

División Académica de Ciencias de la Salud



**“APOYO FAMILIAR Y PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN MUJERES
CON CÁNCER DE ENDOMETRIO EN EL HGZ 46”**

**Tesis para obtener el diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar**

PRESENTA:

José Armando Hernández Díaz

DIRECTOR (ES)

M. Esp. Yanet Pérez Méndez

M. en C. María Isabel Avalos García

M. en C. Rosario Zapata Vázquez



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



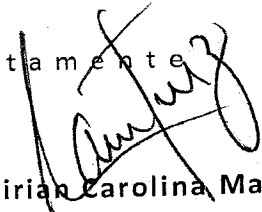
Of. No. 0180/DACS/JAEP
06 de febrero de 2019

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. José Armando Hernández Díaz
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Ricardo González Anoya, Dra. Concepción López Ramón, Dra. Mirian Carolina Martínez López, M.O. Mario Armando De la Cruz Acosta y la Dra. Valentina Rivas Acuña, impresión de la tesis titulada: **"Apoyo familiar y percepción de la atención médica en las mujeres con cáncer de endometrio en el HGZ 46"**, para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde fungen como Directores de Tesis Esp. Yanet Pérez Méndez, M. en C. Rosario Zapata Vázquez y la M. en C. María Isabel Avalos García.

Atentamente


Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora



C.c.p.- Esp. Yanet Pérez Méndez.- Director de Tesis
C.c.p.- M. en C. Rosario Zapata Vázquez.- Director de tesis
C.c.p.- M. en C. María Isabel Avalos García
C.c.p.- Dr. Ricardo González Anoya.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Concepción López Ramón.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Mirian Carolina Martínez López.- Sinodal
C.c.p.- M.O. Mario Armando De la Cruz Acosta.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Valentina Rivas acuña.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MO'MACA/lkrd*



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 08:30 horas del día 31 del mes de enero de 2019 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Apoyo familiar y percepción de la atención médica en las mujeres con cáncer de endometrio en el HGZ 46"

Presentada por el alumno (a):

Hernández	Díaz	José Armando
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
Con Matricula		

1	6	1	E	5	0	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialidad en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Esp. Yanet Pérez Méndez
M. en C. Rosario Zapata Vázquez
M. en C. María Isabel Avalos García
Directoras de Tesis

Dr. Ricardo González Anoya

Dra. Concepción López Ramón

Dra. Mirian Carolina Martínez López

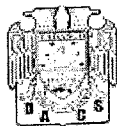
M.O. Mario Armando De la Cruz Acosta

Dra. Valentina Rivas Acuña



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 31 del mes de Enero del año 2019, el que suscribe, José Armando Hernández Díaz, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 161E50001 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Apoyo familiar y percepción de la atención médica en las mujeres con cáncer de endometrio en el HGZ 46"**, bajo la Dirección de la M. Esp. Yanet Pérez Méndez, M. en C. Rosario Zapata Vázquez y M. en C. María Isabel Ávalos García, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: armando.1087@hotmail.com, Sí el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


José Armando Hernández Díaz

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello



AGRADECIMIENTOS

A toda mi familia, pues cada uno de ustedes hizo posible el inicio y culminación de esta aventura llamada residencia, le agradezco su paciencia y su apoyo.

A Dios ya que por su infinita misericordia y múltiples bendiciones logré terminar este complicado camino.

Especialmente a mi madre Hilda por sus enseñanzas y ejemplo de lucha, para quien nunca hubo imposibles.

A mi padre Jesús quien me ha apoyado en todo momento sin condición alguna, quien siempre me enseñó que lo bueno de la vida siempre cuesta trabajo, esfuerzo y dedicación.

A mis hermanas quien siempre está ahí para escucharme y ponerme los pies sobre la tierra.

A mi tío Jorge gracias por su apoyo en cada etapa de mi vida, su ejemplo me ha motivado para seguir superándome profesionalmente.

A mis compañeros de residencia con los cuales compartí muchos momentos dentro y fuera del hospital, en las guardias donde aprendimos que no existe el cansancio, donde aprendimos a dar lo mejor de lo nuestro, y creamos recuerdos inolvidables.

Y gracias a todos los doctores y a los doctores que dan su tiempo para enseñar, ya que son ellos los que nos guían en los momentos más difíciles y complicados de la residencia.



DEDICATORIAS.

A mis padres por regalarme la vida.

A mis hermanas por apoyarme en esta etapa de mi vida, llena de retos.

A mis compañeros de residencia, cómplices en esta aventura.

A las doctoras y los doctores por guiarme y dedicar el tiempo para enseñarme a ser mejor cada día.



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



INDICE

AGRADECIMIENTOS	I
DEDICATORIAS	II
INDICE	III
INDICE DE TABLAS Y CUADROS	V
ABREVIATURAS	VI
GLOSARIO DE TÉRMINOS	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
1. INTRODUCCIÓN	10
2. MARCO TEORICO	12
2.1 Generalidades del cáncer de endometrio	12
2.2 Factores de riesgo	19
2.3 Apoyo Familiar	19
2.4 Percepción de la atención médica	21
3. MARCO REFERENCIAL	22
4. JUSTIFICACIÓN	26
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	29
7. OBJETIVOS	30
7.1 Objetivo general	30
7.2 Objetivos específicos	30
8. MATERIAL Y MÉTODO	31
Diseño del estudio	31
Población, muestra y muestreo	31
Criterios de inclusión y exclusión	31
III	
Instrumentos para la recolección de la información	32



Análisis de la información.....	34
9. ASPECTOS ETICOS.....	35
10.RESULTADOS.....	37
11.DISCUSIÓN.....	43
12.CONCLUSIONES.....	45
13.RECOMENDACIONES.....	46
14.REFERENCIAS.....	48
15.ANEXOS.....	52



TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Estado civil de las mujeres con cáncer de endometrio en el HGZ 46...	38
Tabla 2. Características clínicas de las pacientes con cáncer de endometrio HGZ 46 IMSS.....	39
Tabla 3. Apoyo social global en mujeres con cáncer de endometrio en el HGZ 46 IMSS.....	40
Tabla 4. Apoyo emocional en mujeres con cáncer de endometrio en el HGZ 46 IMSS.....	40
Tabla 5. Apoyo material en mujeres con cáncer de endometrio en el HGZ 46 IMSS.....	41
Tabla 6. Relaciones sociales de ocio y distracción en mujeres con cáncer de endometrio en el HGZ 46 IMSS.....	41
Tabla 7. Apoyo efectivo en mujeres con cáncer de endometrio en el HGZ 46 IMSS.....	42
Tabla 8. Percepción de la atención médica en mujeres con cáncer de endometrio en el HGZ 46 IMSS.....	42
Tabla 9. Percepción de la atención medica valorado por cuestionario elaborado en el HGZ 46 IMSS.....	43



ABREVIATURAS.

CE	Cáncer de endometrio
ARN	Acido ribonucleico
ADN	Acido desoxirribonucleico
PTEN	Fosfatidilinositol-3, 4, 5-trisfosfato 3-fosfatasa
EN	Endometriosis sin atipia
EA	Endometriosis atípica
ET	Endometriosis adyacente a tumor
AGUS	Atypical Glandular Cells of Undetermined Significance
NIC	Neoplasia intraepitelial cervical
ACS	Células escamosas atípicas
ASC-US	Células escamosas atípicas de significado indeterminado
ASC-H	Células escamosas atípicas que no pueden excluir una lesión intraepitelial de alto grado
AGC	Células glandulares atípicas
AIS	Adenocarcinoma endocervical in situ
LSIL	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado
HSIL	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado
OMS	Organización Mundial de la Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
HGZ	Hospital General de Zona
MOS	Medical Outcomes Study
Me	Mediana
Mo	Moda



GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Cáncer:	Tumor maligno originado por la pérdida de control del crecimiento de las células, que pueden invadir estructuras adyacentes o propagarse a sitios alejados y tener como resultado la muerte.
Cáncer de endometrio:	El carcinoma de endometrio es la segunda neoplasia ginecológica más frecuente a nivel mundial. De los tumores del cuerpo uterino es el más frecuente, predominando la variedad endometroide y desarrollándose generalmente en la perimenopausia, asociándose con la exposición excesiva a estrógenos.
Apoyo familiar:	Presencia de unidad familiar durante un proceso de enfermedad, discapacidad y asistencia de uno de sus miembros.
Percepción:	Es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades, es resultado de un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones.
Adherencia terapéutica:	El grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida.
Calidad de vida:	Determinar el nivel de ingresos y de comodidades que una persona, un grupo familiar o una comunidad poseen en un momento y espacio específicos.
Control de la enfermedad:	Ausencia de dolor e inflamación.
Remisión de la enfermedad:	Ausencia de dolor, más cifras bioquímicas normales



RESUMEN.

Apoyo familiar y percepción de la atención médica en las mujeres con cáncer de endometrio en el HGZ 46.

