

Perfil afectivo, desesperanza e ideación suicida en mujeres con anormalidad cervicouterina

Gerardo García Maldonado^{1,2}, Víctor Manuel Joffre Velázquez^{1,2}, Gerardo Manuel Martínez Perales¹, Arturo Llanes Castillo, Valeria Reyes Chong², Gerardo Jesús Martínez Salazar¹

Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 17, Nº 1, junio de 2011, págs. 64 a 73.

Resumen

Introducción: La infección por virus de papiloma humano tiene la fracción atribuible más alta que haya sido reportada como causa específica de algún cáncer humano. Cada año 500,000 casos nuevos de cáncer cervicouterino son diagnosticados en todo el mundo. Este cáncer tiene los mayores índices de depresión y afecciones emocionales. La incidencia de suicidio es mayor si se compara con la población general. **Objetivo:** Explorar las características, estado emocional, grado de desesperanza e ideación suicida, en cada uno de los grados de displasia de pacientes con anormalidad cervicouterina. **Métodos:** Pacientes del sexo femenino, que acudieron por primera vez a un hospital general por anormalidad cervicouterina, seleccionadas de la misma población, en base al resultado obtenido en

las escalas clinimétricas y aplicando estadística descriptiva y medidas de dispersión y tendencia central. **Resultados:** 57 pacientes, media de edad 42.6 ± 11.4 , se identificaron 73.7% de pacientes con NIC-I, 14% con NIC-II, 3.5% con NIC-III y 8.8% con Ca in situ. 49.1% mostró puntuaciones altas para la subescala de malestar y 47.4% para ansiedad. En 43.9% se observó ausencia y niveles bajos de desesperanza. 12% presentó alguna evidencia de ideación suicida. **Conclusión:** Es prevalente el malestar y ansiedad en pacientes recientemente diagnosticadas con algún grado de displasia cervicouterina.

Palabras clave

Displasia, Cáncer cervicouterino, perfil afectivo, desesperanza, ideación suicida.

Abstract

Background: The infection by human papilloma virus has the highest attributable frac-

1 Departamento de Investigación, Facultad de Medicina de Tampico "Dr. Alberto Romo Caballero", Universidad Autónoma de Tamaulipas, México.

2 Médico Psiquiatra. Departamento de Investigación Clínica. Hospital Psiquiátrico de Tampico. Secretaría de Salud. Tamaulipas, México.

Correspondencia (autor responsable): Dr. Gerardo García Maldonado. Hospital Psiquiátrico de Tampico. Secretaría de Salud. Dirección: Ejército Mexicano #1403 Col. Allende. CP 89130. Tampico, Tamaulipas, México. Teléfono: (833) 2-13-18-62. E-mail: ggarciamaldonado@gmail.com

tion that has been reported as a specific cause of human cancer. Each year 500,000 new cases of cervical cancer are diagnosed around the world. This cancer has the highest rates of depression and emotional disorders. The incidence of suicide is higher compared with the general population. *Objective:* To explore the characteristics, emotional state, grade of hopelessness and suicidal ideation, in each one of the levels of dysplasia in patients with a cervical abnormality. *Methods:* Female patients who attended for the first time at a general hospital for cervical abnormality. Selected from the same population, based on the result obtained on clinimetric scales. The statistics applied were descriptive and measures of central tendency and dispersion. *Results:* 57 patients, age mean 42.6 ± 11.4 . 73.7% of patients had a CIN-I, 14% a CIN-II, 3.5% a CIN-III. 8.8% had a Ca in situ. 49.1% had high scores for discomfort subscale and 47.4% for anxiety. 43.9% had absence and low levels of hopelessness. 12% presented a suicidal ideation risk. *Conclusion:* There is a high prevalence of discomfort and anxiety on patients recently diagnosed with a level of cervical dysplasia.

Key words

Dysplasia, Cervical cancer, Affective profile, Hopelessness, Suicidal ideation.

Introducción

En México, el cáncer cervicouterino (CaCu) continúa siendo un grave problema de salud. En los últimos 25 años, la tasa de mortalidad ha aumentado; a pesar del programa nacional de detección oportuna del cáncer (DOC). Este problema oncológico es el

más frecuente y mortal en la población femenina¹⁸. Se estima que cada año 500,000 casos nuevos son diagnosticados en todo el mundo¹².

