



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN MUJERES

CON CÁNCER DE MAMA

SDELPTID.05.3.

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A

**VERONICA GAMINO VILLARREAL
N. de Cta: 302141063**

**ASESORA DE TESIS:
MTRA: LETICIA SANDOVAL ALONSO**



MÉXICO, D. F.

ABRIL 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE	pag.
Agradecimientos.....	I
Dedicatoria.....	II
Resumen.....	III
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	3
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	5
5. OBJETIVOS.....	5
5.1 Objetivo General.....	5
5.2 Objetivos Específicos.....	5
6. HIPÓTESIS.....	5
7. MARCO TEÓRICO.....	6
7.1 Concepto de obesidad.....	7
7.2 Epidemiología de la obesidad.....	7
7.3 Factores de riesgo de la obesidad.....	10
7.4 Fisiología de la obesidad.....	11
7.5 Fisiopatología de la obesidad.....	12
7.6 Diagnostico de la obesidad.....	14
7.7 Tratamiento de la obesidad.....	16
7.8 Complicaciones de la obesidad.....	16
8. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	19
9. METODOLOGIA.....	22

9.1 Tipo de estudio.....	22
9.2 Universo.....	22
9.3 Población.....	22
9.4 Método de selección de participantes.....	22
9.5 Criterios.....	23
9.5.1 Inclusión.....	23
9.5.2 Exclusión.....	23
9.5.3 Eliminación.....	24
9.6 Aplicación de Instrumento.....	24
9.7 Recolección de datos.....	25
9.8 Trabajo de Campo.....	26
9.9 Análisis de datos.....	27
10. RESULTADOS.....	27
11. DISCUSIÓN.....	36
12. CONCLUSIONES.....	38
13. BIBLIOGRÁFICAS.....	40
ANEXOS.....	44
Consentimiento informado 1.....	45
Consentimiento informado 2.....	47
Consentimiento informado 3.....	49
Instrumento de aplicación.....	51

AGRADECIMIENTOS

❖ A DIOS

Por la vida, por lo afortunada que soy, por la salud que me brinda y sobre todo por haberme permitido concluir esta hermosa profesión.

❖ A MI QUERIDA HIJA

Por permitirme cumplir uno de mis mayores sueños: culminar mi carrera.
Por tener que esperar en momentos que debía estar a tu lado y por que fuiste la fuerza que necesitaba para poder enfrentar cualquier obstáculo.
Danna te amo.

❖ A MI PADRE Y MADRE

Por su amor, comprensión y apoyo que me brindan en los momentos difíciles. Por formarme como una persona responsable y honesta. Y por dejarme la mayor herencia: la educación.

❖ A MIS HERMANOS

Porque sin darse cuenta fueron un apoyo importante a lo largo de mi carrera.

❖ A ERICH

El amor de mi vida, porque sin tu apoyo y amor incondicional no podría obtener tantos triunfos.

❖ A LA UNAM

Por haberme permitido tener el honor de formar parte de ella y permitirme conocer e integrarme a un grupo de investigadores del proyecto “Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas adaptativas del cuidado en mujeres con cáncer de mama SDEI.PTID.05.03.” del cual fui becaria, y la cual deriva del Macroproyecto “Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública”.

❖ A LA MAESTRA

Leticia Sandoval Alonso por dedicarme parte de su tiempo, por compartir sus conocimientos y habilidades que la caracterizan. Y por tener un gran corazón y palabras de aliento que le dan fuerza a cada persona que se le acerca.

❖ A LA MAESTRA

Sofía Elena Pérez Zumano por las enseñanzas y conocimientos que me brindo. Por ser una persona excepcional.

DEDICATORIAS

❖ A mi padre e hija.

RESUMEN

INTRODUCCION. El sobrepeso y la obesidad son un problema grave de salud pública en nuestro país, estos padecimientos traen como consecuencia otras enfermedades entre ellas el cáncer de mama, que es la neoplasia que ocupa el primer lugar de morbi-mortalidad en mujeres de 40 a 49 años de edad en México. Por lo que en esta investigación se exploró la prevalencia de sobrepeso y obesidad un grupo de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

MARCO TEORICO. Se realizo una búsqueda de formación referente al sobrepeso y obesidad.

METODOLOGIA. Se realizo un estudio de tipo cuantitativo, transversal, descriptivo. El grupo de estudio consto de 99 participantes diagnosticadas con cáncer de mama, a las cuales se les aplico una entrevista de la cual para la realización de esta investigación se tomaron en cuenta los datos sociodemográficos y los hábitos alimenticios.

RESULTADOS. En la entrevista aplicada a las pacientes se identifico el IMC, aspecto que dio como resultado una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en este grupo de mujeres.

DISCUSION. Los hallazgos encontrados en este estudio concuerdan con la revisión de la literatura, un ejemplo es donde se menciona una alta incidencia de sobrepeso y obesidad (71.8), esto coincide con lo reportado en ENSANUT 2006, donde se menciona que en los últimos seis años la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el adulto ha aumentado 12%, que es uno de los grupos con mayor prevalencia, cercana al 70% tanto en hombres como mujeres.

CONCLUSIONES. Las mujeres con cáncer de mama tienen en su mayoría sobrepeso y obesidad, esto requiere que el personal de enfermería intervenga como práctica cotidiana dentro de sus actividades, orientación acerca de cómo prevenir este tipo de padecimientos que traen consigo consecuencias muy graves para la salud.

PALABRAS CLAVES: Cáncer de mama (CaMa), sobrepeso, obesidad y prevalencia.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama (CaMa) es un problema de salud pública a nivel mundial ya que es la principal neoplasia en las mujeres tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Así bien es la causa principal de muerte por cáncer en las mujeres alrededor del mundo y México no es la excepción.

El CaMa es uno de los cánceres más comunes en las mujeres. En los últimos años se ha observado un incremento en su frecuencia, sobre todo en países en vías de desarrollo. En México, representa la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres adultas.^{1,2}

En el país la mayor incidencia y mortalidad ocurre en mujeres menores de 50 años, que son económicamente activas y en etapa reproductiva, por lo que el diagnóstico ocasiona devastadores efectos no sólo en la mujer sino en el núcleo familiar, que dada la tendencia permiten prever la magnitud de los daños, repercusión en los costos de tratamiento y los desafíos que enfrentará el Sistema de Salud.³

En México existe una alta incidencia de CaMa, particularmente en el Distrito Federal (mayor tasa de mortalidad 23.3), así como en las regiones norte y occidente del país.^{1,4} Es probable que el aumento en la incidencia de CaMa se relacione con el cambio en los estilos de vida y hábitos alimentarios. El alto consumo de lípidos e hidratos de carbono refinados, junto con el sedentarismo, que ha traído como consecuencia un aumento en el sobrepeso y la obesidad (mujeres 71.9% y hombres 66.7%)⁵.

¹ Mujeres y Hombres de México 2006 (citada en 2008, octubre 25) 10: Disponible: www.inegi.gob.mx

² Mortalidad por Cáncer de Mama. La Salud y El Sistema de Atención (citada en 2008, noviembre 6) Disponible en: www.evaluacion.salud.gob.mx/saludmex2004/sm2004.htm

³ Martínez JL. Cáncer de mama. Boletín de práctica médica efectiva PME. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. 2007; p:1-6

⁴ Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández y cols. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (citada en 2006, oct 27) 1-132. Disponible en: www.insp.mx/ensanut/

Estas enfermedades son un factor de riesgo para el CaMa debido a que la concentración de estrógenos tiene una relación directa con el índice de masa corporal (IMC), y el desarrollo de cama depende de estrógenos, endógenos y exógenos.⁵

La obesidad constituye una epidemia en México que requiere de estrategias nacionales preventivas y de manejo coherente.