Antecedentes: El cáncer de endometrio es una neoplasia que se presenta como la segunda neoplasia ginecológica a nivel mundial, ocupa la tercera causa de cáncer ginecológico en México. Según la OMS 2016 reporta una incidencia de 2600 casos de cáncer del cuerpo uterino en México. La mujer con cáncer de endometrio experimenta sentimientos de incertidumbre e inseguridad. Para enfrentar esa situación, la mujer busca organizar sus relaciones sociales, constituido de una red de elementos que envuelve personas de la familia, amigos, profesionales de salud y otros grupos sociales que podrán ayudarla durante ese proceso. **Objetivo:** Se determinó el Apoyo familiar y la percepción de la atención médica en mujeres diagnosticadas con cáncer de endometrio en la delegación Tabasco del IMSS. **Material y método:** Estudio de tipo analítico, cualitativo, transversal y descriptivo, el análisis de casos de pacientes diagnosticadas con cáncer de endometrio se realizó a través de la revisión de expedientes médicos de la delegación Tabasco del IMSS, con el uso del Censo Epidemiológico de pacientes diagnosticadas. **Resultados:** La edad promedio de las mujeres con cáncer de endometrio fue de 56 años, el 74.2% de ellas tiene un grado de apoyo social global alto, y el 78.8% de las mismas consideran la atención médica que reciben como buena, con una X^2 de 25.9 y un valor de $p=0.000$ estadísticamente significativo. **Conclusiones:** El grado de apoyo familiar y la percepción de la atención médica se relacionan para mejorar la sobrevida de las mujeres con cáncer de endometrio, por lo que se debe fortalecer y mejorar las redes familiares, y aplicar mejoras en los servicios de salud.

Palabras claves: cáncer, cáncer de endometrio, enfermedad crónica, apoyo familiar, perspectiva de la atención médica, sobrevida.



ABSTRACT.

Family support and perception of medical care in women with endometrial cancer in HGZ 46.

Background: Endometrial cancer is a neoplasm that appears as the second gynecological neoplasm in the world, it is the third cause of gynecological cancer in Mexico. According to the WHO 2016 reports an incidence of 2600 cases of cancer of the uterine body in Mexico. The woman with endometrial cancer experiences feelings of uncertainty and insecurity. To confront this situation, women seek to organize their social relationships, consisting of a network of elements that surround family members, friends, health professionals and other social groups that can help during this process. **Objective:** Family support and the perception of medical attention in women diagnosed with endometrial cancer were determined in the Tabasco delegation of the IMSS. **Material and method:** An analytical, qualitative, transversal and descriptive study, the analysis of cases of patients diagnosed with endometrial cancer was carried out through the review of medical records of the Tabasco delegation of the IMSS, with the use of the Epidemiological Census of diagnosed patients. **Results:** The average age of women with endometrial cancer was 56 years, 74.2% of them have a high degree of global social support, and 78.8% of them consider the medical care they receive as good, with an X² of 25.9 and a value of $p = 0.000$ statistically significant. **Conclusions:** The degree of family support and the perception of medical care are related to improve the survival of women with endometrial cancer, so that family networks must be strengthened and improved, and improvements in health services must be applied.

Keywords: cancer, endometrial cancer, chronic disease, family support, perspective of medical care, survival.



1. INTRODUCCIÓN

Dentro del campo de la salud, la representación social del enfermo oncológico resulta crucial para el paciente, para su familia y para el personal sanitario que los atiende.

Comprender lo que les sucede es especialmente relevante en una enfermedad como el cáncer, en el que las creencias socialmente compartidas forman el núcleo central del conocimiento que estos pacientes tienen sobre la enfermedad.

El cáncer es una de las enfermedades más graves de nuestro tiempo debido a su elevada prevalencia, morbilidad y mortalidad.

El adenocarcinoma de endometrio (ACE) es el cáncer más frecuente del tracto genital femenino en los países industrializados. En Europa, ocupa el cuarto lugar en los cánceres femeninos más frecuentes, por detrás de la mama, colorrectal y pulmón.

A pesar de su elevada incidencia en los países desarrollados, las tasas de mortalidad son bajas. Esto se debe a su diagnóstico precoz en estadios tempranos y a un buen manejo terapéutico en estos países.

Evaluar la calidad de la atención desde la percepción del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la institución otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.

El trabajo con las familias tiene como finalidad otorgar una atención biopsicosocial completa, para poder elaborar un tratamiento integral en caso de enfermedades crónicas, para mejorar la adherencia al tratamiento médico, la función física, y la calidad de vida de los pacientes.

La siguiente investigación explora el apoyo familiar que las mujeres con cáncer de endometrio tienen para sobrellevar su enfermedad así como la percepción que tienen de



la atención médica que reciben para poder realizar un plan integral que ayude a mejorar aspectos de su vida diaria y proporcionar mejores servicios de salud, y con ello lograr un control adecuado y la remisión de la enfermedad.



2. MARCO TEÓRICO

2.1 Generalidades del Cáncer de Endometrio.

La palabra cáncer proviene del término griego kankinoma y su equivalente latino cáncer que se empleaban para denominar los tumores de mama que infiltraban los tejidos adyacentes adquirieron una forma que recordó al cuerpo de un cangrejo¹.

Las células cancerosas se diferencian de las células normales por presentar alteraciones en los procesos que controlan la proliferación y diferenciación celular, como consecuencia de alteraciones cualitativas y cuantitativas, de las proteínas que regulan esos procesos. Las anomalías proteicas presentes en todas las células cancerosas, se deben a cambios en las secuencias nucleotídica de los genes que la codifican, de manera que actualmente se considera que el cáncer es una enfermedad genética².

La mayor parte de las mutaciones responsables de la aparición de células cancerosas se producen en las células somáticas³.

El cáncer de endometrio (CE) es la segunda neoplasia ginecológica más frecuente a nivel mundial. Su mayor frecuencia está condicionada al incremento en la expectativa de vida en la población femenina, al uso de tamoxifeno y al surgimiento de la obesidad como problema de salud⁴.

La incidencia del CE es casi seis veces mayor en países desarrollados que en los menos desarrollados, aunque su mortalidad es menor que en aquellos países con menos desarrollo⁵.

De los tumores del cuerpo uterino el CE es el más frecuente, predominando la variedad endometriode y desarrollándose generalmente en la perimenopausia, atribuyéndose a una asociación con la exposición excesiva a estrógenos⁵.



Aunque el pronóstico del CE en etapas tempranas es favorable con tasas de supervivencia de 80%, las pacientes con enfermedades de alto riesgo y enfermedad avanzada tienen una supervivencia a largo plazo menor a 50%⁶.

Desafortunadamente, en los últimos 30 años el avance en el tratamiento de esta neoplasia ha sido muy limitado, por un lado debido al escaso número de estudios clínicos realizados y por otro, al poco conocimiento de su patología molecular⁶.

Actualmente se conoce que el CE tipo I (relacionado a estrógenos) y el tipo II (no relacionado a estrógenos) tienen diferentes perfiles genéticos⁷.

Un mayor conocimiento de los genes involucrados en la carcinogénesis endometrial permitirá en un futuro conocer en detalle los mecanismos de inicio, progresión y desarrollo de metástasis, así como el desarrollo de biomarcadores pronósticos y blancos terapéuticos⁷.

Subgrupos de carcinoma endometrial:

- El **tipo I**, relacionado con una estimulación estrogénica prolongada e hiperplasia endometrial. En las mujeres posmenopáusicas hay una mayor síntesis de estrógenos en la grasa corporal procedente de los precursores andrógenos en las suprarrenales y ovarios. Es común la inactivación de gen PTEN. De pronóstico favorable⁸.
- El **tipo II**, presenta con menor frecuencia asociación a hiperestrogenismo o de hiperplasia preexistente, y adquieren la enfermedad en una edad más avanzada. Son poco diferenciados, asemejan a un subgrupo de carcinomas ováricos (carcinomas serosos y células claras, principalmente). Este tipo de tumores tienen un peor pronóstico. Se hallan vinculados con mutaciones del gen p53⁸.



Presumiblemente comienzan como neoplasias del epitelio de superficie que se extienden al interior de las estructuras glandulares adyacentes y posteriormente transubárica, e implantarse en superficies peritoneales al igual que sus homólogos ováricos⁸.

