med*, 1991, 324:1644-1650.
7. Edwards, D & Kirkpatrick, C. The immunology of mycobacterial diseases. *Am Rev Respir Dis*, 1986, 134: 1062-1071.
8. Grange, JM. Infection and disease due to the environmental mycobacteria. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 1987, 81: 179-182.
9. Horsburgh, CR, Metchock, BG, McGowan, JE & Thompson, SE. Progression to disseminated infection in HIV infected persons colonized with mycobacteria other than tuberculosis (MOTT). *Am Rev Respir Dis*, 1991, 143 (Suppl A): 279. (Abstracts).
10. Benson, AC & Ellner, JJ. *Mycobacterium avium* complex infection and AIDS. Advances in theory and practice. *Clin Infect Dis*, 1993, 17: 7-20.
11. Wolinsky, E. Mycobacterial diseases other than tuberculosis. *Clin Infect Dis*, 1992, 15: 1-12.
12. Lebrun, L, Espinasee, F, Poveda, JD, Vincent-Levy, N & Frebault, V. Evaluation of nonradioactive DNA probes for identification of mycobacteria. *J Clin Microbiol*, 1992, 9: 2476-2478.

Desajuste emocional y funcionalidad familiar en pacientes mastectomizadas

Claudia Patricia Valencia, MSc¹, Oscar Rojas, M.D., MPH, MSc², Liliana Arias C., M.D.³

RESUMEN

Este estudio permitió identificar el comportamiento sociofamiliar, en el modelo de adaptación emocional en pacientes mastectomizadas, y la influencia de factores que contribuyen al desarrollo de respuestas que ubican a la mujer en un estado de alto riesgo para peores adaptaciones. La prevalencia global de «trastornos emocionales» en mujeres mastectomizadas, medida a través del cuestionario de síntomas, fue 46.9%. Al estratificar por período postquirúrgico, se observa cómo las proporciones se mantienen cercanas a este valor, sin encontrar una tendencia significativa a través del tiempo ($p = 0.54$). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de trastornos emocionales y la disfunción familiar (medida a través del APGAR familiar ($p = 0.008$), el desajuste laboral ($p = 0.03$) y el deterioro en las relaciones conyugales ($p = 0.002$). Estos resultados orientan la intervención en aspectos importantes como el familiar y social de las pacientes mastectomizadas. Las intervenciones se pueden adelantar a través de programas de prevención y rehabilitación que brinden soporte a aquellas pacientes que lo ameriten, no sólo a corto plazo, sino durante el tiempo requerido por cada una, a fin de lograr un manejo integral del individuo y su familia.

1. Profesora Auxiliar, Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

2. Profesor Asistente, Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

3. Profesora Asistente, Departamento de Salud Familiar, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

El cáncer de mama es el tercer tumor de mayor ocurrencia en el mundo y la principal causa de muerte en las mujeres por tumores malignos¹. Según la Sociedad Americana de Cáncer, 1 de cada 10 mujeres americanas puede desarrollar cáncer de mama en algún período de la vida². En Cali, Colombia, la incidencia de cáncer de mama estandarizada por edad es de 24.3 por cien mil habitantes y en 1990 se descubrieron 145 casos en el Hospital Universitario del Valle (HUV), de los cuales 50% fueron quirúrgicos.

El cáncer de mama y su tratamiento producen efectos emocionales, físicos y sociales cuya evolución e impacto dependen de los factores modulares del proceso salud-enfermedad.

Los trabajos de McGuire et al³ y Morris et al⁴ informaron que la prevalencia de morbilidad emocional que se presentó en los primeros 3 meses postquirúrgicos, se redujo de 46% a 30% al año postmastectomía. Hughes⁵ en 1982, después de un estudio prospectivo, encontró que 80% de las pacientes presentaban alguna alteración emocional, pero sólo 20% se señalaron como severas.

Otros estudios^{3,4,6} sugirieron que aunque casi todas las mujeres no experimentaban estrés emocional a largo plazo, 20% a 30% mostraron una disfunción en su calidad de vida a través de la pérdida de capacidad funcional y problemas en las relaciones sociales y conyugales.