Estudios comparativos en relación a las tasas de mortalidad por esta patología, señalan a Chile y México como los más representativos, contrario a Cuba, Puerto Rico y Argentina que reportan tasas más bajas^{8,12}.

La experiencia de países desarrollados, ha permitido demostrar que la mejor opción para disminuir la mortalidad por CaCu es la detección y tratamiento oportunos de lesiones precursoras y malignas por medio de programas preventivos^{8,12,18}. La infección por virus del papiloma humano (VPH), es la enfermedad de transmisión sexual (ETS) más común actualmente. Se estima que por lo menos 50% de los adultos sexualmente activos han tenido una infección de VPH genital alguna vez en la vida. Existen algunos estudios que sugieren que la prevalencia de este problema es similar entre hombres y mujeres^{14,30}. La infección asintomática del cuello uterino por VPH se detecta en el 5 a 40% de las mujeres en edad reproductiva⁹. La presencia del virus tiene la fracción atribuible más alta que haya sido reportada como causa específica de algún cáncer humano, por ello ha despertado un gran interés en los programas de control^{8,9}.

Los subtipos de VPH que se consideran con mayor riesgo oncogénico son: 16, 18, 30, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68, 73 y 82, mientras que los de menor riesgo corresponden a los subtipos 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 57, 61, 70, 72 y 81; esto resulta determinante en la progresión de las lesiones intraepiteliales y en la aparición del cáncer cervical^{29,34}. El Sistema de clasificación Bethesda^{16,32}, es usado actualmente para catalogar las anomalías celulares preneoplásicas en el extendido citológico, denominándolas lesión

nes intraepiteliales escamosas de alto o bajo grado. El término "alto grado" incluye la neoplasia intracervical grado II (NIC-II) y NIC-III de la clasificación de Richard^{27,28}; el término "bajo grado", incluye NIC-I y las alteraciones celulares producidas por el virus del papiloma.

VPH, Displasias, CaCu y Síntomas Afectivos y Emocionales

Se ha reportado que el impacto emocional causado por el diagnóstico de VPH puede ser más dañino que los problemas físicos ocasionados por el virus³³. Investigaciones realizadas en Brasil⁶ y México²¹, han encontrando que las mujeres experimentan sentimientos de decepción y preocupación por su salud, ansiedad por la amenaza de que la infección sea el inicio de una alteración más severa y miedo a tener relaciones sexuales por el riesgo de ser infectadas nuevamente, así como necesidad de cuidarse de la enfermedad.

El CaCu, en comparación con el cáncer de mama y de endometrio, es el cáncer que paradójicamente reporta los mayores índices de depresión y afecciones emocionales. Esto se debe a que el diagnóstico temprano y la efectividad del tratamiento contribuyen a que las mujeres se mantengan más años libres de enfermedad, lo que hace que vivan más tiempo con miedo ante la amenaza de la recidiva¹.

La aceptación inicial del diagnóstico de displasia o cáncer, su tratamiento y los posibles efectos secundarios son un componente importante para las habilidades de afrontamiento. Una actitud realista y una participación activa ante el tratamiento permitirán enfrentar el diagnóstico, los procedimientos y los efectos secundarios con menos estrés^{26,38}.

Existen múltiples preocupaciones en las mujeres con displasia o con CaCu, entre las

que predominan la presencia o ausencia de apoyo social, estrés general, bienestar familiar, vida sexual y de pareja, y síntomas físicos asociados al tratamiento. Existen estudios que refieren que tras dos años posteriores de tratamiento, las mujeres aún manifiestan preocupación por su enfermedad¹⁵.

Las mujeres pueden experimentar sentimientos de pérdida que influyen negativamente en su relación de pareja y dificultan la posibilidad de poder formar una posterior relación. Esta situación se ve reflejada en la investigación realizada por Wenzel y cols.³⁸, quienes señalan mayores preocupaciones reproductivas en pacientes con CaCu, que en mujeres con ausencia de enfermedad.