2.1.2 Estadificación.

Estadificación del carcinoma endometrial:

- Estadio I:** Tumor confinado al cuerpo uterino.
- Estadio IA:** Sin invasión de más de la mitad del miometrio.
- Estadio IB:** Invasión igual o más de la mitad del miometrio. Invasión de más de la mitad del miometrio.
- Estadio II:** Tumor que invade el estroma cervical y no se extiende más allá del útero.
- Estadio III:** Propagación del tumor local y/o regional. Invasión del estroma cervicouterino.
- Estadio IIIA:** Tumor que invade la serosa del cuerpo uterino y/o anexos.
- Estadio IIIB:** Afectación vaginal y/o parametrios.
- Estadio IIIC:** Metástasis a la pelvis y/o ganglios linfáticos para-aórticos. IIIC1* ganglios pélvicos positivos, IIIC2* ganglios linfáticos para-aórticos positivos con o sin ganglios pélvicos positivos.
- Estadio IV:** Tumor que invade vejiga y/o mucosa intestinal, y/o metástasis a distancia.
- Estadio IVA:** Invasión tumoral de vejiga y/o mucosa de intestino.
- Estadio IVB:** Metástasis a distancia incluyendo ganglios intra-abdominales y/o ganglios linfáticos inguinales¹¹.



Pueden subagruparse de acuerdo a los grados en que se encuentren:

- G1:** Carcinomas en los que el patrón de crecimiento sólido (no morular y no escamoso) es inferior a 5%.
- G2:** Carcinomas en los que el patrón de crecimiento sólido (no morular y no escamoso) está comprendido entre el 6 y el 50%.
- G3:** Carcinomas en los que el patrón de crecimiento sólido (no morular y no escamoso) es superior a 50%¹¹.

Debe tenerse presente que, en el caso de los carcinomas de grado 2 o 3, el grado puede aumentar en una unidad si se observan núcleos notablemente agrandados con prominentes nucléolos. Por otra parte, las atipias de rango menor no justifican el incremento del grado¹¹.

Por consiguiente, el conocimiento de los grados nucleares tiene sentido para cambiar o mantener el grado tal y como se ha definido anteriormente¹¹.

- GN1:** Carcinomas cuyas células presentan núcleos ovalados y de cromatina regularmente distribuida.
- GN2:** Carcinomas cuyas células presentan núcleos que no corresponden ni al grado 1 ni al grado 3.
- GN3:** Carcinomas cuyas células presentan núcleos pleomórficos marcadamente agrandados con una cromatina irregularmente distribuida de gránulos toscos y macro-nuécleolos eosinofílicos¹¹.

Básicamente el CE se trata de una neoplasia que produce síntomas aún en sus estadios más precoces; el 1-5% de las pacientes pueden ser asintomáticas en el momento del diagnóstico, lográndose éste al estudiar a la paciente por un informe citológico de AGUS, y ocasionalmente, incluso tras realizar una histerectomía por un motivo benigno.



Sin embargo, la mayor parte de las mujeres que padecen un CE, presentan alteraciones menstruales en la etapa premenopáusica, y fundamentalmente metrorragia postmenopáusica. Se ha estimado que un 20% de casos de metrorragia postmenopáusica obedecen a causa tumoral, y que más de la mitad de ellos corresponden al CE¹².

De los datos referidos anteriormente, hay que concluir que es necesario descartar el CE en toda mujer premenopáusica que presente alteraciones menstruales, sobre todo si se acompañan factores de riesgo y en toda mujer postmenopáusica que refiera metrorragia, leucorrea o dolor pélvico, siendo éste una manifestación de estadios avanzados, en cuyo caso la exploración física ginecológica será más rica que en estadios iniciales, que en general es bastante anodina¹².

2.1.3 Diagnóstico.

La prueba de Papanicolaou se usa para detectar células anormales del cérvix. La prueba comprende la recolección de células cervicales y su análisis al microscopio. Se han usado varios términos para describir las células anormales que se pueden ver en las pruebas de Papanicolaou¹³.

El sistema principal que se usa para informar sobre los resultados de las pruebas de Papanicolaou en Estados Unidos es el Sistema Bethesda. En este sistema, las muestras que tienen células anormales se dividen en las siguientes categorías¹³:

- **ASC:** células escamosas atípicas. Las células escamosas son las células delgadas y planas que forman la superficie del cérvix. El Sistema Bethesda divide esta categoría en dos grupos¹³:



- **ASC-US:** células escamosas atípicas de significado indeterminado. Las células escamosas no aparecen completamente normales, pero los médicos están inciertos sobre el significado de los cambios en las células. Algunas veces los cambios están relacionados con la infección por VPH. Una prueba de VPH se puede hacer para aclarar los resultados¹³.
- **ASC-H:** las células escamosas atípicas no pueden excluir una alteración intraepitelial escamosa de alto grado. Intraepitelial se refiere a la capa de células que forman la superficie del cérvix. Las células no aparecen normales, pero los médicos están inciertos sobre el significado de los cambios en ellas. ASC-H puede ser que represente un riesgo mayor de ser precanceroso comparado con ASC-US¹³.
- **AGC:** células glandulares atípicas. Las células glandulares son células que producen mucosidad y se encuentran en el canal endocervical (la abertura en el centro del cérvix) o en el revestimiento del útero. Las células glandulares no aparecen normales, pero los médicos están inciertos sobre el significado de los cambios en las células¹³.
- **AIS:** adenocarcinoma endocervical in situ. Células precancerosas que se encuentran en el tejido glandular¹³.
- **LSIL:** lesión escamosa intraepitelial de bajo grado. *De bajo grado* significa que hay cambios iniciales en el tamaño y la forma de las células. La palabra lesión se refiere a un área de tejido anormal. LSIL se consideran alteraciones leves causadas por la infección por VPH y son una afección común, especialmente entre las mujeres jóvenes. La mayoría de las LSIL regresan a su estado normal después de algunos meses o pocos años¹³.



- **HSIL:** lesión escamosa intraepitelial de alto grado. *Alto grado* significa que las células se ven muy diferentes en tamaño y forma de las células normales. Las HSIL son alteraciones más graves y pueden eventualmente resultar en cáncer si no se tratan¹³.

Los resultados de la prueba de Papanicolaou pueden también explicarse usando un conjunto más antiguo de categorías llamado "escala de displasia." Displasia es un término que se usa para describir células anormales. Aunque la displasia no es cáncer, se puede convertir en cáncer de cérvix en etapa muy inicial¹⁴.

Las células se ven anormales al microscopio, pero no invaden el tejido sano en su alrededor. Hay cuatro grados de displasia: leve, moderada, grave y carcinoma in situ. Carcinoma in situ es un estado precanceroso que comprende solo la capa de células en la superficie del cérvix y no se ha diseminado a los tejidos cercanos. En el Sistema Bethesda, la displasia leve está clasificada como LSIL; displasia moderada o grave y carcinoma in situ están combinados en HSIL¹⁵.

Neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es otro término que se usa algunas veces para describir resultados anormales en los tejidos. Neoplasia significa un crecimiento anormal de células. El término NIC junto con un número (1, 2 ó 3) describe qué tanto del grosor del revestimiento del cérvix contiene células anormales. NIC-3 se considera un estado precanceroso que incluye carcinoma in situ¹⁶.

La mayoría de las mujeres reciben un diagnóstico de cáncer en estadio I y el tratamiento por cirugía en este estadio es muy efectivo. Para estas mujeres, resulta esencial evaluar el riesgo de recurrencia o, en otras palabras, el riesgo de que vuelva a aparecer el cáncer¹⁷.



Evaluar el riesgo de recurrencia permite a los médicos decidir el mejor tratamiento para reducir este riesgo tanto como sea posible sin tratar en exceso a las pacientes con tratamientos que no reducirían el riesgo de recurrencia, pero que podrían alterar su calidad de vida¹⁷.

2.2 Factores de Riesgo.

Se reconocen como factores de riesgo para el desarrollo de CE los relacionados con la exposición crónica a estrógenos, y a trastornos que se derivan y asocian a la obesidad⁹.

A partir de la menopausia, en caso de existir cualquier tipo de sangrado transvaginal (abundante o goteo no esperado), al igual que pacientes diabéticas asintomáticas mayores de 45 años y cualquier mujer mayor a 40 años con presencia de sangrado transvaginal anormal, mujeres con citología cervical en donde se encuentre la presencia de células glandulares atípicas, se recomienda la realización de biopsia endometrial, debe considerarse a la hiperplasia endometrial como la lesión precursora¹⁰.

Mujeres consideradas de alto riesgo para el desarrollo de CE que son las que poseen historia familiar de cáncer de colon hereditario no polipósico y las pacientes con síndrome de Lynch tipo II. En estas mujeres se recomienda el escrutinio para CE a partir de los 35 años¹⁰.

2.3 Apoyo Familiar.

La familia es un núcleo social y el primer sistema de formación del individuo que influye, de manera particular, en las interrelaciones con las otras estructuras sociales que conforman la sociedad (la comunidad, la iglesia, la escuela entre otras), ya que se transforma, constantemente, dadas sus características internas de variabilidad y adaptabilidad, así como por las condiciones socioculturales (económicas, educativas, geográficas, lingüísticas, entre otras) en que se encuentran inmersas¹⁸.