El soporte social, comprendido desde las esferas familiares y sociales en sí, influyen en el tipo de respuesta y ajuste ante un suceso. Las redes de soporte familiar, según su funcionalidad, contribuyen o atentan en algunos casos con la recuperación y protección de la enfermedad. En otros casos se ha demostrado que las familias pueden ser decisivas en el cumplimiento de las indicaciones y prescripciones médicas, particularmente en el control adecuado de enfermedades crónicas⁷.

En Colombia, las investigaciones en el ámbito psicosocial de pacientes con cáncer, carecen del rigor metodológico necesario para obtener conclusiones válidas, o no se efectúan, por lo cual los

modelos educativos, terapéuticos y de rehabilitación adoptados, provienen de países con un alto nivel de desarrollo económico y social, donde su población presenta un nivel de vida y bienestar social diferente.

Así, el propósito de la presente investigación fue medir el impacto emocional en una muestra de pacientes mastectomizadas de la ciudad de Cali e identificar los factores asociados con su aparición, con el fin de obtener bases sólidas para estructurar un programa de prevención, rehabilitación física y psicosocial en mujeres con trastornos psicosociales o a riesgo de desarrollarlos.

Con el ánimo de determinar los factores que intervienen en la respuesta y adaptación (o desadaptación) psicosocial en mujeres mastectomizadas, se diseñó al inicio de la investigación, un «modelo», a partir del cual se planteaba una base teórica, que se pudiera comprobar (aunque fuese parcialmente), con los resultados de la misma. Este modelo igualmente sería útil en el diseño de un programa de prevención y de rehabilitación para este grupo de personas.

El modelo de adaptación en pacientes mastectomizadas, muestra cómo la interacción entre ellas y el ambiente, condiciona en gran parte, el estado de salud. El reconocimiento y la percepción de un estado de enfermedad está sujeto a interpretaciones personales, producto de distintas tradiciones socioculturales, características sociodemográficas (como el nivel educativo, estrato socioeconómico), el contexto sociofamiliar determinado por las redes de apoyo intra y extrafamiliar y el contexto psicológico individual, que implica el tipo de personalidad, estilo de adaptación o defensas, como estrategias en el manejo del estrés.

Estos factores, además de la disponibilidad de los servicios de salud, determinan el impacto psicológico postquirúrgico, y el grado de ajuste psicosocial a corto y largo plazo (Diagrama 1). Cada uno debe ser, además, objeto de continuas investigaciones en toda región, pues con ellos se construye el patrón de respuesta o adapta-

ción de las mujeres, de acuerdo con el contexto sociocultural donde interactúan.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño de la presente investigación sigue el de un estudio de prevalencia, que permite analizar aspectos asociados con la presencia de trastornos emocionales en pacientes mastectomizadas tales como el tipo de soporte familiar, extrafamiliar, variación en el desempeño de oficios u actividades laborales, y el deterioro o ajuste en las relaciones conyugales, entre otros.

Para obtener toda esta información se diseñó un cuestionario que además de contener variables sociodemográficas, incluyó 2 instrumentos ampliamente validados en Cali, y que permitían identificar la prevalencia de trastornos emocionales (*Cuestionario de Síntomas*)⁸ y el grado de funcionalidad familiar (*APGAR familiar*)⁹⁻¹² en las pacientes mastectomizadas, objeto de estudio.

Paralelamente a este cuestionario se diseñó una ficha o registro para obtener información de la historia clínica de cada paciente sobre variables relacionadas con el estadio de la enfermedad en el momento del estudio, el período postquirúrgico y el tratamiento coadyuvante recibido.

Las pacientes objeto del estudio se obtuvieron de 4 instituciones de salud de la ciudad de Cali, que atienden personas de diversos estratos socioeconómicos. El tamaño de muestra se estimó en 130, teniendo en cuenta un nivel de confianza de 95%, prevalencia estimada de 20%, y un margen de error de 5%.