El hecho de tener sobrepeso u obesidad conlleva a un mayor riesgo de mortalidad así como desarrollar múltiples padecimientos entre ellos enfermedad coronaria, diabetes tipo 2, y algunos tipos de cáncer que hoy por hoy son las principales causas de muerte en nuestro país.

El país puede enfrentar el nuevo reto de lidiar con las enfermedades crónicas de alta prevalencia; la demanda de asistencia y tratamiento médico se incrementa aceleradamente y representa gran carga para la capacidad tanto médica como económica de los servicios de salud.⁶

⁵ Lee M M, Lin S S. Dietary Fat and Breast Cancer. *Annu Rev Nut.* 2000; 20: 221-48.

⁶ Sánchez CP, Pichardo E, López P. Epidemiología de la obesidad. *Medigraphic. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición.* 2004; 140 (2): S3-S20.

JUSTIFICACIÓN

En México, a partir del 2006 el CaMa ha sido la segunda causa de muerte en la población femenina de 30 a 54 años, y se ubica como la primera causa de mortalidad por tumores malignos entre las mujeres.

En ese mismo año murieron 4,451 mujeres mexicanas, lo cual implica un fallecimiento cada 2 horas. La tasa de mortalidad por cáncer mamario en México ha registrado un aumento sustancial de 1950 a 2005, pasando de una tasa de 2 por 100,000 mujeres a 9 por 100,000 mujeres.¹

Desde el 2006, el cáncer de mama cobra más vidas al año que el cáncer cérvico-uterino. En contraste, en 1980 el riesgo de morir a causa de neoplasia cervico-uterina era dos veces mayor que el de CaMa.²

Así, bien la obesidad es un factor de riesgo conocido para enfermedades crónicas degenerativas como enfermedades cardíacas, diabetes, hipertensión arterial, y algunas formas de cáncer. La evidencia sugiere que se trata de una enfermedad con origen multifactorial: genético, ambiental, psicológico entre otros. Se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo e hipertrofia general del tejido adiposo.

Es una enfermedad crónica originada por muchas causas y con numerosas complicaciones, la obesidad se caracteriza por el exceso de grasa en el organismo y se presenta cuando el índice de masa corporal en el adulto es mayor de 30 kg/m² según la OMS (Organización Mundial para la Salud).

Según el origen de la obesidad, ésta se clasifica en los siguientes tipos:

¹ Lozano, Knaul, Gómez Dantés, Arreola-Ornelas y Méndez, 2008. "Tendencias en la mortalidad por cáncer de mama en México, 1979-2006". Observatorio de la Salud. Documento de trabajo. Competitividad y Salud, Fundación Mexicana para la Salud.

² Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Breast cancer in Mexico: a pressing priority. *Reproductive Health Matters*, 2008; 16(32).

1. Obesidad exógena: La obesidad debida a una alimentación excesiva.
2. Obesidad endógena: La que tiene por causa alteraciones metabólicas.

Dentro de las causas endógenas, se habla de obesidad endocrina cuando está provocada por disfunción de alguna glándula endocrina, como la tiroides.³

Es por ello que para la profesión de enfermería es muy importante adentrarse en este tipo de problemas de salud pública, ya que el sobrepeso y obesidad y el CaMa son unas de las principales causas de muerte en nuestro país, estas muertes se pudieran evitar con el simple hecho de tener una orientación y prevención adecuada por parte de las enfermeras en el primer nivel de atención.

³OMS. Consultado 3 septiembre 2009-
http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Organizaci%C3%B3n_Mundial_para_la_Salud&action=edit&redlink=1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se han encontrado diversas investigaciones acerca de la relación que existe entre sobrepeso y obesidad como factores de riesgo para la presentación de cáncer de mama. Así como un incremento en la prevalencia de obesidad en mujeres, que está relacionado con factores dietéticos y con un incremento en el estilo de vida sedentario, esto conlleva a un riesgo mayor de mortalidad en las mujeres que padecen CaMa. Por esta razón debemos preguntarnos:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe una prevalencia significativa de sobrepeso y obesidad en mujeres con cáncer de mama?

OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad que existe en un grupo de mujeres diagnosticadas con CaMa en el Instituto Nacional de Cancerología.

Objetivos específicos

Determinar peso, talla e IMC en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.

Conocer hábitos alimenticios del grupo de estudio.

HIPÓTESIS

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en un grupo de pacientes con cáncer de mama del Instituto Nacional de Cancerología, es significativa para la mayoría de ellas.

MARCO TEORICO

La profesión de enfermería no solo se dedica a realizar los cuidados fisiológicos necesarios para la recuperación de los pacientes, también se desea brindar un cuidado holístico que se nos enseña durante toda nuestra formación profesional.

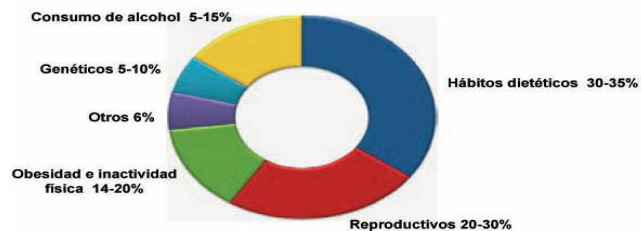
El cuidado a un paciente oncológico es un cuidado multidimensional ya que el personal de enfermería, se ve involucrado en todos los aspectos de la persona que se está atendiendo ya sean biológicos, sociales, religiosos, etc.

En la actualidad la obesidad se considera como una epidemia a nivel mundial, esto hace que aumenten nuestros factores de riesgo para contraer todo tipo de enfermedades, en esta ocasión hablaremos acerca de la prevalencia de sobrepeso y obesidad y CaMa.

¿Existe relación entre la obesidad y el cáncer? ó ¿Sólo se trata de la existencia de una elevada frecuencia de correlaciones entre dieta y cáncer y entre obesidad y cáncer?

El CaMa es una enfermedad multifactorial en la que la edad de la mujer, su historia reproductiva, sus hábitos dietéticos incluyendo el consumo de bebidas alcohólicas, el estilo de vida en relación a la actividad física y obesidad así como la susceptibilidad genética individual son factores asociados a su incidencia a nivel mundial.

Figura 1: Factores asociados a la incidencia de cáncer de mama



Adaptado de:

Anand P, Kunnumakara AB, Sundaram C, Hammar KB, Tharakan ST, Lai OS, et al. Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes. *Pharmaceutical Research*. 2008.
Otros: incluye factores ambientales, metabólicos, étnicos, patologías mamarias previas e infecciosos.

Concepto de obesidad

La obesidad se define como un exceso de grasa corporal o tejido adiposo.¹ Desde el punto de vista práctico se considera el índice de masa corporal (IMC) el método ideal para el diagnóstico de la obesidad, por su buena correlación con la grasa corporal total.