Por lo anterior, la conformación de las familias está determinada tanto por las condiciones de su origen, como por las interrelaciones y los cambios producidos en las diferentes etapas de su evolución histórica. Sin embargo, un aspecto fundamental, es la existencia de los vínculos afectivos que une a cada uno de sus miembros; ésta es la característica esencial que define a la familia, actualmente, en la sociedad global¹⁸.

El núcleo familiar es considerado el entorno más cercano e importante en la vida de una persona, y en conjunto con la satisfacción en el trabajo, son dominios que contribuyen significativamente al bienestar de un individuo¹⁹.

Asimismo la familia es considerada una de las piezas nucleares de las leyes e instituciones capaces de brindar apoyo en medio de los cambios, aunque ella misma se vea sometida a modificaciones, conservándose, no obstante, a través de éstos: es una institución a la vez perdurable y modificable¹⁹.

El apoyo familiar ha sido un constructo poco estudiado, por tanto carece de una definición unificada, pero se caracteriza por abarcar varias dimensiones entre las cuales se pueden mencionar la comunicación, conflictos intrafamiliares, resolución de problemas, grado de afectividad y buen planteamiento de reglas²⁰.

Además de esto, se relaciona también con otros constructos de interés de estudios como son depresión, locus de control, autoconcepto, estrategias de resolución de conflictos, entre otros²⁰.

El apoyo familiar, definido como proceso psicosocial, implica considerar que las formas en las que éste se dé y los significados y valores que se le atribuyan, sólo podrán ser comprendidos a la luz de un contexto sociohistórico específico. Esto significa que el apoyo familiar, además de ser una estrategia individual y relacional particular, anclada a su vez en condiciones biológicas, se configura y se transforma de manera específica de acuerdo con las condiciones sociales e históricas presentes²¹.



Las enfermedades crónicas están aumentando en Latinoamérica, lo cual implicará una mayor carga para el sistema de salud en los próximos 20 años. Los costos por enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes aumentarán en los países en desarrollo de menos de 50% a más de 70% en el año 2020²².

El cáncer es una de las enfermedades más temidas por su impacto a nivel físico, emocional, económico y social en quien lo padece y en su familia. Además de ser una enfermedad crónica que pone en peligro la vida es un símbolo de lo desconocido y peligroso, de sufrimiento y dolor, de culpa y vergüenza, caos y ansiedad²³.

2.4 Percepción en la Atención Médica.

Actualmente, en instituciones públicas y privadas del sector salud del país, existe un interés creciente por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención; para mejorarla, en los sistemas de salud se han desarrollado diversas acciones como: la organización de comités de mortalidad; grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas; comités y círculos de calidad; sistemas de monitoría, y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros²⁴.

Evaluar la calidad de la atención desde la percepción del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas²⁴.

Esto representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo. Por ejemplo, es posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar oportunamente a pacientes de alto



riesgo, tener mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos y, además, minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales²⁵.

Asimismo, es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención²⁵.

3. Marco Referencial.

En 2017 en Colombia, Charrys Bravo N. Familias con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama desde el enfoque de riesgo familiar total. Realizó un estudio para determinar el riesgo familiar total de las familias con mujeres diagnosticadas con cáncer en mama que asisten a un Centro de Salud oncológico en la ciudad de Barranquilla. Estudio mixto realizado utilizando los principios de la metodología cuantitativa de tipo fenomenológico. Se utilizó el instrumento: Riesgo Familiar Total RFT 5-33, diseñado, validado e implementado por la Dra. Amaya, durante los años 1992, 1998 y 2000. Una muestra de 41 familias que integró a 154 miembros. Para la presentación de los resultados se utilizaron cálculos de: frecuencias, porcentajes, representados a través de tablas y diagrama de sectores. Los resultados muestran que las familias en su mayoría son de tipo 2; el 68% de las pacientes categorizan sus familias como amenazadas, el 5% como familias de alto riesgo y un 27 % de las familias con un bajo riesgo. Se concluyó que es importante direccionar las acciones como base para construir un cuidado específico, mantener sanas a las familias en bajo riesgo, y hacer un control y seguimiento a las familias amenazadas y en riesgo alto, a través de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de manera holística²⁶.

En 2017 en España, Linares Insa *et al.* El enfermo de cáncer: una aproximación a su representación social. Realizaron una investigación con el objetivo de analizar la



representación social del cáncer y de los enfermos oncológicos en la población española. Para ello se entrevistaron a 200 sujetos elegidos mediante muestreo al azar. El método utilizado fue la realización de entrevistas estructuradas que contenían asociaciones libres de palabras ante términos estímulo y preguntas semicerradas. Las respuestas obtenidas se analizaron a partir de análisis descriptivos y análisis de contenido. Los resultados indicaron que existe una representación social del cáncer y del enfermo oncológico y que parte de ella sufre variaciones en función de la pertenencia a determinadas categorías o grupos sociales. Estos resultados son relevantes en el contexto sanitario ya que dicho conocimiento permite a los sanitarios analizar su comunicación con el paciente y poder llevar a cabo un trato diferenciado del enfermo de cáncer, no por su pertenencia social a un grupo de enfermos determinado sino por sus peculiaridades personales lo que incrementa la efectividad de la acción profesional²⁷.

En 2017 en México, Fuchs-Tarlovsky *et al.* Efecto de la Presencia de los Familiares en Mujeres Hospitalizadas con Cáncer. Lleva a cabo una investigación para conocer el impacto de la presencia familiar en pacientes con diagnóstico de cáncer cérvicouterino, ovario o mama durante su estancia hospitalaria en el Servicio de Oncología Hospital General de México. Se trató de un estudio observacional, descriptivo y prospectivo en pacientes con cáncer cérvico uterino, ovario o mama, estancia intrahospitalaria mínima de 4 días. Se registraron los tiempos de acompañamiento y la relación con los acompañantes. Se realizó análisis estadístico descriptivo y prueba X2 para comparar los reactivos del cuestionario. Se evaluaron 100 pacientes; 61,3 % manifestaron síntomas depresivos clínicamente significativos. De ellas, 22,1 % presentó depresión leve, 23,1 % moderada y 16,1 % severa. Destacó la preocupación por la salud (88,1 %), cansancio 76,1 % y pérdida de peso 74,1 %, desinterés sexual e incapacidad para trabajar 68,1 % para cada uno. Se concluyó que la presencia familiar aparentemente no influye en la depresión de las pacientes, independientemente del tipo de cáncer o del tratamiento recibido. El acompañamiento familiar puede resultar emocionalmente ambivalente en caso de no ser adecuado. La depresión en estas pacientes, parece estar condicionada por factores internos²⁸.



En 2017 en Brasil, Gabrielli Biffi *et al.* Percepción del apoyo familiar entre familiares de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama: diferencias de género. El objetivo de este estudio fue conocer como familiares del género femenino y masculino perciben la dinámica de sus familias, después del cáncer de mama. Fue una investigación de abordaje cualitativo que tomó como marco teórico el modelo de funcionamiento familiar saludable, propuesto por Barnhill. Participaron 23 familiares constituyentes de 10 familias. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas y sometidos al análisis de contenido. Los resultados mostraron que, en el proceso de adaptación al cáncer de mama, ambos géneros utilizan la comunicación clara para la búsqueda del equilibrio familiar y presentan interacciones caracterizadas por sentimientos de mutualidad e individuación. A las hijas es atribuida la responsabilidad por la manutención de la familia y los elementos del género masculino demuestran mayor desorganización en el funcionamiento familiar. El vínculo de los familiares de ambos géneros, que experimentan el cáncer de mama, presenta interacciones importantes en el proceso de identidad²⁹.

En 2016 en Brasil, Silva Pedro *et al.* Apoyo social y familias de niños con cáncer: revisión integradora. Realiza un estudio con la finalidad de buscar las evidencias que se encontraban disponibles sobre el apoyo social a familias de niños con cáncer. Se realizó una revisión de artículos en bases de datos. Fueron seleccionados quince artículos. El análisis permitió identificar tres temáticas: apoyo social y la trayectoria del cáncer; apoyo social a los hermanos saludables; y, apoyo social a los padres y madres de niños con cáncer. Los datos indicaron que falta consenso entre los investigadores al respecto del uso del término apoyo social y que es necesario realizar estudios con un mayor rigor metodológico. Reconocer las necesidades, que tiene la clientela, de recibir apoyo es importante para planificar el cuidado de enfermería y dirigir el desarrollo de investigaciones, cuyos resultados puedan ser aplicados en la práctica³⁰.