Otro problema es la alteración en la percepción de la imagen corporal, debida a cicatrices que son producto del tratamiento, lo que trae como consecuencia una baja autoestima y una disminución de la confianza en sí misma²⁶. El apoyo social de la familia, pareja y amistades, constituye la clave para un eficaz afrontamiento y una equilibrada adaptación a la nueva realidad^{1,23,26}.

La presencia de displasia o cáncer se constituye como un evento catastrófico, asociado con la idea de muerte, incapacidad, desfiguración física, dependencia y disrupción con otros^{3,5,10,11}. El efecto psicológico en la paciente es innegable pues se genera un desequilibrio emocional que requiere un manejo terapéutico integral^{17,31}. Las mujeres con displasias o CaCu que reciben consejerías grupales desde el momento del diagnóstico, han demostrado un mejor afrontamiento de la enfermedad²³. Diversos estudios señalan que las respuestas de afrontamiento más utilizadas por mujeres portadoras de estos problemas son negación, esfuerzos cognitivos orientados a la solución de la alteración, confrontación, racionalización religiosa^{20,36}.

Vásquez y cols.³⁷, refieren que las estrategias de afrontamiento orientadas predominantemente a la emoción, se deben a la asociación mental que se hace entre el cáncer y la muerte.

Displasias, CaCu y Suicidio y Desesperanza

La incidencia de suicidio es mayor en pacientes con cualquier tipo de cáncer en comparación con la población general². La desesperanza se correlaciona fuertemente con ideación suicida, considerándose un importante predictor para un intento suicida propiamente⁴. El manejo apropiado de patología subyacente como depresión mayor, abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, reacciones a estrés agudos o duelos recientes, reducen la ideación suicida¹³.

Sin lugar a dudas la desesperanza y la ideación suicida en pacientes con CaCu y displasia cervical pueden ser de tal magnitud que compliquen su calidad de vida, funcionalidad familiar, responsabilidad social y la propia evolución de la enfermedad.

Considerando lo prevalente y grave de este problema en nuestro país y basados en hallazgos de estudios científicos que reportan complicaciones en la salud mental de las participantes, y tomando en cuenta que no existe información al respecto en el estado de Tamaulipas, México, se efectuó este estudio en la zona sur de la entidad.

Los objetivos de este trabajo fueron 1) describir diversas características inherentes a este padecimiento en la muestra 2) explorar el perfil afectivo de las pacientes que acuden por primera vez a un servicio hospitalario encargado de diagnosticar y tratar mujeres con anomalía cervicouterina de tipo displásico o con CaCu propiamente y 3) reportar el gra-

do de desesperanza, riesgo e ideación suicida en las participantes considerando también cada uno de los grados de displasia cervicouterina documentados en la muestra de estudio.

Material y Métodos

Muestra

Pacientes del sexo femenino, que acudieron por primera vez al servicio médico denominado "Clínica de Displasias" en un Hospital General en Tampico, Tamaulipas, México, en el cual se estableció el diagnóstico definitivo y tratamiento a seguir en pacientes con anomalía cervicouterina fueron incluidas. Los rangos de edad fueron de 22 a 73 años. La muestra participante estuvo conformada por 57 pacientes.

El proyecto fue revisado y aprobado por los comités de ética de la Facultad de Medicina de Tampico de la Universidad Autónoma de Tamaulipas y del Hospital Psiquiátrico de Tampico, sedes de adscripción de los investigadores, después de certificar que se apega a los lineamientos de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud en Seres Humanos de nuestro país, y a la declaración de Helsinki. Así mismo se obtuvo el dictamen de aprobación por parte de las autoridades del Hospital General sede del estudio. Las pacientes que reunieron los criterios de inclusión y que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado.

Instrumentos

Escala de Perfil Afectivo, diseñada para evaluar el estado de ánimo y validada en México. En el análisis de consistencia interna se documentó un alfa de Cronbach de 0.9729. La discriminación de los ítems para la versión

final, alcanzó significancia hasta de 0.001 utilizando "t de student"¹⁹. Consta de 83 ítems que sumados producen un puntaje total al cual llamamos disforia, además se conforman 6 subescalas que se integran de la siguiente manera: ánimo depresivo, malestar, fatiga o cansancio, enojo, falta de concentración y tensión o ansiedad. Definición operacional de cada una de estos perfiles (presente/ausente).