Se considera ideal un IMC entre 20 y 25; sobrepeso entre 25 y 29,9; obesidad grado I de 30 a 34,9 de IMC; obesidad grado II de 35 a 39,9 de IMC y obesidad grado III, extrema o mórbida, con un IMC mayor de 40.²

Epidemiología de la obesidad

En la actualidad se estima el número de personas obesas en el mundo en más de 300 millones.³ Con una amplia distribución mundial y una prevalencia mayor en países desarrollados o en vías de desarrollo. Este incremento en la prevalencia de proporciones epidémicas está relacionado con factores dietéticos y con un incremento en el estilo de vida sedentario. El aumento del consumo de grasas saturadas y de carbohidratos, la disminución de la ingestión de frutas, vegetales y pescado, así como de la actividad física, que se expresa desde la ausencia de esta actividad programada hasta el incremento del tiempo dedicado a actividades con notable base sedentaria, como ver la televisión o trabajar en la computadora, éstas son las causas más importantes en el desarrollo de este problema de salud mundial.⁴

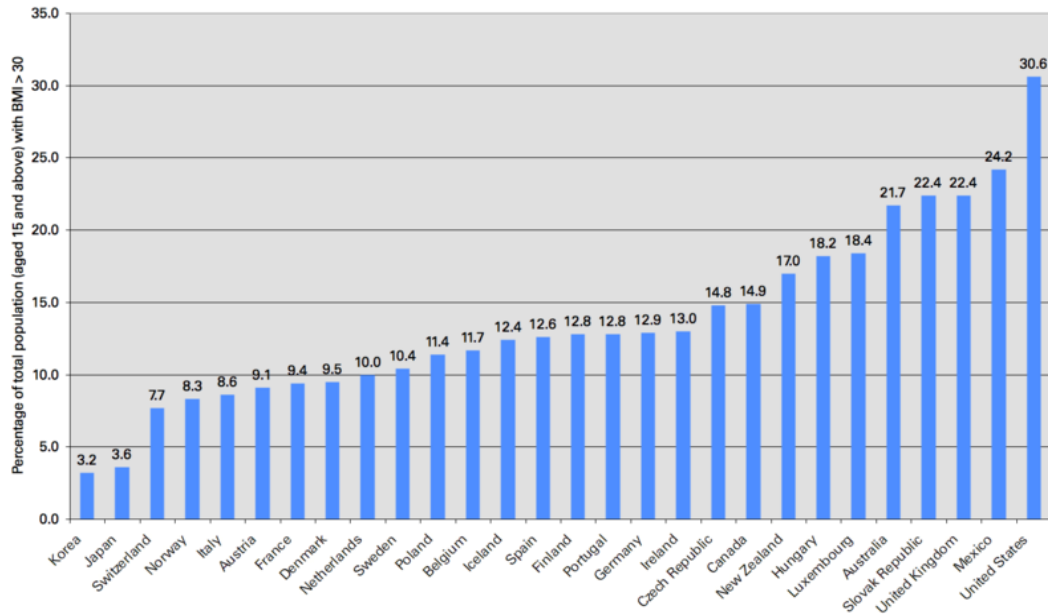
¹ O'Brien P O, Dixon J. The extent of the problem of obesity. Am J of Surg. 2002; 184(6):s4-s8.

² National Health, Lung and Blood Institute Clinical Guidelines on the identifications , evaluations and treatment of overweight and obesity in adult. The evidence report. Obes Res. 1998;6 (suppl 2): S 51- S 290.

³ Rossner S. Obesity, the disease of 21th century. Int J Obes 2002;26(suppl 4): S2-S4.

⁴ [Rodríguez LE.](#) Obesidad: fisiología, etiopatogenia y fisiopatología. Hospital Docente "Calixto García". Revista Cubana Endocrinología. 2003; 14(2):1-13.

Gráfica comparando los porcentajes de obesidad del total de población en países miembros de la [OCDE](#) (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico). Para edades superiores a 15 años y un IMC mayor a 30.



La obesidad se ha convertido en un serio problema de salud a nivel mundial, por su estrecha vinculación con las principales causas de morbilidad. La obesidad es una condición patológica, muy común en el ser humano y presente desde la remota antigüedad, que persiste y se incrementa durante siglos por factores genéticos y ambientales, hasta convertirse actualmente en una pandemia con consecuencias nefastas para la salud.⁵

En los últimos seis años la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el adulto ha aumentado 12% (ENSANUT, 2006) y tiene un patrón muy similar al de los mexicanos que viven en los Estados Unidos, que es uno de los grupos con mayor prevalencia, cercana al 70% tanto en hombres como mujeres. El problema es igualmente alarmante en niños y adolescentes.⁶

⁵ Bierman EL. Obesidad. En: Cecil Tratado de medicina interna. La Habana: Pueblo y Educación. 1984;15: 2030-9.

⁶ García E, De la Llata M, Kaufer M, Tusié MT, Calzada R, Vázquez V, et al. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Archivos de cardiología de México. 2008; 78: 321.

Este factor en nuestro país es grave ya que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANut 2006), 39% de la población adulta sufre de sobrepeso y otro 30% de obesidad. La prevalencia de sobrepeso es más alta en hombres (42.5%) que en mujeres (37.4%), mientras que la prevalencia de obesidad es mayor en las mujeres (34.5%) que en los hombres (24.2%). Si se suman, estas prevalencias arrojan cifras de 71.9% de sobrepeso y obesidad en mujeres mayores de 20 años (24.9 millones de mujeres) y de 66.7% en hombres mayores de 20 años (16.2 millones de hombres).⁷

Este incremento en la prevalencia de proporciones epidémicas está relacionado con factores dietéticos y con un incremento en el estilo de vida sedentario.¹¹ El aumento del consumo de grasas saturadas y de carbohidratos, la disminución de la ingestión de frutas, vegetales y pescado, así como de la actividad física, que se expresa desde la ausencia de esta actividad programada hasta el incremento del tiempo dedicado a actividades con notable base sedentaria, como ver la televisión o trabajar en la computadora, son las causas más importantes en el desarrollo de este problema de salud mundial.⁸

El riesgo de muerte súbita de los obesos es tres veces mayor que el de los no obesos, y es el doble para el desarrollo de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), enfermedad cerebrovascular (ECV) y cardiopatía isquémica (CI), mientras la posibilidad de desarrollar de diabetes mellitus (DM) es 93 veces mayor cuando el índice de masa corporal (IMC) pasa de 35.¹³ Por otra parte, la obesidad tiene una relación estrecha con la resistencia a la insulina y con factores genéticos y ambientales probablemente comunes. La resistencia a la insulina tiene efectos fisiopatogénicos importantes en el desarrollo de DM, síndrome metabólico, e HTA.⁹

⁷ Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud, 2007:188.

⁸ Contreras J. La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Nutrición y obesidad*. 2002; 11(8):997-1001.

⁹ Rubio M A. ¿Debemos incluir la determinación de resistin en la práctica clínica? *Endocrinología* 2003; 50(3):91-3.

Factores de riesgo de la obesidad

Factores Genéticos: El riesgo de afección en los diferentes individuos con parentesco se determina mediante estudios familiares, el riesgo es menor para aquellos familiares de segundo grado, que en los de primer grado, y disminuye cuanto más lejano sea el parentesco.¹⁰

Factores Alimentarios: Las poblaciones urbanas de diferentes países han modificado su régimen alimenticio a expensas del consumo de grasas y azúcares y de la disminución del consumo de fibra. Por otra parte la industria alimentaria ofrece diversos alimentos de alta densidad energética (ricos en grasas y azúcares) pero deficientes en otros nutrientes esenciales.