Los criterios de inclusión definidos para estas pacientes fueron: participación voluntaria y de común acuerdo con el médico tratante; pacientes con cáncer de mama unilateral, sin evidencia de metástasis a distancia al momento del diagnóstico y la cirugía; con edades comprendidas entre 35 y 65 años; sin antecedentes personales de enfermedades mentales, sin mastectomía previa o historia de algún tipo de cáncer y que no estuvieran

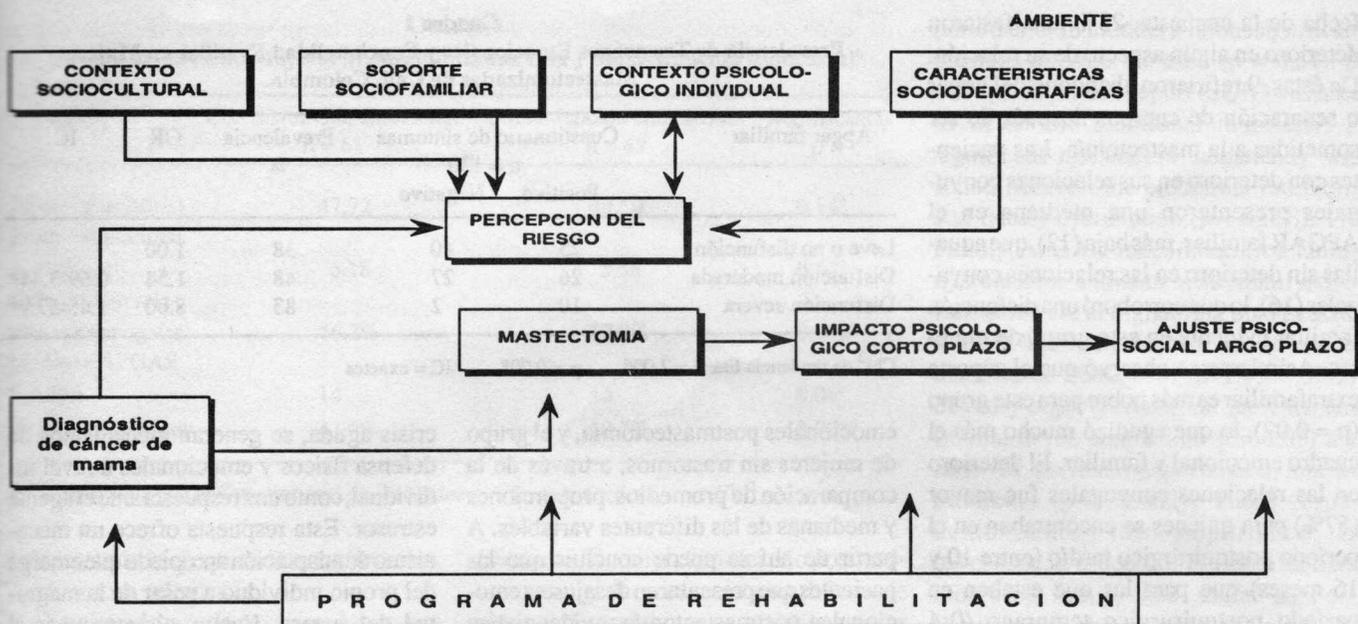


Figura 1. Modelo de adaptación en pacientes mastectomizadas.

asistiendo a psicoterapia al momento de la encuesta.

Con toda la información procedente de los cuestionarios se elaboró una base de datos en el programa EPIINFO 5.0, con el que se efectuó adicionalmente el análisis a través de la comparación de frecuencias o proporciones de las variables independientes que entraron al estudio y la variable dependiente evaluada por el cuestionario de síntomas (QS). Se estableció la significancia de las asociaciones o diferencias de las proporciones, empleando la prueba χ^2 o la prueba exacta de Fischer cuando se necesitó. Se aplicó el χ^2 de tendencia lineal para evaluar el efecto incrementado o disminuido en la variable respuesta por incremento o disminución de un factor de exposición. Las variables continuas, se compararon con la prueba t de Student, y los puntajes del APGAR familiar se analizaron a través de la prueba de la mediana.

RESULTADOS

El cuestionario diseñado para la presente investigación se aplicó a 143 mujeres, que se encontraban entre 1 y 16 meses postmastectomía. De ellas se excluyeron

7, por presentar metástasis a distancia en el momento de la encuesta, 3 por presentar otro tipo de tumor recién diagnosticado y 3 por encontrarse en psicoterapia, y se alcanzó así una muestra final de 130 pacientes.