En 2015 en Colombia, Gómez Gómez *et al.* Realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. La investigación fue de tipo cualitativo, llevado a cabo en el área metropolitana del Valle de Aburrá (Colombia),



entre agosto de 2015 y mayo de 2016, bajo los lineamientos propuestos por la teoría fundada, se entrevistó a 14 mujeres diagnosticadas y tratadas de cáncer de cérvix, que se contactaron por intermedio de instituciones encargadas de brindar el tratamiento. El análisis de los datos se hizo manualmente, siguiendo el proceso para identificar las condiciones en que las entrevistadas definieron las estrategias para enfrentar su tratamiento. Llegando al resultado que el apoyo social, brindado por personal de salud, familia, vecinos y amigos, emergió como una estrategia de afrontamiento importante durante la trayectoria de la enfermedad. Concluyendo que la información debe ser dada por personal de salud en un lenguaje claro, y cerciorarse de la comprensión de su mensaje por el paciente y su familia. El personal de médico debe ofrecer cuidado humanizado en el que se consideren las peculiaridades individuales. Se debe incluir a la familia en los planes de cuidado e involucrarla en la educación que se da al paciente, como uno de los pilares en el afrontamiento del cáncer de cérvix³¹.



4. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de endometrio es una neoplasia que se presenta como la segunda neoplasia ginecológica a nivel mundial, ocupa la tercera causa de cáncer ginecológico en México. Según la OMS 2016 reporta una incidencia de 2600 casos anuales de cáncer del cuerpo uterino en México.

El cáncer de endometrio es el cáncer genital femenino más frecuente en el mundo desarrollado, que afecta sobre todo a mujeres postmenopáusicas, con una mediana de edad de 58 años. Sin embargo, 25 % de los casos afectan a mujeres premenopáusicas y el 5% en mujeres menores de 40 años. La incidencia del cáncer endometrial varía mucho entre los distintos países y grupos étnicos. Su incidencia en el mundo occidental es de 17 casos por cada 100.000 habitantes al año, el número estimado de muertes debido a esta enfermedad ha pasado de 2.900 en 2016 a 6.300 en 2017.

De acuerdo a cifras de la Secretaría de Salud, el diagnóstico de mujeres con cáncer de endometrio ha aumentado en los últimos 10 años en el país, los estados con mayor número de casos con la Ciudad de México, Estado de México y Veracruz, elevando las cifras de 480 casos nuevos en 2016 a 560 casos nuevos en 2017.

La familia que vive la experiencia de tener a un miembro con cáncer de cualquier tipo, se ve enfrentada a una situación nueva, en muchas ocasiones es necesario incluso trasladarse de su habitual vivienda en busca de la atención especializada, adicionalmente se encuentra con una enfermedad compleja que requiere la realización de numerosos estudios para confirmación del diagnóstico y planeación del tratamiento, de igual forma los tratamientos demandan gran cantidad de tiempo y altos costos.

La mujer con cáncer de endometrio experimenta sentimientos de incertidumbre e



inseguridad. Para enfrentar esa situación, la mujer busca organizar sus relaciones sociales, constituido de una red de elementos que envuelve personas de la familia, amigos, profesionales de salud y otros grupos sociales que podrán ayudarla durante ese proceso.

Desde esa perspectiva, el diseño de estrategias eficaces y eficientes de prevención e intervención en salud requiere la evaluación diagnóstica de los patrones individuales, de la organización familiar y de las condiciones en las que la familia se desenvuelve, por medio de herramientas confiables que mide los riesgos de la salud individual y familiar de los usuarios.

Por otra parte, se cuenta con la voluntad política de las autoridades de salud y los recursos humanos, materiales y financieros para el desarrollo de esta investigación.



5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En México, las neoplasias del cuerpo uterino representan la segunda neoplasia ginecológica más frecuente. En Tabasco las cifras la ubican como la tercera neoplasia más frecuente, con 16 casos nuevos cada año en la entidad, según cifras del ENSANUT 2016.

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social representa la tercera neoplasia más frecuente en la mujer, y cada vez se presenta una mayor incidencia en edades productivas, lo que aumenta los costos que la enfermedad conlleva. El incremento en el número de casos representa un desafío para los servicios de salud públicos y privados en el país, generando un problema mayor debido al retraso que se ocasiona en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento.

Con el retraso en el diagnóstico de la enfermedad aumentan los índices de mortalidad, a su vez para una mujer afrontar la enfermedad representa un desafío, el miedo a morir desata estados de estrés y ansiedad, los cuales pueden generar conflictos personales que no de contar con el adecuado apoyo por familiares y amigos ocasiona sensación de abandono de las pacientes, afectando su calidad de vida.

El alto costo de los fármacos utilizados para el tratamiento de esta enfermedad dificulta el acceso a las instituciones y el surtimiento oportuno. Es en este punto en el que se busca que el apoyo de la familia sea un factor determinante para disminuir el riesgo de exacerbaciones e ingresos hospitalarios.

Otro de los impactos de la enfermedad tanto a nivel del individuo, la familia y la sociedad es su efecto negativo sobre la calidad de vida y su relación con el mundo laboral. Los periodos de remisión y exacerbación de los síntomas, también pueden actuar negativamente afectando la estructura y funcionamiento de la dinámica familiar.



Evaluar la calidad de la atención médica desde la percepción del usuario de los servicios de salud permite establecer un conjunto de conceptos y actitudes en relación con la atención médica recibida, obteniendo información que permite mejorar la calidad de la atención otorgada, ampliando los servicios de salud, beneficiando a los prestadores y a los usuarios en sus necesidades y expectativas.

Sin embargo, son escasos los estudios que hacen referencia al tema, los diferentes artículos de investigación encontrados, sólo se refieren al cáncer de manera general, como un factor estresante para la familia. Es por ello que la investigación se centra en establecer el grado de apoyo familiar y conocer la percepción de la atención médica que tienen las mujeres con cáncer de endometrio en los aspectos relacionados con condiciones sociales, la relación al interior de la familia y servicios de salud.

6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es el Apoyo Familiar y la percepción de la atención médica en mujeres con cáncer de endometrio en el HGZ 46?



7. OBJETIVO GENERAL:

Determinar el Apoyo familiar y la percepción de la atención médica en las mujeres con cáncer de endometrio en el HGZ 46.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Describir las características sociodemográficas, clínicas y familiares de las pacientes con cáncer de endometrio.
- 2.- Evaluar el grado de apoyo familiar recibido por parte de sus familias en pacientes con cáncer de endometrio a través de cuestionario MOS.
- 3.- Analizar la percepción en las mujeres con cáncer de endometrio con respecto a la atención medica que reciben a través de un cuestionario elaborado.



8. MATERIAL Y MÉTODO:

Tipo de estudio:

Estudio exploratorio, con enfoque cuantitativo.

Objeto:

Análisis de casos de pacientes con cáncer de endometrio a través de la revisión de expedientes médicos del Hospital General de Zona N°46, con el uso del Censo Epidemiológico de pacientes diagnosticadas durante los meses de Septiembre y Octubre de 2018.

Universo:

Todas las pacientes con diagnóstico de cáncer que reciben atención médica en el Hospital General de Zona N°46, en Villahermosa, Tabasco.

Población:

Pacientes diagnosticadas con cáncer de endometrio.

Muestreo:

Tipo de muestreo no probabilístico debido a que se trata de una población finita.

Muestra:

El tipo de muestra fue controlado en base al censo epidemiológico, se cuenta con una población de estudio de 66 individuos, con un nivel de confianza alto, cuentan con la información y características necesarias para la realización del estudio.

Criterios de inclusión:

- 1.- Pacientes que tengan diagnóstico histopatológico de cáncer de endometrio.
- 2.- Que reciban atención médica en el Hospital General de Zona N°46.



Criterios de exclusión:

- 1.- Pacientes con metástasis que no puedan considerarse dentro del grupo de estudio.

Operacionalización de variables. (Ver en anexo 1)

Instrumento de investigación:

El instrumento que se utilizó en este estudio de investigación, se basó en la recolección de datos del expediente clínico que incluyeron los principales parámetros necesarios para llevar a cabo la misma, como lo son la edad, la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, el número de gestas, así como el diagnóstico de cáncer de endometrio. Para determinar el apoyo familiar otorgado a las pacientes se realizó con el cuestionario MOS de apoyo familiar en atención primaria, y para conocer la percepción de las pacientes acerca de la atención médica que recibe se elaboró un cuestionario de 5 ítems.

Descripción de instrumento de investigación:

El cuestionario MOS es un instrumento que mide apoyo social percibido y fue desarrollado para un estudio de desenlaces de pacientes con enfermedades crónicas en los Estados Unidos, es un instrumento válido y fiable que permite tener una visión multidimensional del apoyo familiar.

Es un instrumento desarrollado por Sherbourne *et al* en pacientes participantes del *Medical Outcomes Study (MOS)*, con una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0.97 para la puntuación total, permite conocer la red familiar y extrafamiliar. Los elementos del test fueron seleccionados de una forma muy cuidadosa intentando que los ítems fueran cortos, fáciles de entender, y restringidos a una única idea en cada caso.



Es un cuestionario utilizado desde hace mucho tiempo para la evaluación del apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas y ha mostrado buenas propiedades psicométricas evaluando distintas dimensiones del apoyo social.