Factores de Género: Las mujeres tienen oportunidades más limitadas; llevan cargas sociales más pesadas y tienen una imagen subvalorada de su cuerpo.¹¹

Ejercicio: Un factor de riesgo modificable que tiene la promesa de prevenir el CaMa, es la actividad física, puesto que las mujeres activas son más propensas a ser delgadas, esto implica menor riesgo de CaMa durante la premenopausia.¹²

Fisiología de la obesidad

De acuerdo con la primera ley de la termodinámica, la obesidad es el resultado del desequilibrio entre el consumo y el aporte de energía.¹⁹ La energía que el organismo utiliza proviene de 3 fuentes: carbohidratos, proteínas y grasas. La capacidad de almacenar carbohidratos en forma de glucógeno, igual que la de proteínas, es limitada. Solo los depósitos de grasas se pueden expandir con facilidad para dar cabida a niveles de almacén superiores a las necesidades.

¹⁰ Canún S. Genética y obesidad. Asociación de Medicina interna de México. 2000:35-45.

¹¹ Peña M, Ballao J. La obesidad en la pobreza, un nuevo reto para la salud pública. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2000; 576:9-10.

¹² Lee IM, Cook NR, Rexrode KM, Buring JE. Lifetime physical activity and risk of breast cancer. British Journal of Cancer. 2001; 85 (7): 962-5.

Los alimentos que no se consumen como energía, se almacenan, y por lo tanto, es la grasa la principal fuente de almacén y origen de la obesidad. Los carbohidratos son el primer escalón en el suministro de energía. Cuando el consumo de carbohidratos excede los requerimientos, estos se convierten en grasas. En ausencia o con niveles muy bajos de glúcidos, y con necesidades energéticas presentes, las proteínas a través de los aminoácidos son utilizadas para la producción de energía o para la movilización, utilización y almacenamiento de las grasas, proceso conocido como gluconeogénesis, en el cual los aminoácidos con esqueleto de carbono son convertidos, por múltiples reacciones, que a su vez va a derivar en glucosa. Esta glucosa es oxidada o utilizada para la formación de triglicéridos mediante su conversión a glicerol.²⁵ Las grasas que se ingieren son utilizadas primeramente como fuente de almacén en forma de triglicéridos en el adiposito, o para la producción de hormonas y sus componentes celulares. Una vez que los almacenes primarios de energía hayan agotado sus reservas fácilmente disponibles, son las grasas las encargadas de suministrar la energía necesaria y se movilizan de sus depósitos, proceso en el cual participan activamente las proteínas.²⁶

De este modo, el cuerpo humano cumple las leyes físicas representadas por este primer principio de la termodinámica, según el cual la energía ni se crea ni se destruye, solo se transforma. Todo exceso de energía introducida cambia la energía interna del organismo y se transforma en energía química, y como principal almacén está el tejido graso. Un ingreso energético (IE) mayor que el gasto o consumo energético total (CET), inevitablemente causará un aumento del tejido adiposo, que siempre se acompaña del incremento de la masa magra, así como también del peso corporal, en cuyo control el CET desempeña una función importante.

El CET guarda relación con la masa magra corporal y la mezcla metabólica oxidada está relacionada con los alimentos ingeridos, la capacidad de adaptación del cuerpo y la velocidad de consumo energético. Para mantener el equilibrio

energético, es necesario oxidar la mezcla de combustible ingerida. Cualquier desviación ya sea mayor o menor, provocará un desbalance.

Fisiopatología de la obesidad

Sea cual sea la etiología de la obesidad, el camino para su desarrollo es el mismo, un aumento de la ingestión y/o una disminución del gasto energético.⁵⁹ Los lípidos procedentes de la dieta o sintetizados a partir de un exceso de carbohidratos de la dieta, son transportados al tejido adiposo como quilomicrones o lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL). Los triglicéridos de estas partículas son hidrolizados por la lipoproteinlipasa localizada en los capilares endoteliales, introducidos en el adiposito y reesterificados como triglicéridos tisulares. Durante los períodos de balance positivo de energía, los ácidos grasos son almacenados en la célula en forma de triglicéridos; por eso, cuando la ingestión supera el gasto, se produce la obesidad.⁶⁰ En la medida en que se acumulan lípidos en el adiposito, este se hipertrofia y en el momento en que la célula ha alcanzado su tamaño máximo, se forman nuevos adipositos a partir de los preadipocitos o células adiposas precursoras, y se establece la hiperplasia. El paciente muy obeso que desarrolla hiperplasia y comienza a adelgazar, disminuirá el tamaño de los adipositos, pero no su número.²⁶ Este hecho tiene una relevancia especial en la obesidad de temprano comienzo, en la niñez o la adolescencia, en la cual prima la hiperplasia sobre la hipertrofia, y como resultado es más difícil su control, pues hay una tendencia a recuperar el peso perdido con gran facilidad y de ahí la importancia de la vigilancia estrecha en el peso de los niños y adolescentes, porque las consecuencias pueden ser graves.

En el caso de la obesidad de comienzo en la adultez, predomina la hipertrofia sobre la hiperplasia, por lo cual su tratamiento suele ser más agradecido, pero no por eso fácil. Por otra parte, se sabe que la distribución de los adipositos y su capacidad de diferenciación, está condicionada genéticamente.³¹

Por eso, mientras mayor sea la fuerza genética para la obesidad, mayor será la probabilidad de que este proceso se desarrolle con el menor esfuerzo y la mayor rapidez.

Tomando en cuenta la leyes de la termoenergética, el paciente obeso debe comer más para mantener su peso, porque además de que su gasto energético es mayor porque el tejido magro también se incrementa con la obesidad, la actividad adrenérgica está estimulada por vía de la leptina, y este aspecto parece ser importante en el mantenimiento de la obesidad.⁶¹ Y es que la mayoría de los obesos tienen en realidad una hiperleptinemia con resistencia a la acción de la leptina de forma selectiva, es decir, solo en su capacidad para disminuir la ingestión, pero no en su acción con mediación simpática,⁶² y por eso el obeso está expuesto no solo a un incremento del gasto mediado por el sistema neurovegetativo, sino también a efectos neuroendocrinos amplificados, con devastadoras consecuencias clínicas. Por eso, cuando se pierde peso a partir de un estado de sobrepeso y/o obesidad, el GEB disminuye, tanto por la misma ley de la termoenergética, como por la disminución de la actividad simpática. De ahí que la pérdida de solo unos pocos kilogramos de peso represente un beneficio multiplicado, por las positivas consecuencias clínicas que esto condiciona, y que las acciones contra la obesidad sean siempre de inestimable utilidad. Los obesos con hipoleptinemia, aleptinémicos o con alteraciones en la acción de los receptores de la leptina, que son el grupo menos numeroso, tienen, por su parte, un gasto energético disminuido con desregulación de los mecanismos controladores de la ingestión que da origen y perpetúa la obesidad, y se ha demostrado que se corrige con la administración de leptina recombinante en el caso de las alteraciones de la leptina, no así en los problemas del receptor.¹³

Diagnostico de la obesidad

¹³ [Rodríguez LE.](#) Obesidad: fisiología, etiopatogenia y fisiopatología. Hospital Docente "Calixto García". Revista Cubana Endocrinología. 2003; 14(2):1-13.