El promedio de edad para la muestra fue 48 años. La mitad de las pacientes (55%) cursó algún año de educación elemental (primaria) y sólo la octava parte (7.6%) tenía algún título de educación técnica o superior. De acuerdo con la estratificación socioeconómica (ESE) decretada por Planeación Municipal en la ciudad de Cali, había 64 (49%) residentes en barrios de ESE baja, 47 (36%) en ESE media y 19 (15%) en ESE alta. Casi 53% de las pacientes tenían vida conyugal activa en el momento de la encuesta. Hubo 36 (27%) con algún tipo de seguridad social, con derecho a consultar a cajas de compensación o al Instituto de Seguros Sociales, 23 (17%) tenían acceso a servicios médicos particulares o prepagados y 71 (54%) no tenían ningún tipo de seguridad social.

• *Ajuste emocional postmastectomía.* La prevalencia global de trastornos emocionales medida a través del QS en la muestra fue 46.9%. Al estratificar por

período postquirúrgico, las proporciones se mantuvieron cercanas a este valor, 43% en los primeros 4 meses postmastectomía, 47% entre los 5 y 10 meses y 50% a los 16 meses postmastectomía, sin encontrar una tendencia significativa a través del tiempo ($p = 0.54$).

El análisis de tendencia mostró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de trastornos emocionales y la disfunción familiar (χ^2 de tendencia = 7.0 $p = 0.008$). Se observó, además, que las pacientes con disfunción familiar severa, tenían 8 veces mayor riesgo de presentar algún tipo de trastorno emocional (OR = 8 IC = 1.45-57.9) en su período postquirúrgico (Cuadro 1). Sin embargo, a pesar de que el riesgo es evidente, la variabilidad del intervalo de confianza, se explica por el bajo número de observaciones, lo que origina una magnitud imprecisa.

El desajuste emocional se incrementó paralelamente con los estadios más avanzados de la enfermedad ($p = 0.01$). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el ESE y la presencia de trastornos emocionales.

• *Ajuste conyugal.* De las pacientes que sostenían vida conyugal activa a la

fecha de la encuesta, 23% manifestaron deterioro en algún aspecto de su relación. De éstas, 9 refirieron abandono del hogar o separación de cuerpos después de ser sometidas a la mastectomía. Las pacientes con deterioro en sus relaciones conyugales presentaron una mediana en el APGAR familiar, más baja (12), que aquellas sin deterioro en las relaciones conyugales (16), lo que corroboró una disfunción familiar evidente en este grupo de mujeres. Asimismo se observó que el soporte extrafamiliar es más pobre para este grupo ($p = 0.02$), lo que agudizó mucho más el cuadro emocional y familiar. El deterioro en las relaciones conyugales fue mayor (57%) para quienes se encontraban en el período postquirúrgico tardío (entre 10 y 16 meses) que para las que estaban en período postquirúrgico temprano (0-4 meses) (12.5) ($p = 0.6$).

• **Ajuste laboral.** El promedio de incapacidad laboral fue 10 semanas. Si se tiene en cuenta que la variable desajuste laboral evaluaba simultáneamente el retorno a las actividades laborales postmastectomía, disminución en la jornada laboral y dificultades en la ejecución de las labores, se obtuvo que 78% de las pacientes presentaron dificultades en su adaptación laboral durante el primer año postmastectomía. Esto favorece la presencia de trastornos emocionales, como lo demostró la asociación estadísticamente significativa entre el QS y el desajuste laboral ($p = 0.03$).

Por tipo de ocupación las pacientes que se desempeñaban básicamente como amas de casa, tuvieron una tasa más alta de disfunción laboral con 73.3%, seguidas por las que desarrollaban trabajos independientes (57.6%), como modistería, comercialización de mercancía, o actividades de la economía informal. Esta evidencia concuerda con el análisis de las variables, desajuste laboral y seguridad social, donde las pacientes con la tasa más alta de disfunción laboral correspondió a personas sin ningún tipo de seguridad social.

El Cuadro 2, muestra las diferencias entre el grupo de pacientes con trastornos

Cuadro 1
Prevalencia de Trastornos Emocionales y Funcionalidad Familiar en Mujeres Mastectomizadas de Cali, Colombia.

Apgar familiar	Cuestionario de síntomas n = 130		Prevalencia %	OR	IC
	Positivo	Negativo			
Leve o no disfunción	25	40	38	1.00	
Disfunción moderada	26	27	48	1.54	0.69-3.44*
Disfunción severa	10	2	83	8.00	1.45-57.9*

Chi² de tendencia lineal = 7.006 p = 0.008 *IC = exactos

emocionales postmastectomía, y el grupo de mujeres sin trastornos, a través de la comparación de promedios, proporciones y medianas de las diferentes variables. A partir de ahí se puede concluir que las pacientes que presentaron desajustes emocionales postmastectomía, evidenciaban simultáneamente un desajuste en su funcionalidad familiar muy posiblemente explicado por un deterioro en las relaciones conyugales y dificultades en su adaptación laboral, aunque el diseño de la investigación no permitió identificar cuál de estas disfunciones vino primero.