Ayuda a descubrir situaciones de riesgo social elevado para poder intervenir sobre las personas y sus entornos sociales, consta de 20 ítems, la puntuación obtenida por cada ítem, ayuda a estadificar el apoyo social recibido por cada persona por su entorno. El resultado suma los valores correspondientes, teniendo en cuenta que un índice global de apoyo social representa todas las respuestas, el apoyo emocional es evaluado en las respuestas número 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19, la ayuda material corresponde a las respuestas 2, 5, 12 y 15, las relaciones sociales de ocio y distracción se define en las respuestas 7, 11, 14 y 18, por último para el apoyo efectivo se utilizan las respuestas 6, 10 y 20. Para la interpretación se utiliza:

	Máximo	Medio	Mínimo
Índice global de apoyo social	94	57	19
Apoyo emocional	40	24	8
Ayuda material	20	12	4
Relaciones sociales de ocio y distracción	20	12	4
Apoyo efectivo	15	9	3

Se elabora un cuestionario para conocer la percepción de la atención médica que consta de 5 ítems el cual fue aplicado a 10 pacientes las cuales no se incluyen en los resultados para realizar una prueba de validación del instrumento, donde se medirá la calidad de la atención recibida desde el punto de vista de los usuarios de servicios de salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social, cada ítems tendrá 5 incisos de respuestas, que son 'total desacuerdo', 'parcial desacuerdo', 'ni de acuerdo/ni en desacuerdo', 'parcial acuerdo' y 'total acuerdo', en base a la respuesta que se obtenga de cada usuario se hará



la interpretación de la información permitiendo conocer la percepción de la atención médica desde la perspectiva de cada usuario.

Aplicación:

Este cuestionario fue aplicado a las pacientes diagnosticadas con cáncer de endometrio donde respondieron de forma individual y concreta, posterior a haber sido localizadas y pactar una cita con ellas para realizar la entrevista.

Desarrollo del estudio:

Se tomaron los expedientes de las mujeres diagnosticadas con cáncer de endometrio, ubicados en el servicio de Epidemiología del HGZ #46, que cumplieron con los criterios de inclusión; se procedió a su búsqueda vía telefónica y se les citó para leer y solicitar su autorización por medio de la firma del consentimiento informado. Se procedió a realizar la entrevista clínica y el llenado de los formatos anexos y se aplicó a cada una de manera independiente, el instrumento de investigación, se realizó la recolección del mismo para su análisis para la presentación de resultados y conclusiones.

Diseño de análisis:

La recolección de datos se vació en el programa estadístico de Excel y se procesó el tratamiento estadístico en el programa SSPS versión Windows, realizado para variables cuantitativas medidas de tendencia central, así como estadísticas descriptivas, para variables cualitativas se realizó solo frecuencias y porcentajes, ambas variables con representaciones gráficas respectivamente.



9. ASPECTOS ÉTICOS.

La presente investigación se apegó a las disposiciones establecidas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Artículo 100. La investigación en seres humanos se desarrolló conforme a las siguientes bases:

I. Se adaptó a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II. Se realizó sólo cuando el conocimiento que produjo no se obtuvo por otro método idóneo.

III. Existe una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

IV. Se contó con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizó la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V. Realizado por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.



VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

En la Declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1983 en sus apartados sobre los principios fundamentales aplicables a toda forma de investigación médica, considerada como una investigación de bajo riesgo así como en el artículo 23 de la Ley General de Salud, ya que sus procedimientos no fueron invasivos y no dañaron la integridad, física, mental y social de los sujetos de estudio.

Además de que la investigación médica estuvo sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales en su precepto que es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

Se solicitó el consentimiento informado por escrito a todas las pacientes que decidieron participar en el estudio previa explicación amplia del mismo, como lo establece el artículo 22 de la Ley General de Salud.



10.RESULTADOS.

9.1 Características sociodemográficas de las pacientes con cáncer de endometrio.

En las mujeres con cáncer de endometrio, predominaron las casadas con el 43.9% (tabla 1). La media de edad de las pacientes fue de 56 años, con una Me de 56, una Mo de 49, con una desviación estándar de 9.8, una edad mínima de 39 años y una edad máxima de 80 años.

Tabla 1
Estado civil de las mujeres con cáncer de endometrio en el HGZ 46

Estado civil	<i>f</i>	%
Casada	29	43.9
Soltera	26	39.4
Viuda	5	7.6
Separada	6	9.1
Total	66	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico aplicado a 66 mujeres, Mayo 2018

a. Características clínicas de las pacientes con cáncer de endometrio.

Se observó que en las mujeres con cáncer de endometrio presentan sobrepeso el 48.5% de ellas. Se realizó histerectomía como tratamiento definitivo en el 59.1%, son portadoras de hipertensión arterial el 51.5%, mientras que sufren de diabetes mellitus tipo 2 el 34.8% (tabla 2). Con una media en el número de gestas de 0.94, una Me 1, una Mo de 0 y una desviación estándar de 1.036, con un número mínimo de gestas de 0 y un máximo de 4.



Tabla 2

Características clínicas de las pacientes con cáncer de endometrio HGZ 46 IMSS

Característica		<i>f</i>	%
Índice de masa corporal	Peso adecuado	16	24.2
	Sobrepeso	32	48.5
	Obesidad	18	27.3
	Total	66	100
Tratamiento	Histerectomía	39	59.1
	Quimioterapia	14	21.2
	Radioterapia	13	19.7
	Total	66	100
Comorbilidades	Hipertensión arterial	34	51.5
	Diabetes mellitus tipo 2	23	34.8

Fuente: Cuestionario sociodemográfico aplicado a 66 mujeres, Mayo 2018

b. Apoyo familiar en pacientes con cáncer de endometrio.

En relación con el índice global de apoyo social, se obtuvo el nivel máximo de apoyo en el 74.2% de las pacientes (tabla 3). Con una media en el número de amigos íntimos o familiares cercanos de 3.86, una Me de 4, una Mo de 4 y una desviación estándar de 1.34, con un número mínimo de 2 y un máximo de 7.



Tabla 3

Apoyo social global en mujeres con cáncer de endometrio en el HGZ 46 IMSS

Apoyo Social	<i>f</i>	%
Máximo	49	74.2
Medio	17	25.8
Total	66	100

Fuente: Cuestionario MOS aplicado a 66 mujeres, Mayo 2018

En lo que respecta al apoyo emocional recibido por las mujeres con cáncer de endometrio, se obtuvo el nivel máximo de apoyo en el 75.8% de ellas (tabla 4).

Tabla 4

Apoyo emocional en mujeres con cáncer de endometrio en el HGZ 46 IMSS

Apoyo Emocional	<i>f</i>	%
Máximo	50	75.8
Medio	16	24.2
Total	66	100

Fuente: Cuestionario MOS aplicado a 66 mujeres, Mayo 2018



De acuerdo a la ayuda material que reciben las mujeres con cáncer de endometrio, se obtuvo el nivel de apoyo máximo en el 77.3% (tabla 5).

Tabla 5

Apoyo material en mujeres con cáncer de endometrio en el HGZ 46 IMSS

Apoyo Material	<i>f</i>	%
Máximo	51	77.3
Medio	15	22.7
Total	66	100

Fuente: Cuestionario MOS aplicado a 66 mujeres, Mayo 2018

En los resultados que se muestran a continuación, se observa que se obtuvo un nivel máximo de apoyo en las relaciones sociales y distracción en el 68.2% de las mujeres (tabla 6).

Tabla 6

Relaciones sociales de ocio y distracción en mujeres con cáncer de endometrio en el HGZ 46 IMSS

Relaciones Sociales	<i>f</i>	%
Máximo	45	68.2
Medio	21	31.8
Total	66	100

Fuente: Cuestionario MOS aplicado a 66 mujeres, Mayo 2018



En el rubro del apoyo efectivo, recibe el máximo apoyo el 68.2% de las pacientes (tabla 7).

Tabla 7

Apoyo efectivo en mujeres con cáncer de endometrio en el HGZ 46 IMSS

Apoyo Efectivo	<i>f</i>	%
Máximo	45	68.2
Medio	21	31.8
Total	66	100

Fuente: Cuestionario MOS aplicado a 66 mujeres, Mayo 2018

c. Percepción en las mujeres con cáncer de endometrio con respecto a la atención médica que reciben.

En cuanto a la calidad de la atención médica recibida por las mujeres con cáncer de endometrio, consideran que es buena el 78.8% (tabla 8).

Tabla 8

Percepción de la atención médica en mujeres con cáncer de endometrio en el HGZ 46 IMSS

Percepción	<i>f</i>	%
Buena	52	78.8
Regular	14	21.2
Total	66	100

Fuente: Cuestionario elaborado aplicado a 66 mujeres, Mayo 2018



d. Análisis bivariado.

En la tabla 9 se observó que existe relación entre la percepción de la atención médica y el apoyo familiar, con una X^2 de 25.9 y un valor de $p= 0.000$, lo cual es estadísticamente significativo, por lo tanto podemos afirmar que hay una probabilidad mayor al 99% de que haya relación entre las dos variables.