Para estudios de Salud Pública y en la práctica clínica resulta recomendable el diagnóstico mediante las mediciones de basadas en la talla, el peso y el grosor de los pliegues cutáneos.¹⁴

Clasificación según el IMC

Descrito por Quetelet, relaciona el peso con la talla por la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{talla}^2 \text{ (m)}$$

En el Documento de Consenso realizado por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) en el año 2000 se establece la siguiente clasificación para adultos entre 25 y 64 años.¹⁵

Clasificación del sobrepeso y la obesidad según el IMC (SEEDO 2000)	
Valores límites del IMC	
IMC < 18,5	Peso insuficiente
18,5 – 24,9	Normopeso
25 – 26,9	Sobrepeso grado I
27 – 29,9	Sobrepeso grado II (preobesidad)
30 – 34,9	Obesidad de tipo I
35 – 39,9	Obesidad de tipo II
40 – 49,9	Obesidad de tipo III (mórbida)
>50	Obesidad de tipo IV (extrema)

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$$

¹⁴ López JC, Brito GX, González J. Concepto, definición y diagnóstico de la obesidad. Temas de Medicina Interna, Obesidad. 2000: 1-13.

¹⁵ Moreno B, Monereo S, Álvarez J. La obesidad en el tercer milenio. Editorial Médica Panamericana. Sociedad Española para el Estudio De la Obesidad (SEEDO). 2005; 3: 115-127.

La medida del índice cintura - cadera, al ser expresión de la cantidad de grasa intra-abdominal, ha adquirido un valor predictivo importante de riesgo de alteraciones y consecuencias metabólicas de la obesidad, por lo cual su uso como diagnóstico de obesidad casi iguala en importancia al IMC. Se determina dividiendo la circunferencia a nivel del ombligo y el máximo de circunferencia de las caderas y los glúteos. Este índice es mayor en el hombre que en la mujer, precisamente por la distribución de la grasa en ambos sexos y tiende además a aumentar con la edad. Un índice mayor de 0,95 en el hombre y de 0,80 en la mujer es predictor de aumento del riesgo de anormalidades metabólicas. Sin embargo, en los últimos años es considerada la circunferencia de la cintura el mejor marcador de sobrepeso y obesidad, por expresar una relación muy estrecha con la grasa abdominal, responsable en mayor medida, de las consecuencias metabólicas directas relacionadas con la obesidad. Una circunferencia de la cintura mayor de 94 mm en el hombre y de 80 mm en la mujer, es diagnóstico de sobrepeso u obesidad abdominal aún cuando el IMC no lo evidencie, y resulta un marcador importantísimo de futuras complicaciones; sobre todo si se asocian otros factores de riesgo como la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM), o las alteraciones lipídicas (HLP).¹⁶

Tratamiento de la obesidad

Ejercicio: La elevación del gasto energético mediante un aumento de la actividad física debe ser uno de los objetivos tanto terapéuticos como preventivos frente a la obesidad.

Dietoterapia: La dietoterapia en la obesidad debe ser un plan alimentario estructurado y equilibrado pero abierto, encaminado a reducir la ingesta dietética

¹⁶ [Rodríguez LE.](#) Obesidad: fisiología, etiopatogenia y fisiopatología. Hospital Docente "Calixto García". Revista Cubana Endocrinología. 2003; 14(2):1-13.

global del paciente, disminuir el rendimiento calórico de los alimentos y corregir las alteraciones del patrón alimentario si existen.

Complicaciones de la obesidad

La obesidad deja de ser un problema puramente estético cuando adquiere un grado tal que aumenta la morbimortalidad y altera la calidad de vida de quien la padece. Aparecen entonces problemas sobre los más diversos órganos, que pueden ser catalogados como complicaciones de la obesidad, cuando ésta juega un papel patogénico destacado.¹⁷

COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD

1. Aumento de morbimortalidad general
2. Factor de riesgo cardiovascular
3. Alteraciones endocrinas
 - Diabetes mellitus tipo 2
 - Variaciones del crecimiento y desarrollo
 - Gónadas (hiperandrogenismo en mujer)
 - Alteraciones de la secreción adrena
 - Otras
4. Alteraciones respiratorias (obesidad-hipoventilación)
5. Alteraciones artromiálgicas (artrosis)
6. Alteraciones digestivas
 - Litiasis biliar
 - Hígado graso
 - Otras
7. Alteraciones nefrológicas
8. Relación con neoplasias
 - Cáncer de útero y de mama
 - Cáncer de próstata

¹⁷ Moreno B, Monereo S, Álvarez J. La obesidad en el tercer milenio. Editorial Médica Panamericana. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). 2005; 3: 141-9.

Cáncer de colón

9. Problemas durante la gestación
10. Alteraciones circulatorias
11. Aumento de riesgos quirúrgicos
12. Alteraciones dermatológicas y otras
13. Alteraciones de la calidad de vida

La obesidad aumenta el riesgo de cáncer de seno sólo entre mujeres posmenopáusicas que no usan hormonas para la menopausia. De las mujeres que usan hormonas para la menopausia, no existe una diferencia importante en el riesgo de cáncer de seno entre las mujeres obesas y las de peso saludable.

Tanto el riesgo mayor de padecer cáncer de seno como morir por él después de la menopausia se cree que se deben a los niveles más altos de estrógeno en las mujeres obesas. Antes de la menopausia, los ovarios son la fuente principal de estrógeno. Sin embargo, el estrógeno se produce también en tejido graso y, después de la menopausia, cuando los ovarios dejan de producir hormonas, el tejido graso pasa a ser la fuente más importante de estrógeno. Los niveles de estrógeno en mujeres posmenopáusicas son 50 a 100 por ciento más elevados entre mujeres pesadas que entre mujeres delgadas. Los tejidos sensibles al estrógeno están expuestos por lo tanto a más estímulo de estrógeno en mujeres pesadas, lo que lleva a un crecimiento más rápido de tumores de seno que responden al estrógeno.

Otro factor relacionado con tasas de mortalidad más elevadas por cáncer de seno en mujeres obesas es que el cáncer de seno es más posible que se detecte en una etapa más tardía en mujeres obesas que en mujeres delgadas. Esto es

porque la detección de un tumor de seno es más difícil en mujeres obesas que en mujeres delgadas.¹⁸

¹⁸ Huang Z, Hankinson SE, Cloditz GA, et al. Dual effects of weight and weight gain on breast cancer risk. *Journal of the American Medical Association*. 1997; 278(17):1407–1411.

REVISION DE LA LITERATURA

En la revisión de la literatura se exploraron distintas fuentes, las cuales abordan la relación que existe entre sobrepeso y obesidad y el CaMa. De tal manera se evidencian diferentes investigaciones que se han realizado a partir de este contexto.

Este repentino aumento en la prevalencia de obesidad es atribuido a factores del medio ambiente y de la población más que aun comportamiento individual y biológico debido al aumento rápido y continuo en el número de individuos con sobrepeso y obesidad. El medio ambiente actual produce factores de riesgo por disminución de la actividad física y por un incremento en el consumo de calorías y el sedentarismo.

Sobrepeso y obesidad. La Agencia Internacional de investigación sobre cáncer estima que el 25% de los casos de cáncer son causados por sobrepeso u obesidad y por un estilo de vida sedentario, que aumentan el riesgo por varios mecanismos: incremento del nivel de estrógenos, testosterona, y resistencia a la insulina, incremento en la inflamación, y depresión en la función inmune.¹

Numerosos estudios demuestran la importancia de realizar actividad física, y mantener una alimentación sana para conservar un peso saludable y así disminuir los riesgos o retardar la progresión del cáncer. Las mujeres obesas tienen un riesgo mayor de morir por cáncer de mama después de la menopausia comparadas con mujeres delgadas.