Escala de Desesperanza de Beck, es un instrumento autoaplicado que fue diseñado para evaluar las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. También aporta puntuaciones predictoras útiles de posible suicidio. La validación del instrumento ha documentado un nivel de confiabilidad de 0.5622, y ha logrado un nivel de consistencia interna con alfa de Cronbach de 0.8125.

Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso. Proporciona una puntuación total y puntuaciones en tres factores: factor afectivo (sentimientos sobre el futuro); factor motivacional (pérdida de motivación); factor cognitivo (expectativas sobre el futuro). Sobre estos 3 factores la definición operacional fue: afectación si/no. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems, puede oscilar entre 0 y 20; definición operacional para riesgo de cometer suicidio: 0-8 riesgo bajo, 0-3 ninguno o mínimo, 4-8 leve, 9-14 riesgo moderado y 15-20 alto.

Escala de Ideación Suicida de Beck, cuantifica y evalúa la recurrencia consciente de pensamientos suicidas. En cuanto a la confiabilidad del instrumento, se ha reportado un valor alfa de Cronbach de 0.93.22 La conforman 21 reactivos, cada uno con 3 alternativas, calificadas según su intensidad, de 0 a 2.

La suma de éstas indica la severidad de las ideas suicidas en el último mes. Los dos últimos reactivos no se califican, ya que miden su severidad y el número de intentos previos. Por medio de los reactivos 4 y 5 se define si se suspende la entrevista. Definición operacional: un puntaje ≥ 10 , indica riesgo de suicidarse.

Hoja de Recolección de Datos, con 25 ítems con una estructura dicotómica (Si/presente-No/ausente).

La definición operacional de displasia se definió según la clasificación Bethesda.16,32

Procedimiento

Se recolectó la información en la sala de espera de la clínica de displasias del Hospital General, solamente a las pacientes que acudían por primera vez. Posterior a la selección de participantes y a la explicación que se ofreció sobre los propósitos del estudio, y contando con su aceptación, se aplicaron las escalas clinimétricas; el tiempo promedio para este procedimiento fue de 40 minutos.

Análisis Estadístico

Estudio transversal en el que se describieron las características de las pacientes que acudieron a la clínica de displasia. Para el análisis de información se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para variables nominales, medidas de dispersión y tendencia central para las variables numéricas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0.

Resultados

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Se documentó una media de edad de 42.6±11.4 años. El 38.6% eran casadas. Se observó que predominan las mujeres con escolaridad media-básica. La diferencia entre aquellas dedicadas al hogar y las que tienen un empleo remunerado no es muy alto. Como se esperaba, el 98.2% de la muestra reside en el estado de Tamaulipas, predominando el municipio de Ciudad Madero (45.6%), seguido de Tampico y Altamira (33.3% y 17.5%, respectivamente), todos estos en la zona sur de esta entidad federativa. Los detalles pueden apreciarse en la Tabla 1.

Tabla 1: Características socio-demográficas
Edad (media en años)

Tabla 1: Características socio-demográficas	
Edad (media en años)	42.6±11.4
Mínima	22
Máxima	73
Estado civil [n (%)]	
Casadas	22 (38.6)
Solteras	17 (29.8)
Unión libre	12 (21.6)
Divorciada	5 (8.8)
Viuda	1 (1.8)
Escolaridad (%)	
Primaria	17.5%
Secundaria	24.6%
Otros	57.9%
Ocupación [n (%)]	
Empleo remunerado	31 (54.4)
Hogar	26 (45.6)
Lugar de residencia [n (%)]	
Tampico	19 (33.3)
Cd Madero	26 (45.6)
Altamira	10 (17.5)
Aldama	1 (1.8)
Ebano, SLP	1 (1.8)

El 15.8% mencionó tener el hábito fumar y el 8.8% de ingerir alcohol de forma ocasional. Todas las participantes negaron ser consumidoras de algún tipo de droga o sustancia ilícita. El 17.5% presentaba diabetes mellitus tipo 2 y el 19.3% hipertensión arterial sistémica, ambas bajo tratamiento médico.

