

Riesgo psicosocial en pacientes con diagnóstico reciente de VIH positivo.Reynaldo Escobar R.¹, M.D., Ricardo Herrera J.¹, M.D., Julián A. Herrera M., M.D.²**RESUMEN**

La confirmación serológica de positividad para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) genera respuestas emocionales impredecibles. Con el propósito de evaluar el estado psiquiátrico de los pacientes en el momento de este diagnóstico y su impacto sobre el funcionamiento familiar, se realizó un estudio de casos y controles en Cali, Colombia. El estado civil soltero, el comportamiento homosexual o bisexual, y la disfunción familiar (APGAR familiar < 14 puntos) se asociaron con la seropositividad para el VIH ($X^2=35.6$, $p < 0.00001$). La existencia de algún grado de psicopatología (escala global de evaluación psiquiátrica de Lubarsky < 80 puntos), se asoció significativamente con la disfunción familiar y con la seropositividad para el VIH (OR=3.49), IC 95% 1.05-11.95, $p < 0.02$). Los resultados de este estudio demostraron que la seropositividad para el VIH genera situaciones de estrés que implican alteraciones en el funcionamiento familiar y comportamientos adaptativos psicopatológicos, que se deben tener en cuenta en el manejo integral de esta enfermedad.

Son grandes y complejos los problemas a los que se enfrentan las personas con el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Igualmente es importante este aspecto en las personas seropositivas para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en quienes aún no se ha manifestado el cuadro clínico¹.

La infección y la aparición del cuadro clínico producen un marcado impacto e interfieren con todos los aspectos de la vida de la persona, de la familia y de su entorno social. El hecho de adquirir una enfermedad que hoy sigue siendo incurable, rotula a la persona hacia una muerte cercana o inminente. Vivir todos estos cambios durante esa etapa de transición en experiencia propia y de otras personas, en condiciones similares, produce un choque de dimensiones no predecibles².

Son muy conocidos e importantes los aspectos relacionados con el SIDA que catalogan a esta enfermedad con unas características especiales, entre otras: la juventud de la población afectada (69% menores de 40 años), una elevada tasa de mortalidad y la dificultad de hacer una distinción clara entre los individuos sanos, los infecciosos y los infectados, ha-

cen parte de la constelación de los aspectos del SIDA³.

El diagnóstico es un momento de estrés especial para el paciente que se identifica, pero a menudo es olvidado en el proceso de intervención psicosocial e integral. Se ha visto con respecto a la forma en que se transmite la enfermedad, cómo las personas afectadas se ven obligadas a hacer cambios inmediatos en su estilo de vida. Este momento también implica en muchos pacientes la posible necesidad de revelar a la familia y a su entorno social, a menudo por primera vez, su homosexualidad o la toxicomanía⁴.

El propósito del presente estudio es evaluar los factores psicosociales asociados con el diagnóstico de seropositividad para VIH, en la ciudad de Cali, Colombia, en el programa de SIDA de la Secretaría de Salud Municipal en el Hospital Universitario del Valle (HUV).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de casos y controles, para caracterizar los casos como pacientes con seropositividad reciente para VIH, y aparearlos a un grupo control sin esta condición.

La muestra se calculó con base en la prevalencia de la enfermedad en la comunidad⁵, con un margen de error de 5% y un poder de 80%, que correspondió a 31

casos y 31 controles; los dos grupos de estudio se aparearon para las variables de edad, sexo y raza.

Para la recolección de la información y posterior análisis, se diligenció un formulario precodificado que evaluaba las siguientes variables: sociodemográficas (edad, sexo, raza, nivel de ingresos, estado civil, religión, origen procedencia y escolaridad), hábitos (uso de drogas), comportamiento sexual (bisexual, heterosexual, homosexual), escala de recursos de APGAR familiar, escala de soporte social, escala de ansiedad de Hamilton, y la escala global de evaluación psiquiátrica (GAS).

La escala de recursos de APGAR familiar⁶ es un instrumento de evaluación del funcionamiento familiar creado por Smilktein en la Universidad de Washington, de fácil diligenciamiento y que requiere poco tiempo para ser completado. Se diseñó para el uso posible en personas de diferentes estratos socioeconómicos y diversos contextos culturales. Los parámetros básicos del funcionamiento familiar evaluado en el instrumento son: adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos. El puntaje oscila entre 0 y 20 puntos, con igual criterio se evalúa el APGAR laboral. En la escala del soporte social (amigos)⁶ se evalúa la presencia y la calidad del mismo que oscila de 0 a 8 puntos.