Tabla 9

**Percepción de la atención médica valorado por cuestionario elaborado en el HGZ
46 IMSS**

Apoyo familiar									
Percepción de la atención médica	<i>f</i>	%	Apoyo Familiar Medio	%	Apoyo Familiar Máximo	%	Total	%	
Buena	52	78.8	6	11.5	46	88.5	52	74.2	
Regular	14	21.2	11	78.6	3	21.4	14	25.8	
									25.9 0.000
Total	66	100	17	25.8	49	74.2	66	100	

Fuente: cuestionario elaborado y cuestionario MOS aplicado a 66 mujeres, Mayo 2018



11. DISCUSIÓN.

Los resultados de este estudio muestran que existe una relación entre el apoyo familiar y la percepción de la atención médica recibida en las mujeres con cáncer de endometrio en el HGZ 46 del IMSS, delegación Tabasco.

La media de edad en las mujeres con cáncer de endometrio es de 56 años, lo que coincide con la literatura encontrada, el grupo de edad más vulnerable son las mujeres postmenopausica. Así mismo, el sobrepeso se encontró en casi la mitad de las pacientes estudiadas, 34 de las mujeres presentan hipertensión arterial, mientras que 23 de ellas tienen diabetes mellitus tipo 2, corroborando así la presencia de estas entidades como factores de riesgo para desarrollar cáncer de endometrio.

En este trabajo se encontró que la mayoría de las mujeres con cáncer de endometrio presentan un apoyo social global alto, lo que coincide con lo encontrado Gómez Gómez en 2015, donde reportan que el apoyo social brindado por familiares, vecinos, personal de salud y amigos es una estrategia de afrontamiento importante durante el trayecto de la enfermedad, mejorando la calidad de vida y la sobrevida de las pacientes. Aunque no se califica el apoyo social de acuerdo a género existe también datos similares con los resultados expuestos por Gabrielli Biffi en el año 2017, donde ambos géneros utilizan comunicación clara en la búsqueda del equilibrio familiar y presentan interacciones importantes en el proceso de identidad en las mujeres con cáncer, para crear una red de apoyo familiar más fuerte.

En los resultados de la percepción de la atención médica, en este estudio se encontró, que la mayoría de las pacientes la califican como buena, lo que representa un logro para los servicios de salud en el país, pero aun así son un reto para mejorar cada vez más atención del personal de salud para los usuarios de los servicios médicos, aunque no se encontraron estudios relacionados en México, se puede establecer como un precedente, para lograr altos estándares de calidad y crear vínculos entre las diferentes áreas que prestan atención diaria a las pacientes.



Evaluar el grado de apoyo familiar en las mujeres con cáncer de endometrio, fue de gran aporte, ya que la falta de apoyo representa un problema serio en la supervivencia de una mujer con cáncer, se enfrenta a una situación no planeada, lo que conlleva a una crisis individual y familiar, es por ello que en México existe la necesidad de realizar un diagnóstico oportuno, y el uso adecuado de los servicios de salud, tanto públicos como privados.

No obstante, aún falta crear una cultura preventiva para el cáncer de endometrio, no existe un apego de los pacientes a los servicios de salud, el retardo en ello, ocasiona altos costos tanto en los tratamientos otorgados como en la rehabilitación y en reinserción a la vida cotidiana de cada mujer. Lo anterior, da pauta para analizar las circunstancias sociales y familiares, para crear una red de apoyo que incluya al personal de salud en primera instancia para mejorar los servicios otorgados, y la calidad de vida de las pacientes.



12. CONCLUSIONES.

Las mujeres con cáncer de Endometrio presentaron una edad promedio de 56 años, estado civil casada, predominaron las pacientes con obesidad e hipertensión arterial que en su mayoría fueron sometidas a histerectomía como tratamiento definitivo.

La aplicación del cuestionario MOS para medir el grado de apoyo social que reciben las mujeres con cáncer arrojó un grado de apoyo alto, lo que representa un ambiente adecuado para las pacientes, logrando una mejoría de los síntomas que presentan y un mejor control de la enfermedad.

La percepción de la atención médica otorgadas a las pacientes con cáncer de endometrio indican una satisfacción alta de los servicios que reciben, un pequeño porcentaje de ellas la clasificó como una atención regular, lo que debe de corregirse para mejorar la atención médica que se da a cada una de ellas, y así disminuir los ingresos hospitalarios y las recaídas.

Existe una relación entre las mujeres que tienen mayor apoyo social y familiar y las pacientes que califican la atención médica recibida como buena.

Con todo ello se debe fortalecer los conocimientos de las pacientes sobre su enfermedad, lo que permitirá modificar conductas, el rol emocional de la calidad de vida, mejorar su autoestima y la relación médico-paciente.



13. RECOMENDACIONES.

A los servicios de Salud.

Capacitar constantemente a los médicos y personal de enfermería sobre el Cáncer de Endometrio, su diagnóstico y tratamiento.

Agilizar las citas médicas en sus unidades de medicina familiar y con el especialista, llevar a cabo el adecuado seguimiento de las pacientes.

A los Médicos Familiares.

Referir oportunamente a las pacientes con sospecha de diagnóstico de cáncer de endometrio con el especialista en Ginecología.

Detectar a las mujeres con factores de riesgo que lleguen a la consulta externa para crear consciencia de la enfermedad.

Formar un grupo de apoyo mutua de pacientes con cáncer de endometrio, donde compartan experiencias, y se promueva la actividad física.

Fortalecer las tareas del desarrollo de acuerdo al ciclo vital, mejorando la red de apoyo.

Motivar a las pacientes a integrarse a grupos sociales y de autoayuda.

Al quipo de Salud.

Involucrar a los miembros de la familia de las mujeres con cáncer de endometrio en su tratamiento con el fin de llevar un adecuado control hasta llegar a la cura total.

Crear un programa multidisciplinario para las pacientes con cáncer de endometrio con la finalidad de empoderar a la paciente sobre su enfermedad y lograr la prevención de complicaciones.



Crear talleres para familiares de pacientes con cáncer de endometrio, con el objetivo de involucrarlos y responsabilizarlos en el apoyo familiar, para fomentar el auto cuidado de la salud en las mujeres con cáncer de endometrio.

Implementar de forma habitual visitas domiciliarias a las mujeres con cáncer de endometrio en compañía del personal de enfermería y trabajo social, con el objetivo de conocer el entorno familiar y detectar de forma temprana factores de riesgo.

Dar un seguimiento estrecho de las familiar para conocer los logros obtenidos y llevar a la mujer a una vida normal.



14. REFERENCIAS.

- 1.- Castillo, M. González, E. Funes, O. Adenocarcinoma de endometrio, Análisis de once años: 1980-1990. Rev. Med. Hondureña. 59. 2011
- 2.- Sáez, M. Falcón, O. Pinar, B. Lara, P. Cáncer de endometrio. Biocáncer 1. Instituto Canario de Investigación de Cáncer. Barcelona. 2010.
- 3.- Soriano, J. Cáncer de Endometrio. Rev. Oncología Clínica. Cuba. 2014
- 4.- Martínez, P. Guinot, J. Poveda, A. Almenar, S. Labrador, T. Morales, J. Guía Clínica del Adenocarcinoma Endometrial. Fundación Instituto Valenciano de Oncología, 2015.
- 5.- Kumar, V. Abbas, N. Robbins y Cotran: Patología Estructural y Funcional. 7ma ed. Barcelona, España. Elsevier, 2011.
- 6.- Orte, T. Alameda, F. Fuste, P. Rubio, R. Carrera, R. Diagnóstico precoz del Adenocarcinoma de endometrio en atención temprana. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital del Mar, Barcelona. 2015.
- 7.- Miranda, I. Herana, E. Cárdenas, J. San Martín, M. Franolic, L. Selmón A. Precisión diagnóstica y riesgo de implante secundario en el estudio de Carcinoma Endometrial por Histeroscopia. Rev. Hos. Clí. Universidad de Chile. 2016.
- 8.- Castiblanco, A. Pires, Y. Wistuba, I. Riquelme, E. Andrade, L. Corvalán, R. Rol patogénico del gen supresor de tumores PTEN en cáncer ovárico asociado a endometriosis. Departamento de Anatomía Patológica, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Servicio de Anatomía Patológica, Clínica Alemana, Santiago, Chile. 2016.