Los científicos calculan que cerca de 11.000 a 18.000 muertes anuales por CaMa en pacientes estadounidenses mayores de 50 años podrían evitarse si las mujeres mantuviesen un IMC menor de 25 kg/m² durante su vida adulta.²

Establecer la costumbre de comer sanamente y hacer actividad física es indispensable para evitar el exceso de peso y la obesidad.

¹ Stephenson G., Rose D. Breast Cancer and Obesity: An Update. Nutrition and Cancer. 2003; 45(1):2-17.

² Vanrell MC, Maselli ME, Recalde GM, Di Milta A, López CM, Pérez R, López JD. Influencia de la obesidad sobre el desarrollo del cáncer. Revista Medica Universitaria: Facultad de Ciencias Medicas. 2008; 1(4):1-5.

El riesgo a desarrollar CaMa se agrava al considerar los hábitos alimentarios y estilos de vida con los que vivimos día a día. Un mayor consumo de lípidos se asocia con una alta concentración de estrógenos, por lo tanto los factores de riesgo que se deben tomar en cuenta por su relación con una dieta rica en lípidos son sobrepeso, obesidad e índice de masa corporal (IMC).^{3,4,5,6}

En un estudio prospectivo observacional, los resultados muestran la asociación que tiene el aumento del índice de masa corporal y el incremento de padecer CaMa, en mujeres postmenopáusicas del Pacífico Asiático.⁷

En Estados Unidos se estudio la prevención de obesidad en mujeres con CaMa el cual muestra que la obesidad es un factor de riesgo para el incremento de mortalidad en mujeres postmenopáusicas pero no para las mujeres premenopáusicas.⁸

El análisis de 3 estudios de casos y controles, en una población italiana con un total de 3,108 pacientes de cáncer de mama postmenopausal de 50 años o más, muestra que la obesidad tiene una relación de un 95 % tanto al riesgo de cáncer de mama como al comportamiento clínico de la enfermedad establecida.

Tanto en premenopausia como en el cáncer de mama postmenopausia, los mecanismos por los cuales el peso del cuerpo y la obesidad afectan el riesgo han sido relacionados con la actividad estrogénica.⁹

Otro indicó que mujeres blancas hispanas obesas tenían una probabilidad dos veces mayor de padecer cáncer de seno que las mujeres hispanas no obesas, pero los investigadores no detectaron una diferencia en el riesgo de mujeres

³ Thomas HV, Key TJ, Allen DS. Re: reversal of relation between body mass and endogenous estrogen concentrations with menopausal status. *J Natl Cancer Inst* 1997; 89:396-8

⁴ Lee M M, Lin S S. Dietary Fat and Breast Cancer. *Annu Rev Nut* 2000; 20: 221-48.

⁵ Riboli E, Norat T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. *Am J of Clin Nut* 2003, (suppl) 78:559-69.

⁶ Feigelson H S, Henderson B E. Future possibilities in the prevention of breast cancer role of genetic variation in breast cancer prevention. *Breast Cancer Res* 2000; 2:277-82.

⁷ Renehan A, Tyson M, Egger M, Heller R, Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *The Lancet*. 2008 Feb 22; 371 (9612):569, 10.

⁸ Barnett, J. The relationship between obesity and breast cancer risk and mortality. *Nutrition Reviews*. ProQuest Nursing & Allied Health Source. 2003; 61(2): 73-6.

⁹ Day G, Rose D. Breast Cancer and Obesity. *Nutrition and cancer*. 2003; 45(1):1-16.

hispanas obesas antes y después de la menopausia. La distribución de la grasa en el cuerpo puede afectar también el riesgo de cáncer de seno. Las mujeres que tienen una gran cantidad de grasa en el abdomen tienen un riesgo mayor de cáncer de seno que aquéllas cuya grasa está distribuida sobre las caderas, las nalgas y las extremidades inferiores. Los resultados de estudios sobre el efecto de grasa abdominal son menos consistentes que los estudios sobre el aumento de peso o sobre el IMC.¹⁰

El síndrome metabólico, que se caracteriza por obesidad visceral, intolerancia a la glucosa, hipertensión y dislipidemia (bajos niveles en suero de lipoproteína colesterol de alta densidad [HDL-C] y elevación de triglicéridos) tiene un alto riesgo en la prevalencia e incidencia de cáncer de mama.^{11,12}

Estudios epidemiológicos sobre actividad física y CaMa ha producido resultados donde estos reportan tasas más bajas de CaMa en mujeres que realizan actividad física que en mujeres sedentarias.¹³ Esto refleja la importancia de orientar el cuidado hacia la modificación de estilos de vida.

¹⁰ Wenten M, Gilliland FD, Baumgartner K, Samet JM. Associations of weight, weight change, and body mass with breast cancer risk in Hispanic and non-Hispanic white women. *Annals of Epidemiology*. 2002; 12(6):435–444.

¹¹ Furberg AS, Veierørd MB. Serum High-Density Lipoprotein Cholesterol, Metabolic Profile, and Breast Cancer Risk. *Journal of the National Cancer Institute*. ProQuest Nursing & Allied Health Source. 2004; 96(15): 1152-60.

¹² Bray G. The underlying basis for obesity: Relationship to cancer. *The Journal of Nutrition*. 2002; 132(11S):3451-5.

¹³ Lee IM, Cook NR1, Rexrode KM, Buring JE. Lifetime physical activity and risk of breast cancer. *British Journal of Cancer*. 2001; 85 (7): 962–965

METODOLOGIA

Tipo de Estudio: Cuantitativo, transversal, descriptivo.

La investigación cuantitativa se caracteriza por la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Así mismo es un estudio de tipo transversal ya que solo se utilizara 1 sola medición o entrevista hacia las pacientes.

Universo: Pacientes con diagnostico de cáncer de mama.

Población: Pacientes con CaMa del Instituto Nacional de Cancerología.

La población o muestra de estudio es de 99 participantes diagnosticadas con CaMa, que cumplieron los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado.

Método de selección de participantes:

Se le solicito a la enfermera jefe de piso el apoyo para facilitarnos las listas de pacientes recién diagnosticadas con CaMa, así como su clave para entrar en la base de datos de INCAnet para corroborar en el expediente electrónico cuales pacientes si cumplían los criterios de inclusión, haciendo una previa selección de estas. Si las pacientes aceptaban la participación en la investigación, se les daba el día, la hora, fecha y lugar para la entrevista.

Cabe mencionar que no todas las pacientes acudieron a la entrevista por lo que se tuvo que hacer la invitación a nuevas pacientes que cumplieran los criterios de inclusión y así poder tener la suficiente muestra.

Se pidió autorización previa del INCan para poder realizar la entrevista con las pacientes del instituto, de acuerdo a los lineamientos de megaproyecto de investigación “nuevas estrategias epidemiológicas, genómicas y proteómicas en salud pública” la cual deriva diversas líneas de investigación: tuberculosis, cáncer

cervico-uterino, CaMa, defectos al nacimiento, demencia senil, alzheimer, enfermedades crónico degenerativas fibrosantes. En conjunto con la Facultad de Medicina la investigación que realiza enfermería es acerca del CaMa, el cual desprende el tema de “Impacto de Apoyo Familiar y la Personalidad en las Respuestas Adaptativas de Cuidado en Mujeres con Cáncer de Mama”, No. Registro: SDEI.PTID.05.3. Del cual realizo la investigación sobre prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres con CaMa.