La escala de ansiedad de Hamilton⁷, es

1. Residente, Departamento de Salud Familiar, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Profesor Titular, Departamento de Salud Familiar, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

un instrumento que evalúa el estado de ansiedad de una persona y da información sobre algunos temas: estado de ansiedad, tensión emocional, aprehensión, insomnio, disminución de las funciones intelectuales, humor depresivo, síntomas somáticos de ansiedad, síntomas sensoriales de ansiedad, síntomas gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, genitourinarios, neurovegetativos de ansiedad y conducta aprehensiva durante la entrevista.

Según Gaviria et al⁸, la Escala Global de Evaluación Psiquiátrica (GAS), creada por Lubarsky, consiste en una escala de 0 a 100 puntos por cuyo medio se pueden relacionar el funcionamiento de la personalidad, la severidad de los síntomas, la calidad de las relaciones interpersonales, y la predicción de mejoría en psicoterapia. La escala consiste en un conjunto de 10 niveles de funcionamiento, definidos por una serie de criterios indicadores que van desde la ausencia de síntomas, con un óptimo funcionamiento global, hasta perturbaciones severas. A cada uno de los niveles corresponde un puntaje de 10; los 2 puntajes más altos son de 81 a 90 y de 91 a 100, equivalen a niveles óptimos y apropiados; los niveles por debajo de 81 sitúan a las personas con promedios intermedios y bajos, con algún grado de psicopatología y de funcionamiento anormal.

Cada uno de los investigadores aplicó el cuestionario a sólo uno de los grupos para evitar el conocimiento de si se trataba de un caso o un control. El cuestionario que se aplicó para los casos (VIH seropositivos) se tomó de los pacientes que asistieron en el HUV, al Programa de SIDA, entre los meses de marzo a diciembre de 1993 con los siguientes criterios de diagnóstico para VIH:

- Serológico (ELISA tercera generación).
- Epidemiológico: factores de riesgo.
- Clínico⁹.

Estos casos correspondían a diagnósticos menores de 3 meses y sin síntomas. Simultáneamente al grupo control se aplicó este cuestionario a pacientes sanos y en la misma ciudad que asistían a la consulta

ambulatoria del CAB de La Selva (ISS, Cali). A todos los pacientes se les informaron los objetivos del estudio; y todos firmaron un consentimiento escrito donde daban cuenta de la voluntad y confidencialidad de la información.

El análisis estadístico se realizó en un computador PC-IBM 386 con el programa estadístico EPIINFO versión 5, mediante análisis univariable, bivariable y multivariable. Se estableció como significativo un valor $p < 0.05$.

RESULTADOS

De un total de 62 pacientes estudiados, 56 (90.3%) eran hombres, y 6 (9.7%) mujeres; la edad promedio fue 28.4 ± 6.7 años. Al analizar la escolaridad se observó que 39 (62.9%) tenían estudios secundarios, 16 (25.8%) universitarios, y 7 (11.3%) primaria (Cuadro 1).

Cuadro 1

Datos Demográficos y Psicosociales de 62 Pacientes de Consulta Ambulatoria del HUV y CAB La Selva, Cali, 1993.

Sexo	Hombres	56 (90.3%)
	Mujeres	6 (9.7%)
Escolaridad	Secundaria	39 (62.9%)
	Universitaria	16 (25.8%)
	Primaria	7 (11.3%)
Ocupación	Empleados	51 (82.3%)
	Desempleados	10 (16.1%)
	Estudiantes	1 (1.6%)
Comportamiento sexual	Heterosexual	56.5%
	Homosexual	32.3%
	Bisexual	9.7%
Nivel de ansiedad	Sin ansiedad o no severa	59 (95.2%)
	Severa	3 (4.8%)
Escala global de evaluación psiquiátrica	Grado óptimo de funcionamiento psicológico	32 (51.5%)
	Algún grado de psicopatología	30 (48.4%)

Se observó un nivel de ingresos de 1 hasta 3 salarios mínimos legales vigentes en 55 (82.7%) personas, e ingresos de más de 3 salarios mínimos, en 7 (11.3%). En lo

referente al comportamiento sexual, 35 (56.5%) eran heterosexuales, 21 (32.3%) homosexuales, y 6 (9.7%) bisexuales.