Respecto al inicio de vida sexual activa se logró documentar que la mayoría de las encuestadas tuvieron solamente una pareja sexual. Dentro del estudio se observó que prácticamente todas las participantes viven con su pareja. La mayoría negó haber utilizado anticonceptivos orales. El resto de la información sobre estos parámetros se observa en la Tabla 2.

Tabla 2: Antecedentes sexuales

Tabla 2: Antecedentes sexuales	
Variable	n (%)
Inicio de Vida Sexual	
Antes de los 18 años	29 (50.9)
Después de los 18 años	28 (49.1)
Número de parejas sexuales	
Una pareja	23 (40.4)
Dos parejas	19 (33.3)
Tres parejas	9 (15.8)
Cuatro parejas	2 (3.5)
Cinco o más parejas	4 (7.0)
Habita con su pareja	35 (61.4)
Uso anticonceptivos orales	
Si	19 (33.3)
No	38 (66.7)

En cuanto a la paridad, el 57.9% de las participantes tuvieron más de tres embarazos, 35.1% de uno a dos y solo 7% mencionó no haber tenido. La forma de término de los embarazos más frecuente fue el parto vaginal en un 82.5%, seguido de cesárea 28.1% y el 29.8% abortos. Es importante señalar que el 26.3% de las encuestadas ha presentado

algún tipo de enfermedad de transmisión sexual alguna vez en su vida.

De acuerdo a la clasificación de Bethesda, se pudo documentar que el 73.7% de las pacientes tienen un grado de displasia en un nivel NIC-I, 14% en un NIC-II, 3.5% en un NIC-III y 8.8% presentan Ca in situ. Es importante mencionar que el 73.7% de las pacientes negaron algún antecedente familiar para cáncer cervicouterino. El 24.6% de participantes tuvieron familiares en primer grado con CaCu, predominando la rama materna en el 22.8% de los casos. El 8.8% de la muestra ha estado alguna vez en tratamiento psicológico y 7% bajo tratamiento psiquiátrico. Sólo 5.3% tuvieron intento suicida alguna vez en su vida.

Escala de Perfil Afectivo se documentó que 49.1% de las participantes mostraban afectaciones para la sub-escala de malestar con un nivel alto, seguido de un 47.4% para la subescala de ansiedad. El resto de la información se describe en la Tabla 3.

Escala de Desesperanza de Beck, la puntuación media encontrada fue de 4.36 ± 3.53 , con una puntuación mínima de 0 y una máxima de 15. Se observó además una proporción similar entre ausencia y niveles bajos de desesperanza (43.9%). Considerando los tres dominios que evalúa la escala, se documentó que la afectación principal está en el dominio motivacional, aunque en general las puntuaciones fueron bajas. Como dato complementario, hay casos en los que se aprecian dos dominios comprometidos.

Escala de Ideación Suicida de Beck se registró que del total de la muestra, solo 7 participantes (12%) tenían este riesgo, sin llegar a riesgo de conducta suicida propiamente, y relacionando esta información con los grados de displasia según la clasificación de Bethesda de estas 7 pacientes: 5 eran portadoras de NIC-I, una paciente de NIC-II y una con Ca in situ.

Tabla 3: Sub-escalas de la Escala de Perfil Afectivo.

Sub-escala	Puntuaciones [n (%)]		Media (Desviación Estándar)
	Bajas	Altas	
Animo depresivo	51 (89.5)	6 (10.5)	50.1 (20.8)
Malestar	29 (50.9)	28 (49.1)	58.4 (15.9)
Fatiga	40 (80.7)	11 (19.3)	16.8 (8.0)
Enojo	53 (93.0)	4 (7.0)	20.6 (8.5)
Falta de concentración	52 (91.6)	5 (8.8)	23.2 (9.7)
Ansiedad	30 (52.6)	27 (47.4)	17.7 (7.0)