Criterios de inclusión

- Ser mujeres mexicanas
- Pacientes recién diagnosticadas con cáncer de mama (a partir de enero 2009).
- Acudieran constantemente a consulta externa de INCan.
- Que estuvieran actualmente en tratamiento.
- Que acepten participar en el estudio

Criterios de exclusión

- Tener más de un año de haber sido diagnosticadas.
- No saber leer ni escribir.
- No estar en tratamiento actualmente.

Criterios de eliminación

- No haber completado la entrevista correctamente.

Aplicación de Instrumento

El instrumento que es aplicado para la investigación que realiza enfermería en el tema “Impacto de Apoyo Familiar y la Personalidad en las Respuestas Adaptativas de Cuidado en Mujeres con Cáncer de Mama”, es el mismo que utilizo para la realización de mi tesis. El instrumento de recolección de datos, consta de 76 items dividido en varias secciones, la primera muestra los datos sociodemográficos; la segunda parte se relaciona con el tipo de tratamiento recibido y el apoyo familiar; la siguiente parte muestra los síntomas que ha tenido durante el tratamiento así como la forma para poder manejarlos; la cuarta parte nos proporciona la información acerca de la nutrición y ejercicio llevados a cabo por la paciente y la última parte del cuestionario nos muestra el afrontamiento que la paciente tiene de resolver problemas. A parte se añade una tabla para verificar el nivel de estrés que se está teniendo en ese momento.

Para explorar los datos se dividieron 3 grupos, en los cuales las mujeres debían de pertenecer a uno de estos: Grupo A, Grupo B y Grupo C. En cada uno de estos se realizó 3 mediciones con un intervalo de un mes cada una. Cabe mencionar que para la presente investigación se tomo en cuenta los aspectos éticos, con la firma del consentimiento informado previo al pretest.

En el Grupo A se realizó la primera medición y se le brindó una intervención educativa que consta de cuatro sesiones 1 por semana, en estas sesiones se abordaron los temas de apoyo familiar, cuidados durante el tratamiento, y afrontamiento, cabe resaltar que durante cada sesión se programó al final técnicas de relajación para el manejo del estrés. Además de la intervención educativa a este grupo se le proporcionó material impreso que estaba relacionado con las sesiones educativas.

En el Grupo B, no se dio intervención educativa, solo se realizó el pretest y se les proporcionaron únicamente el material impreso. Por último en el Grupo C solo se realizó el pretest.

Para la realización de esta investigación se utilizó únicamente los datos del pretest de los 3 grupos, no importando a cuál de estos pertenecían las participantes. Así mismo los ítems que se tomaron en cuenta fueron los pertenecientes a la primer parte del cuestionario donde aparecen los datos sociodemográficos y la parte que se refiere al tipo de alimentación habitual.

Recolección de datos

Se tuvo la autorización de Instituto Nacional de Cancerología para trabajar con las pacientes dentro del instituto, se llegó a un acuerdo del área de trabajo y se realizó la selección de las pacientes. Se conformaron los 3 grupos de los cuales dieron un total de 99 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión.

Se le hizo una invitación individual a cada una de las pacientes para la participación en la investigación, se les explicó en lo que consistía y al grupo que pertenecían. Si aceptaba participar se les citaba para darles el consentimiento informado el cual tendrían que firmar de común acuerdo. Ahí se les explicaba también la importancia de proporcionar la información más verídica posible y a su vez se aplicaba la entrevista. La entrevista está estructurada de acuerdo al modelo teórico de adaptación de Callista Roy.

El momento de aplicación del cuestionario, fue el día en que las pacientes aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado y en ocasiones se hacía una cita con las pacientes donde tuvieran tiempo para poder contestarlo. La aplicación del instrumento estuvo a cargo de pasantes y becarias inscritas en el proyecto de investigación, en las cuales estoy yo incluida.

En este caso para la realización de esta investigación solo se tomó en cuenta el pretest, los datos referidos a la información sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las pacientes, así como sobre los hábitos de alimentación ingesta de agua y ejercicio. Los primeros 15 ítems están referidos a los datos

sociodemográficos y el ítem número 27, donde se proporciona una tabla acerca de los hábitos alimenticios que realizan las pacientes.

Tabla de hábitos alimenticios.

27. Durante su tratamiento cuantos días a la semana, usted...	Días a la semana							
	0	1	2	3	4	5	6	7
¿Consume alimentos de los cinco grupos? (frutas y verduras, cereales y leguminosas, carnes)	()	()	()	()	()	()	()	()
¿Consume alimentos que sean sanos y nutritivos?	()	()	()	()	()	()	()	()
¿Consume café, refrescos, picante, otros?	()	()	()	()	()	()	()	()
¿Consume alimentos chatarra? (frituras, garnachas, dulces, etc.)	()	()	()	()	()	()	()	()
¿Acostumbra comer en la calle?	()	()	()	()	()	()	()	()
¿Consume 5 porciones al día de frutas y verduras?	()	()	()	()	()	()	()	()
¿Come tres o más veces al día?	()	()	()	()	()	()	()	()
¿Bebe más de dos litros de agua al día?	()	()	()	()	()	()	()	()
¿Realiza 30 minutos de ejercicio diario?	()	()	()	()	()	()	()	()

Trabajo de Campo

1. Invitación individualizada para la participación en el estudio.
2. Aplicación y firma del consentimiento informado.
3. Sesiones de intervención educativa.
4. Aplicación del instrumento.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos se procedió a realizar una codificación o base de datos en el programa de SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 15, para así poder llevar a cabo la interpretación de los datos y correlación de las variables, así mismo poder analizar los resultados.

RESULTADOS

Los datos reportados en el presente estudio corresponden a una muestra de 99 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología.

En los resultados se exploraron las características sociodemográficas, el IMC, el antecedente heredo-familiar de padecer cáncer de mama; así como el tipo de alimentación que llevan a cabo las participantes.

Dentro de las características sociodemográficas se consideraron la edad, estado civil, escolaridad, lugar de residencia.

Características sociodemográficas:

Cuadro No. 1

Edad de las mujeres con cáncer de mama.

VARIABLE	GRUPO
-----------------	--------------

		A	B	C	Total
N =		43	33	23	99
Grupos de edad	30-39	20.9	12.5	16.7	17.2
	40-49	34.9	31.3	45.8	36.4
	50-59	32.5	31.3	20.8	29.2
	60-69	4.7	18.6	12.5	11.1
	70 o mas	7.0	6.3	4.2	6.1

Descripción: En el cuadro número 1 se observa que el cáncer de mama se presentó con mayor frecuencia en mujeres con una edad entre 40-49 años (36.4 %), siendo el menor porcentaje (6.1 %) las de 70 años o más.

Cuadro No. 2
Escolaridad de las mujeres con cáncer de mama.