- 9.-Geneser, F. Histología, sobre bases moleculares. 3ra ed. 7^a. Buenos Aires, Argentina. Médica Panamericana, 2016.
- 10.- González, J. Medina, J. Patología Molecular. 1ra ed. Madrid, España. Mc Graw Hill, 2010.
- 11.-Levison, D. Reid, R. Burt, A. Harrison, D. Fleming, S. Patología de Muir. 14a Ed. México, DF. Mc Graw Hill, 2014.
- 12.- DiSaia, P. Creasman, W. Oncología Ginecológica Clínica. 5ta ed. Madrid, España. HarcourtBrace, 2009 edición en español.
- 13.- Goldman, Ausiello. Cecil, Tratado de Medicina Interna. 23a edición, 2016.
- 14.-Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLO-BOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year.
- 15.-Parc YR, K Halling KC, Burgart LJ, McDonnell SK, Schaid DJ, Thibodeau SN, et al. Microsatellite instability and hMLH1/hMSH2 expression in young endometrial carcinoma patients: associations with family history and histopathology. Int J Cancer. 2000.
16. Amant F, Moerman P, Neven P, Timmerman D, Van Limbergen E, Vergote I. Endometrial cancer. Lancet. 2005.
17. Bakkun J. Gonzalez J. Laack N. Mariani A. Dowdy S. Current issues in the management of endometrial cancer. Mayo Clin Proc. 2008.



- 18.- Arés, P. Psicología de la familia. Taller internacional de familia. La Habana, Cuba: Facultad de Psicología, Universidad de la Habana. 2016.
- 19.- Ardila, S. El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica. Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. Revista Colombiana de Psiquiatría, 2009.
- 20.- Barraca, J. López-Yarto, L. Escala de Satisfacción familiar por adjetivos. madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada. 2013.
- 21.-Bruck, C. Allen, T. Spector, P. The Relation between Work-Family Conflict and Job Satisfaction: A Finergrained Analysis. Journal of Vocational Behavior, 2012.
- 22.- Burden of Disease Unit. Global burden of disease. Executivereport. Center of Population and Development Studies. Boston: Harvard School of Public Health; 2010.
- 23.-Bolund C. Crisis and coping: Learning to live with cancer. In Holland JC, Zitton R. Psychosocial aspects of oncology. New York: Springer-Verlag; 2016.
- 24.- Lozano J. Grado de satisfacción en la atención de pacientes hospitalizados: Hospital Goyeneche. Arequipa Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Medicina; 1997.
- 25.- Velázquez L. Sotelo J. Calidad de atención en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Punto de vista del usuario. Arch Neurociencias. 2011.
- 26.- Charrys Bravo N. Familias con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama desde el enfoque de riesgo familiar total. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. 2017.



27.- Linares Insa L. Benedito Monleón M. Piqueras Espallargas A. El enfermo de cáncer: una aproximación a su representación social. Psicología & Sociedade. 2017.

28.-Fuchs-Tarlovsky V. Bejarano M. Álvarez A. Godoy M. Fernández K.Nadine C. Efecto de la Presencia de los Familiares en Mujeres Hospitalizadas con Cáncer. Revista Venezolana de Oncología. 2016.

29.- Percepción del apoyo familiar entre familiares de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama: diferencias de género. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017.

30.- Silva Pedro I. Galvao C. Melo Rocha S. Nascimento L. Apoyo social y familias de niños con cáncer: revisión integradora. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2016.

31.- Gómez Gómez M. Lagoueyte Gómez M. El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. Avances en Enfermería. 2015.



15. ANEXOS.

Anexo 1.

Variables.

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operativa	Escala de medición	Tipo estadístico
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Cuantificación de años de una persona	Medida en años	Estadística descriptiva
Obesidad	Cuantitativa	Estado de salud anormal o una excesiva acumulación de grasa en los tejidos grasos	Valorada a través del IMC	Medida en kilogramos IMC >30Kg/m2	Estadística descriptiva
Diabetes mellitus tipo 2	Cualitativa	Es un trastorno metabólico que se caracteriza por hiperglucemia en el contexto de resistencia a la insulina y falta relativa de insulina	A través de un estudio de glicemia capilar o central	Nominal	Frecuencias y porcentajes
Hipertensión arterial	Cualitativa	Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias	A través de la medición de cifras tensionales con esfigmomanómetro y un estetoscopio	Nominal	Frecuencias y porcentajes
Número de gestas	Cuantitativa	Número de embarazos que, ha tenido el paciente, independientemente si termino con parto, aborto, o cesárea	Se cuantifican el número de embarazos	Número de embarazos	Estadística descriptiva
Cáncer de endometrio	Cualitativo	Es una enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos del endometrio	A través de un estudio de histopatología	Nominal	Frecuencias y porcentajes
Apoyo familiar	Cualitativo	Promoción de los valores, intereses y	Mediante la aplicación del cuestionario MOS a	Hay apoyo	Estadística descriptiva



		objetivos de la familia.	las pacientes estudiadas	No hay apoyo	
Percepción	Cualitativo	Primer conocimiento de una cosa por medio de las impresiones que comunican los sentidos.	Se aplicará un test de 5 ítems a un porcentaje de las pacientes estudiadas.	Total desacuerdo Parcial desacuerdo Ni de acuerdo/ni en desacuerdo Parcial acuerdo Total acuerdo	Estadística descriptiva



Anexo 2.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN TABASCO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 46

Cuestionario MOS

Instrucciones: a continuación se presenta una serie de preguntas. Elija con una X cada una de las respuestas a su situación según los siguientes criterios:

1. Nunca; 2.- Pocas veces; 3.- Algunas veces; 4.- La mayoría de las veces; 5.- Siempre.

Nombre:					
Edad:					
Religión:					
Lugar de residencia:					
Año de diagnóstico:					
Preguntas:					
1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre) ()					
	1	2	3	4	5
2.- Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama					
3.- Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar					
4.- Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
5.- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita					
6.- Alguien que le muestre amor y afecto					
7.- Alguien con quien pasar un buen rato					
8.- Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
9.- Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
10.- Alguien que le abrace					
11.- Alguien con quien pueda relajarse					
12.- Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo					
13.- Alguien cuyo consejo realmente desee					
14.- Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
15.- Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo					
16.- Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
17.- Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales					
18.- Alguien con quien divertirse					
19.- Alguien que comprenda sus problemas					
20.- Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido					



Anexo 3.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN TABASCO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 46

Cuestionario para conocer la perspectiva de la atención médica de los usuarios de salud.

Instrucciones:

A continuación le presentamos una serie de preguntas que usted deberá responder en base a la atención médica que usted recibió en las instalaciones del Hospital General de Zona N°46 del IMSS. En cada encabezado le explicamos a qué aspecto de la atención nos estamos refiriendo, y luego agregamos las afirmaciones. Si bien algunas de ellas son parecidas entre sí, nos permiten determinar mejor su opinión.

Coloque una 'X' en la respuesta que corresponda, según esté de acuerdo o en desacuerdo.

Preguntas	Respuestas:				
	Total desacuer do	Parcial desacuer do	Ni acuerdo/ en desacuerdo	de Ni Parcial acuerd o	Total acuerdo
1.- El médico de cabecera me escuchó lo suficiente.					
2.- El médico de cabecera me atendió profesionalmente					
3.- Recibí explicaciones sobre la enfermedad					
4.- Recibí explicaciones sobre el tratamiento					
5.- Recibí explicaciones sobre medicamentos					



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

Nombre del estudio:

Apoyo Familiar y Percepción de la atención médica en mujeres con
cáncer de endometrio en el HGZ 46

Patrocinador externo (si aplica):

N/A

Lugar y fecha:

Villahermosa Tabasco, a de del 2018

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Establecer el grado de apoyo familiar que reciben las pacientes diagnosticadas con cáncer de endometrio así como conocer la percepción que ellas tienen sobre la atención médica que reciben, para poder generar un tratamiento integral que permita realizar un diagnóstico oportuno, facilitar el inicio de la atención médica, delimitar las posibles complicaciones y detectar los recursos familiares que ayuden a mejorar las condiciones de las pacientes.

Procedimientos:

Este cuestionario será aplicado a las pacientes diagnosticadas con cáncer de endometrio donde deberán responder de forma individual y concreta, posterior a haber sido localizadas y pactar una cita con ellas para realizar la entrevista.

Posibles riesgos y molestias:

Ninguno

Posibles beneficios que recibirá al
participar en el estudio:

Crear una red de apoyo dentro de las familias de cada una de las pacientes para mejorar su calidad de vida y mejorar la atención médica que reciben.

Información sobre resultados y
alternativas de tratamiento:

Confidencialidad: Los datos obtenidos durante el estudio no serán utilizados más allá de los fines de investigación.

Participación o retiro:

La participación es voluntaria y podrá retirarse en cualquier momento sin que esto afecte su control institucional.

Privacidad y confidencialidad:

Todos los datos registrados serán totalmente confidenciales, respetando en todo momento la privacidad del paciente.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

☐
☐
☐

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.



Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	N/A
Beneficios al término del estudio:	Conocer la Perspectiva de los Pacientes con la finalidad de valorar la calidad en el control de su padecimiento
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	M. Esp. Yanet Pérez Méndez.
Colaboradores:	M. en C. Rosario Zapata Vázquez, M. en C. María Isabel Avalos García, M.C. José Armando Hernández Díaz
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	