Discusión

Este estudio es el primero en su tipo realizado en esta zona del país, aunque la muestra es relativamente pequeña, logra aportar información importante acerca de la población de pacientes atendidas en el periodo considerado para el trabajo de campo. Entre algunos de los aspectos relevantes, cabe mencionar que se utilizaron tres escalas: Escala de Perfil Afectivo, Escala de Desesperanza de Beck y la Escala de Ideación Suicida de Beck, las cuales cuentan con estudios de validez y de confiabilidad, por lo cual se considera que todas las pacientes fueron evaluadas con los instrumentos adecuados^{19,22,25}. El porcentaje de las pacientes que tuvieron su inicio de vida sexual antes de los 18 años de edad fue de 50.9%, lo cual concuerda con el estudio realizado por Sun y cols. en 2002³⁴, en el que se evaluaron 30 mujeres con evidencia de displasia cervicouterina, donde encontraron una alta frecuencia de inicio de vida sexual temprana, asociando este hecho con riesgo elevado de displasia cervicouterina y CaCu.

Respecto a los antecedentes sexuales, el 40.4% de las participantes mencionó haber tenido solamente una pareja sexual, 33.3% dos parejas sexuales, 15.8% tres parejas, 3.5% cuatro y 7% cinco o más; lo cual es opuesto a lo encontrado en otros estudios realizados en Chile²³ y Canadá³³, en los cuales se reporta un alto índice de múltiples parejas sexuales, lo que predispone a desarrollar algún grado de displasia.

Respecto al uso de anticonceptivos orales, el 66.7% de las participantes negó haberlos utilizado, sin embargo, en el estudio realizado por Tirado-Gómez y Mohar³⁵, en el cual evaluaron 228 mujeres, reportaron que el 63.2% utilizaba estos productos. Este dato es muy importante señalarlo, pues las investiga-

ciones indican que existe un riesgo potencial en pacientes que usan a largo plazo anticonceptivos orales, además que este riesgo aumenta hasta 4 veces más en mujeres infectadas con el VPH^{7,24,30,34}.

Acorde a la clasificación de Bethesda, se pudo documentar que la mayoría de las participantes del estudio presentaron un grado de displasia NIC-I, lo cual concuerda con otros estudios realizados en nuestro país sobre este tóxico⁸.

Es importante mencionar que aunque la mayoría de la muestra estudiada negó tener algún antecedente familiar para cáncer cervicouterino, esto no debe considerarse como una constante, pues está fundamentado el valor de la carga genética en el desarrollo de esta enfermedad^{30,34}.

Por otro lado, aunque sólo un 5.3% de las participantes tuvo intento de suicidio previo, no se debe pasar por alto el hecho de que el apoyo familiar y social en estas pacientes debe estar siempre presente para evitar este riesgo potencial. Se debe contribuir también a la aceptación de la enfermedad y a un mejor apego al tratamiento⁶.

Deviller⁷, Sarduy³⁰ y Sun³⁴, encontraron en sus estudios, factores de riesgo asociados a CaCu, entre ellos el uso de tabaco y alcohol, los cuales se asociaron con una infección persistente por VPH; en el presente estudio se encontró el uso de tabaco y alcohol en una quinta parte de las participantes.

Aunque en la escala de perfil afectivo se encontró afectación y puntajes altos para las sub-escalas malestar y ansiedad, particularmente en las pacientes diagnosticadas como NIC-I, el reporte habitual de otros estudios es la depresión²⁶. El resultado obtenido en este trabajo, puede señalarse como el esperado de primera intención, pues las pacientes recientemente habían recibido su diagnóstico. Pro-

bablemente más adelante podrían documentarse manifestaciones depresivas.

Respecto a la valoración de la severidad de la desesperanza, pudimos observar que la mayoría de la muestra obtuvo niveles bajos. Es importante mencionar que aunque documentamos pacientes con niveles altos, no se constituyeron como casos con riesgo de conducta suicida propiamente. Al igual que la consideración anterior habría que explorar estas circunstancias posteriormente, ya que probablemente pudieran modificarse. Pensamos que esto puede deberse a que el estudio se llevó a cabo prácticamente en el momento del proceso diagnóstico. Otros estudios realizados en Canadá⁴, Dinamarca¹⁵, México²¹ y España²⁶, han reportado que las mujeres portadoras de VPH o CaCu cursan con sintomatología afectiva significativa y alto riesgo suicida asociado a desesperanza, principalmente aquellas portadoras de cáncer in situ.