DISCUSIÓN

El aumento progresivo en la tasa de trastornos emocionales, a través del año y medio postmastectomía, revela en esta investigación que el desajuste emocional no ocurre en el momento más cercano a la mastectomía. Las investigaciones de diferentes autores^{3,4,6} en otras culturas (anglosajona, europea) muestran cómo el punto crítico en el desajuste emocional, se da en la etapa aguda (primeros 3 meses postquirúrgicos). El comportamiento en el medio caleño se percibe un poco distinto quizás por el modelo de soporte de intervención de la cultura nacional, de tipo inmediateista, donde se evidencia una amplia movilización de recursos familiares y extrafamiliares, en la etapa de crisis aguda que corresponde en este caso a los momentos cercanos a la cirugía.

Paralelo a este fenómeno social, es importante tener en cuenta que se ha comprobado¹³ cómo durante los momentos de

crisis aguda, se generan mecanismos de defensa físicos y emocionales a nivel individual, como una respuesta ante el agente estresor. Esta respuesta ofrece un mecanismo de adaptación apropiado que emerge del propio individuo a pesar de la magnitud del suceso. Luego, al transcurrir el tiempo, los mecanismos de defensa personales a nivel biopsicosocial disminuyen y se produce al mismo tiempo un aislamiento de la red de soporte social (ya sea intrafamiliar, extrafamiliar o laboral), lo que origina alza en la morbilidad emocional¹⁴. La asociación obtenida entre la presencia de trastornos emocionales y la disfunción familiar, corrobora cómo el pobre soporte familiar y el inadecuado funcionamiento del grupo familiar representan significativamente más complicaciones en los estados patológicos de alguno de sus miembros. Asimismo, estos resultados permiten observar la persistencia en el efecto protector del soporte familiar considerado por algunos autores como el soporte primario de la red social¹² en aquellos casos sin disfunción emocional.

El deterioro en las relaciones conyugales se asoció significativamente con una disfunción familiar, lo que hace suponer que el peso asignado al subsistema conyugal, da significancia al puntaje global en el APGAR. Sin embargo, en futuras investigaciones de este tipo se hace indispensable evaluar el ciclo vital familiar¹⁶ por el que atraviesa la persona, pues el hecho de tener hijos en crianza, puede desplazar los sentimientos o por el contrario, si se está en la etapa de nido vacío (relación conyugal única), la relación de

Cuadro 2
Comparación entre Mujeres Mastectomizadas Con y Sin Disfunción Emocional^a

Variable	Con disfunción emocional n = 61	Sin disfunción emocional n = 69	Significancia p =
Prom. edad (años)	47.72	49.50	0.14 ^b
Prom. escolaridad (años)	6.18	5.58	0.64 ^b
Deterioro en rela- ciones conyugales	46.2%	12.8%	0.002 ^c
Mediana APGAR familiar	14	16	0.04 ^c
Disfunción laboral	43.0%	50.7%	0.003 ^c

a Encontrados por el Cuestionario de Síntomas

b t de Student c Chi²

pareja y todo lo que suceda a su alrededor, tiene mucha relevancia.

La elevada tasa de desajuste laboral en el estudio, muestra que existe una poca e inadecuada comunicación entre el personal de salud, paciente y familia, pues no se instruye explícitamente el período mínimo de incapacidad laboral y las recomendaciones acerca de las actividades que pueden ser inofensivas o contraproducentes para cada mujer. Esto genera sentimientos de inutilidad y limita las posibilidades económicas en muchas familias, donde la mujer contribuye activamente al sustento familiar. Otro aspecto que se debe resaltar, es la diferencia que se encontró en el desajuste laboral por tipo de ocupación, lo que demuestra que las actividades laborales extradomiciliarias contribuyen al ajuste social y emocional.