El APGAR promedio fue 14 ± 4.5 puntos; 25 (40.3%) pacientes tenían algún grado de disfunción familiar (APGAR < 14 puntos), y 37 (59.7%) no la presentaban.

En cuanto a disfunción laboral, se observaron 26 (49.9%) individuos sin alteraciones en el funcionamiento laboral; 25 (40.3%), con algún grado de disfunción laboral, 11 (9.8%), no se evaluaron porque no tenían trabajo. Para el apoyo de amigos, 49 (79%) sujetos tenían un buen apoyo y 13 (21%) no lo tenían. En cuanto a la calidad del apoyo los resultados fueron algo similares; con buena calidad, 48 (77.4%); y con calidad deficiente, 14 (22.6%).

Se observaron niveles no severos de ansiedad en 59 (95.2%) pacientes, y niveles altos de ansiedad (>25 puntos)⁷ en 3 (4.8%). El puntaje promedio de ansiedad de acuerdo con la Escala de Hamilton fue 11.95 ± 7.91 .

El puntaje promedio de la GAS fue 73.6 ± 12.4 puntos; mostraron algún grado de psicopatología 30 (48.4%), y un grado óptimo dentro de la evaluación 32 (51.6%) pacientes.

El análisis bivariado mostró las siguientes asociaciones:

- El comportamiento homosexual y bisexual se correlacionó significativamente con pacientes VIH+ ($X^2 = 44.8$, $p < 0.0001$).
- El nivel de GAS⁸ se correlacionó significativamente a los pacientes con VIH+ ($X^2 = 24.5$, $p < 0.0004$).
- La disfunción familiar (APGAR < de 14 puntos)⁶, se correlacionó significativamente a los pacientes con VIH+ ($X^2 = 5.34$, $p < 0.02$).

El análisis estadístico multivariable mostró asociaciones estadísticamente significativas en las siguientes situaciones:

- Estado civil soltero, comportamiento homosexual y bisexual asociado con pacientes con VIH+ ($X^2 = 82.49$, $p < 0.00001$).
- Disfunción familiar, disfunción labo-

Cuadro 2
Hábitos Sexuales y Riesgo Psicosocial en 62 Pacientes de Consulta
Ambulatoria del HUV y CAB La Selva, Cali, 1993.

Análisis bivariado (seropositivo VIH)			
	OR	IC 95%	p
Comportamiento bisexual y homosexual	156.00	15.2-395.50	p < 0.00001
Alteración psicopatológica	7.03	2.0-25.81	p < 0.0004
Disfunción familiar	3.49	1.05-11.95	p < 0.02
Análisis multivariado (seropositivo VIH)			
	Chi ²	Valor p	
Soltero y comportamiento bisexual y homosexual	32.49	p < 0.00001	
Disfunción familiar y laboral	8.46	p < 0.01	
Disfunción familiar y comportamiento bisexual y homosexual	35.62	p < 0.0000	

ral con pacientes con VIH+, ($X^2 = 8.46$, $p < 0.01$).

- Disfunción familiar, comportamiento homosexual y bisexual con pacientes con VIH+, ($X^2 = 14.3$, $p < 0.001$) (Cuadro 2).

DISCUSIÓN

Se ha estudiado suficientemente la etiología y epidemiología del SIDA en los últimos años. Es indudable el impacto preventivo que se logrará con el reforzamiento de la educación y promoción de la salud con un enfoque y trabajo con la comunidad para disminuir el incremento de este problema epidemiológico. Sin embargo, cuando el individuo se infecta con el VIH, y más aún, cuando se diagnostica, se desencadenan cambios y crisis en su contexto personal, familiar y social, que se deben tener en cuenta para el manejo integral y en equipo del paciente infectado y con SIDA.