Conclusiones

El 73.7% de las participantes en el estudio tienen un grado de displasia en un nivel NIC-I, 14% en un NIC-II, 3.5% en un NIC-III y 8.8% presentan Ca in situ. Las circunstancias en la vida sexual de las pacientes de esta muestra son muy similares a otros estudios.

El malestar y ansiedad, fue el reporte más frecuentemente encontrado con la escala de perfil afectivo en esta población, sin embargo se debe dar seguimiento con evaluaciones ulteriores que permitan detectar manifestaciones depresivas.

Aunque se detectaron casos con niveles altos de desesperanza, no se documentó riesgo de conducta suicida propiamente, sin embargo, debe tenerse especial cuidado en aquellas pacientes portadoras de cáncer in situ por el alto riesgo que tienen de presentar esta

condición. El tratamiento de las pacientes que presentan displasia cervicouterina o CaCu debe incorporar además el aspecto psicológico y psiquiátrico, y no limitarse solamente a la atención ginecológica.

Debido a las implicaciones emocionales en las mujeres portadoras de un padecimiento de esta índole, es conveniente una evaluación clínica para la esfera afectiva y emocional válida, objetiva y confiable en cada una de las revisiones ginecológicas, con el fin de detectar oportunamente trastornos afectivos subsindromáticos o manifestaciones clínicas evidentes para su debido tratamiento.

Se considera conveniente la implementación de programas de psicoeducación para las pacientes, sus parejas y familiares, con el fin de orientarlos sobre la evolución del padecimiento y el riesgo de presentar síntomas afectivos.

Será importante en futuros estudios incluir a una muestra más amplia de participantes, e incluir a pacientes con una evolución más prolongada de su diagnóstico para evaluar y documentar la presencia de otro tipo de alteraciones afectivas. La utilización de instrumentos que puedan identificar otro tipo de manifestaciones afectivas, no solo depresión o ansiedad, debe considerarse como prioritario en la atención integral de mujeres con displasia cervical o Ca Cu.

Bibliografía

1. Ashing-Giwa; "The impact of cervical cancer and dysplasia: a qualitative, multiethnic study"; *Psychoncology*; 2004;13;709-28.
2. Bolund C; "Suicide and cancer: medical and care factors in suicide by cancer patients in Sweden"; *J Psychosoc Oncol*; 1986;3;31-38.
3. Carver CS, Pozo-Kaderman I; "Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer"; *Psychosomatic Medicine*; 1998;60:168-74.

4. Chochinov H, Wilson K; "Depression, hopelessness, and suicidal ideation in terminally III"; *Psychosomatics*; 1998;39:366-70.
5. Cruzado J, Labrador F; "Intervención psicológica en pacientes de cáncer"; *Rev Cáncer*; 2000;14:63-82.
6. Da-Silva M; "Percepción de un grupo de mujeres acerca de ser portadoras del VPH"; *Ginecol Obstetric Mex*; 2005;73:531-36.
7. De Villiers EM; "Relationship between steroid hormone contraceptives and HPV, cervical intraepithelial neoplasia and cervical carcinoma"; *Int J Cancer*; 2003;103:705-08.
8. Flores Y, Bishai D; "Evaluación del uso de la prueba VPH como alternativa de detección de cáncer cervical en México"; *Rev Retos de Seg Soc*; 2002;76-87.
9. Franco EL, Villa LL; "Epidemiology of cervical human papillomavirus infection". Blackwell Science; 1997;14-22.
10. Garcia-Viniegras G, González B; "La categoría del bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales"; *Rev Med Cub*; 2000;16:586-92.
11. Greimel E, Thiel; "Prospective assessment of quality of life of female cancer patients"; *Gyn Oncol*; 2002;85:140-47.
12. Hidalgo-Martínez A; "El Cáncer cervicouterino, su impacto en México y el por que no funciona el programa nacional de detección oportuna"; *Rev Biomed*; 2006;17:81-84.
13. Hietanen P, Lonnqvist J; "Cancer and suicide"; *Ann Oncol*; 1991;2:19-23.