Estos resultados señalan la necesidad de generar intervenciones a nivel familiar, social y psicológico en mujeres mastectomizadas a través de programas interdisciplinarios de prevención y rehabilitación, que brinden soporte a las pacientes que lo ameriten, no sólo a corto plazo, sino durante el tiempo requerido por cada una, a fin de lograr un manejo integral del individuo y su familia.

Es importante aclarar que el presente es un estudio de prevalencia, en el cual no se plantearon hipótesis previas para posterior confirmación, sino que se pretendió analizar en forma detallada, el impacto

emocional durante el primer año postmastectomía, y la presencia simultánea de algunos factores que se pueden asociar con su aparición, sin establecer relaciones causales, para lo cual es indispensable el uso de otras metodologías.

La posibilidad de identificar los factores que fueron comunes al grupo de pacientes con disfunción emocional, permite orientar futuras investigaciones que profundicen su relación causal, así como el diseño de programas de intervención y soporte por áreas comprometidas en este grupo de pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la ayuda del doctor Alberto Alzate por su asesoramiento en la elaboración del presente estudio. Esta investigación recibió el apoyo de recursos del Centro Colaborador de Investigaciones en Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Cali, Colombia.

SUMMARY

This study was designed to identify what influence social and family support had on the emotional adaptive process of women undergoing mastectomy for breast cancer. The global prevalence of «emotional morbidity» among study patients was 46.9%. It was measured in a

period of 0-18 months without significant changes through the time ($p = 0.54$). A self-questionnaire report (SQR) was used to determine emotional morbidity. A significant association statistically was found between the emotional morbidity and family dysfunction ($p = 0.008$). The Family APGAR Index measured family dysfunction. Patients with family dysfunction were at higher risk than patients without family dysfunction for emotional disturbance (OR = 8 IC 1.45 - 57.9). Seventy-eight percent of patients had trouble in job adaptation ($p = 0.03$) and 23% of patients experienced marital problems ($p = 0.002$). These results demonstrate the importance of psychosocial aspects of the medical care, including family and social support. Furthermore, they suggest the need of a comprehensive rehabilitation program for this population.

REFERENCIAS

1. Tomatis, L (ed). *Cáncer: causas, ocurrencia y control*. Publicación Científica N° 100 International Agency of Cancer Research (IARC), Lyon 1990.
2. Canadian Cancer Statistics. Canadian Cancer Society. Pp 1-48, Toronto, 1988.
3. McGuire, GP, Lee, EG, Bevington, DS, Kuchemann, CS, Crabtree, RJ, & Cornell, CE. Psychiatric problems in the first years after mastectomy. *Br Med J*, 1978, 1: 963-965.
4. Morris, T, Greer, HS, & White, P. Psychological and social adjustment to mastectomy. *Cancer*, 1977, 40: 2381-2387.
5. Hugues, J. Emotional reactions to the diagnosis and treatment of early breast cancer *J Psychos Res*, 1982, 26: 277-283.
6. Northouse, LL. & Swain, MA. Adjustment of patients and husband to the initial impact of breast cancer. *Cancer Nur Res*, 1987, 36: 221-225.
7. Mejía D, Molina, J, Soto, MI & Ruiz, CE. *Salud familiar*. ASCOFAME, Instituto de Seguros Sociales. 1990.
8. Climent, CE, Harding, TW, Ibrahim, HH, Lourdes, I, & Wig, N. Cuestionario de síntomas para la detección de problemas en adultos. *Acta Psiquiatr*

- Psicol Am Lat*, 1989, 35: 124-131.
9. Arias, L & Herrera, JA. El Apgar familiar en el cuidado primario de la salud. *Colombia Médica*, 1994, 25: 26-28.
 10. Good, MJ, & Smilkstein, G. The Apgar: a study of constructive validity. *J Fam Pract*, 1979, 8: 577.
 11. Chen, YC, Hsu CC, & Hsush, H. A preliminary study of family Apgar index. *Acta Paediatr Sinica*, 1980, 21: 217
 12. McMabb, R. Family function and depression. *J Fam Pract*, 1983, 16: 169-170.
 13. Gotay, CC. The experience of cancer during early steps and advanced illness. *Soc Sci Med*, 1984, 18: 605-613.
 14. Cohen, S, & Syme, L. *Issues in the study and application of social support*. Soc Supp Health J. Academic Press, San Francisco, 1985.
 15. Dean, A & Lin, N. The stress-buffering role of social support. *J Nerv Ment Dis*, 1987, 165: 403-417.
 16. Arias, L. El ciclo vital familiar y su autocuidado. *En Educación Continua en Salud*, 1990. *Temas Escogidos*. Colombia Médica, Continuar, Facultad de Salud (eds). Editora Feriva, Cali 1990.