En la población de Cali¹⁰ a pesar de que se ha notado un incremento significativo en la prevalencia de la enfermedad en los últimos 8 años¹¹, esta prevalencia es baja en comparación con países desarrollados o del tercer mundo¹², lo que justificó 31 pacientes en cada uno de los grupos de estudio⁵; los grupos además tenían las variables sociodemográficas (Cuadro 1) y de confusión controladas (Cuadro 2).

Al analizar los resultados, se observó una mayor proporción de pacientes VIH+ en hombres jóvenes con un nivel educa-

cional no menor de secundaria, que indica que el grado de escolaridad por sí solo no es un factor protector para evitar el contagio por VIH. En este estudio 27 (43.5 %) personas presentaron comportamiento homosexual y bisexual que se asoció significativamente con otras seropositivas para VIH ($p < 0.0001$). Estos datos también se han informado suficientemente, lo que indica la adecuada caracterización y selección de los casos estudiados.

La familia tiene su estructura y su propia dinámica, que se pueden perturbar por estresores externos, como el estrés psicosocial. El sistema familiar es dinámico¹³ y, por tanto, tiende a equilibrarse por medio de los recursos de apoyo con que cuenta. De acuerdo con estudios previos realizados en la misma comunidad¹⁴, la prevalencia de la disfunción familiar oscila entre 12% y 19%; llamó la atención que 40.3% de los pacientes estudiados la presentaban. Al analizar esta disfunción se observó que es mucho más frecuente en sujetos con diagnóstico reciente de VIH+ ($p < 0.02$), con comportamiento homosexual y bisexual ($p < 0.001$) y con disfunción laboral y familiar ($p < 0.01$).

Es posible que el diagnóstico de una enfermedad reciente e incurable desencadene estresores a nivel familiar y laboral, que no se pueden manejar adecuadamente porque 48.4% de los casos estudiados mostraban algún grado de psicopatología y ausencia de actitud mental positiva ante los eventos de la vida (Cuadro 2).

De acuerdo con los resultados de este

estudio se puede concluir que el diagnóstico de seropositividad para VIH genera comportamientos adaptativos psicopatológicos que se deben tener en cuenta en el manejo integral de esta condición clínica.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen especialmente a Inés Constanza Tello, trabajadora social del Programa de Prevención y Lucha Contra el SIDA de la Secretaría de Salud Pública Municipal y a la psicóloga Agatha León de la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario del Valle por su invaluable ayuda para la realización del presente estudio.

SUMMARY

The serologic confirmation of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) produces a variable emotional reaction. A case-control study was performed to evaluate the psychiatric state of the patient at the moment of the diagnosis and to evaluate the impact over the family function. The state of unmarried, homosexual or bisexual behavior, and the family dysfunction (family APGAR < 14 points) were associated to AIDS ($X^2=35.6$, $p < 0.00001$). The presence of psychopathology in the patient (scale of psychiatric assessment of Lubarsky < 80 points), was associated to family dysfunction and AIDS (OR=3.49, CI 95%=1.05, $p < 0.02$). The results of this study showed that the diagnosis of AIDS produces different levels of stress with changes in the family function and a psychopathology adaptive behavior that have to be considered in the integrative management of AIDS.

REFERENCIAS

1. Christ, G & Wiener, L. *Consideraciones psicosociales en el SIDA*. Pp. 273-293. Department of Health New York City, 1984.
2. Cohen, M & Wesman, H. A biosychosocial approach to AIDS.

- Psychosomatics*, 1986, 27: 245-249.
3. Gómez, RD. *Epidemiología del SIDA e infección por VIH*. Pp. 23-42. Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín 1992.
 4. Lyons, J, Larson, D & Anderson, R. Psychosocial services for AIDS patients in the general hospital. *J Psychiatry Med*, 1989, 19: 4, 385-392.
 5. Secretaría de Salud Pública Departamental del Valle del Cauca. *Informe de las veinte primeras causas de notificación obligatoria*, 1991-1992.
 6. Arias, L & Herrera, JA. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Colombia Med*, 1994, 25: 26-28.
 7. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 1959, 32: 50-54.
 8. Gaviria L, Arévalo, W & León, A. Replicabilidad en la escala global de evaluación psiquiátrica en el medio colombiano. *Colombia Med*, 1989, 20: 105-109.
 9. Horn, J. Ambulatory care for the HIV infected patient. Pp. 375-398. In *Principles of ambulatory medicine*. 3rd ed, Williams & Wilkins, Baltimore, 1992.
 10. Hurtado, H, Gutiérrez, G & De Moya, J. Características sociodemográficas de la incidencia de VIH registrada en 1992. Programa SIDA. Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali, Colombia.
 11. Secretaría de Salud Pública Municipal. *Manual de normas y procedimientos*. Programa de Prevención y Lucha contra el SIDA, 1988, Cali, Colombia.
 12. US Department of Health and Human Services. Centers Disease Control and Prevention, Atlanta, 1990.
 13. Bertalanffy, L. Teoria generale dei sistemi, Milan. Terapia familiar de los trastornos psicossomáticos. Pp. 16-21, 1971.
 14. Horwitz, N. *Consideraciones sociológicas acerca de la relación entre familia y atención primaria en salud*. Pp. 59-72. Departamento de Salud Familiar, Universidad del Valle, 1989.