Epidemiología del dengue en Cali, 1988-1993

Julián Muñoz, M.D.¹, María Teresa Restrepo de Meza, Bact.²

RESUMEN

Se presenta la situación de dengue clásico y de dengue hemorrágico en la ciudad de Cali en los últimos 4 años con énfasis en 1992 y lo que ha transcurrido de 1993 hasta el décimo período epidemiológico (2 de octubre) cuando mejoró el sistema de información de esta enfermedad. Hay un aumento anual importante de los casos diagnosticados como dengue clásico al igual que de los de dengue hemorrágico en el período analizado. Entre 1990 y el décimo período epidemiológico de 1993 se notificaron 312 casos como sospechosos de dengue hemorrágico y de ellos, por diversos motivos, solamente 3 se confirmaron como tales.

En cifras de morbimortalidad, el dengue es actualmente la enfermedad viral más importante de las transmitidas por vectores¹. Con frecuencia se producen epidemias de dengue clásico o fiebre del dengue (FD) y de dengue hemorrágico o fiebre hemorrágica del dengue (FHD), que afectan a miles de personas. La enfermedad, cuyo vector principal es el mosquito *Aedes aegypti*, es prácticamente la única que se puede presentar de forma súbita con miles de enfermos, muchos de los que se pueden agravar y fallecer en pocas horas: una verdadera «epidemia de choque»². En Latinoamérica se han presentado varias epidemias de dengue durante los últimos 40 años. En Venezuela 1953-1954 (serotipo 3), en varias islas del Caribe 1968-1969, (serotipos 2 y 3), en Colombia 1970 (serotipos 2 y 3), en Brasil 1980 (serotipos 1 y 4), en Rio de Janeiro 1986 (serotipo 1), además de brotes con un marcado subregistro en países

como Bolivia en 1987, Paraguay y Ecuador en 1988, Perú en 1990³. Respecto al FHD en América, se presentó un brote en Cuba durante 1981 por serotipo 2, notificándose 344,203 casos de FD y 10,312 de FHD con 158 defunciones de las cuales 101 (64%) ocurrieron en niños. Un segundo brote de FHD en Latinoamérica apareció en Venezuela entre 1989-1990; en él hubo 5,990 casos y 70 defunciones y de ellas 75% fueron en menores de 1 año. Durante este brote se aislaron los serotipos 1, 2 y 4³.

En la ciudad de Rio de Janeiro se presentó un brote en los últimos meses de 1990 con 274 casos y 3 defunciones. En 1991 Venezuela tuvo 1,980 casos con 26 defunciones. Colombia registró 40 casos de FHD en 1990 y 95 en 1991³. En 1990 en Cali se documentaron 2 casos de FHD, el aislamiento del serotipo 1 y la circulación simultánea de los serotipos 1 y 4 (Datos sin publicar. Laboratorio de Virología, Universidad del Valle, Cali).

Si se tiene presente que, en caso de ocurrir una epidemia de FHD, las tasas de letalidad pueden oscilar entre 30% y 40% a menos de 5% según las previsiones

tomadas⁴, es importante revisar el comportamiento que ha tenido la FD y el FHD en la ciudad de Cali, para saber en qué situación se encuentra frente a esta entidad, cuál es la potencialidad del problema y cuáles las medidas que se han de seguir.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para elaborar el presente informe se tomaron los registros disponibles sobre el particular en las oficinas de Estadística y Epidemiología de la Secretaría de Salud Pública Municipal de la ciudad de Cali (SSPM), en el Instituto Nacional de Salud de Bogotá y en el Laboratorio de Virología de la Universidad del Valle, en Cali. Se procesó la información en hoja electrónica Lotus-123, y se creó una base de datos en el programa de análisis epidemiológico EPIINFO, versión 5. Ambos permiten actualización permanente. La información se recogió tomando todos los casos que según criterio del médico tratante, fueron informados a la SSPM como dengue desde 1988 y hasta octubre 2 de 1993.

1. Jefe Sección de Epidemiología, Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, Colombia.
2. Profesora Asistente, Departamento de Microbiología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.