Sección: Caso de interés

Tricobezoar como causa de obstrucción intestinal alta

Harold Padilla-Ramírez, M.D.*

RESUMEN

Los tricobezoes son cuerpos extraños insólitos compuestos por pelo y alimentos que se impactan y forman un molde dentro del estómago o intestino, y pueden causar una obstrucción intestinal. De esta entidad hay escasos informes en la literatura. Se presenta el caso de una niña de 12 años, con diagnóstico de tricobezoar, manejada quirúrgicamente, con buena evolución. Se revisa esta rara enfermedad y se dan pautas para su diagnóstico y tratamiento.

Según Sharma & Sharma¹ el primer informe de un tricobezoar lo hizo Baudamant en 1779. De acuerdo con los mismos autores¹ la primera remoción quirúrgica exitosa la llevó a cabo Schonborn en 1883. El tricobezoar resulta de la ingesta de cabello usualmente arrancado de la cabeza. Este pelo junto con partículas de alimentos con el paso del tiempo se impacta y desarrolla una masa intraluminal, que toma la forma del estómago.

Hay otros tipos más comunes de bezoares, incluyendo la formación por frutas y fibras vegetales (fitobezoar), antiácidos, grasa animal, brea, laca y látex². Los síntomas abdominales usualmente son inciertos y pueden llevar a un diagnóstico retardado³. La paciente que se informa en este trabajo, documentó esta excepcional condición, para mostrar las diferentes facetas en su manejo.

* Cirujano Asistencial, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia.

INFORME DEL CASO

Una niña de 12 años, consultó a la Clínica San Fernando Cali, Colombia, en marzo de 1994, con historia de 1 año de evolución de llenura fácil, en ocasiones dolor abdominal en el epigastrio y pérdida de 5 kg de peso. El dolor abdominal aumentó 2 días antes del ingreso y se asoció con vómito blanquecino postprandial en 2 oportunidades.

Al examen físico se encontró una paciente en regulares condiciones generales, con deshidratación leve y dolor a la palpación en el epigastrio. El hemograma dio Hb = 12 g/dl, con extendido normal; había sodio, 132 mEq/l; y potasio, 3.4 mEq/l.

Por el antecedente de un año de evolución de sus síntomas se solicitó una ecografía de abdomen (Figura 1), cuyos hallazgos fueron una gran sombra acústica en el epigastrio. Se pidió una tomogra-

fía axial computadorizada (TAC) de abdomen (Figura 2), que mostró una masa intragástrica, compuesta por anillos concéntricos entrelazados, con atrapamiento de aire y residuos de alimentos.

Se reinterrogó a la paciente acerca de tricofagia, y respondió que lo hacía con alguna frecuencia desde varios años antes. Con sospecha clínica de tricobezoar, se decidió realizar una serie gastroduodenal (Figura 3), que mostró el estómago, cuarta porción del duodeno y yeyuno proximal, ocupados por una masa, de aspecto moteado irregular, con apariencia de tricobezoar, que obstruía parcialmente el paso del medio de contraste. Después de corregir el equilibrio de líquidos y electrolitos, se programó para cirugía. Se practicó laparotomía exploratoria mediana, y se encontraron 2 tricobezoes en el estómago y el yeyuno proximal.

Fue necesario realizar gastrostomía y enterostomía para la extracción de los