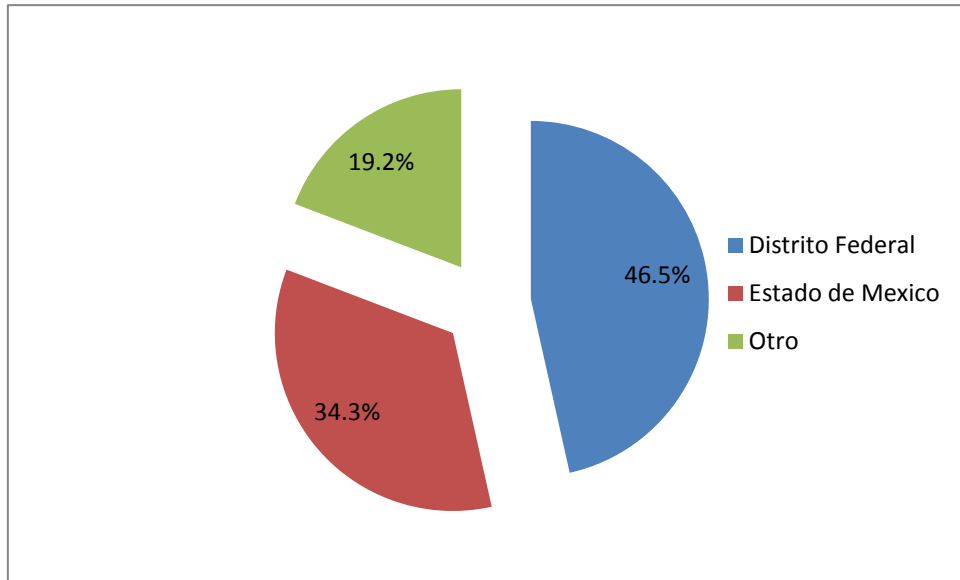
VARIABLE	GRUPO			
	A	B	C	Total
N =	43	33	23	99

Escolaridad	Primaria	37.2	31.3	45.8	37.3
	Secundaria	25.6	37.5	16.7	27.3
	Bachillerato %	11.6	9.3	8.3	10.1
	Licenciatura	14.0	3.1	4.2	8.1
	Carrera técnica	7.0	9.4	16.7	10.1
	Otra	4.6	9.4	8.3	7.1

Descripción: En el cuadro número 2 se observa que el 64.6% de las población solo cuenta con escolaridad básica, mientras que las mujeres que cuentan con nivel licenciatura el porcentaje es mínimo (8.1 %).

Grafica No. 1

Lugar de residencia de las mujeres con cáncer de mama.



Descripción: Del total de las mujeres que se les aplicó el instrumento el 80.8% vive en el Distrito Federal y Área Metropolitana, mientras el 19.2% en algún otro Estado de la República Mexicana.

Antecedente Heredo –Familiar:

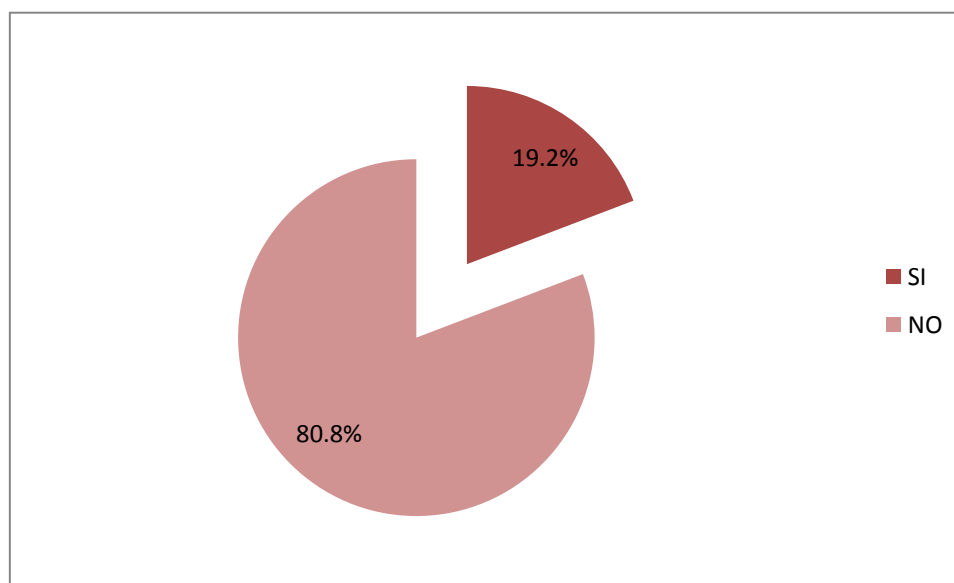
Cuadro No. 3
Antecedentes de cáncer de mama.

VARIABLE	GRUPO			
	A	B	C	Total
N =	43	33	23	99
Antecedentes de cáncer				
Si	29.9	21.9	12.5	19.2
No	69.1	78.1	82.5	80.8

Descripción: El total de las mujeres encuestadas muestra con un 80.8% no haber tenido ningún antecedente de cáncer, mientras el 19.2% si lo tuvo.

Grafica No. 2

Antecedentes de cáncer de mama.



Índice de Masa Corporal:

Cuadro No. 4

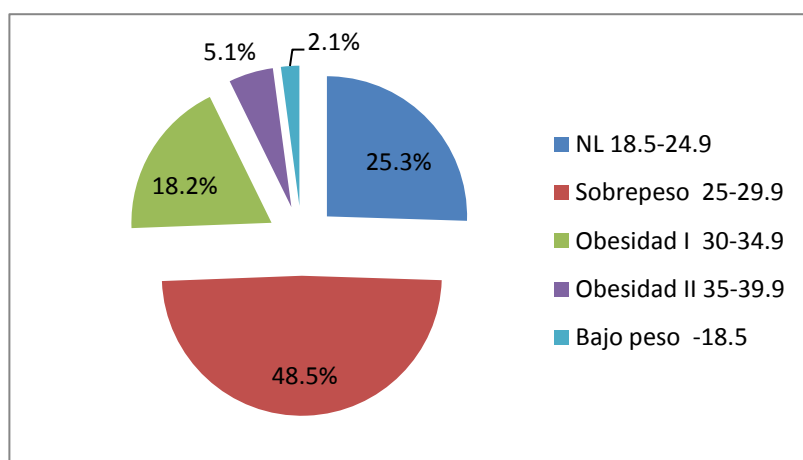
IMC de las mujeres con cáncer de mama.

VARIABLE		GRUPO				
		A	B	C	Total	
N =		43	32	23	99	
IMC	OMS	NL 18.5-24.9	32.6	31.3	4.2	25.3
		Sobrepeso 25-29.9	44.2	37.5	70.8	48.5
		Obesidad I 30-34.9	20.9	12.5	20.8	18.2
		Obesidad II 35-39.9	2.3	12.5	0	5.1
		Bajo peso	0.0	6.3	0.0	2.1

Descripción: De acuerdo con la tabla número 4, el Sobrepeso y la obesidad son el mayor porcentaje con un 71.8% de todos los casos, de lo contrario el Bajo peso solo estuvo presente con 2.1%.

Grafica No. 3

IMC de las mujeres con cáncer de mama.



Hábitos alimenticios:

Dentro de la exploración de la alimentación que llevan a cabo las participantes en este estudio, se encontró que existen hábitos alimenticios saludables y hábitos

alimenticios perjudiciales, como se muestra en las siguientes tablas representadas por medias.

Hábitos saludables

Hábitos saludables	Media
¿Consume alimentos de los cinco grupos?(frutas y verduras, cereales y leguminosas, carnes)	5.70
¿Consume alimentos que sean sanos y nutritivos?	6.06
¿Consume 5 porciones al día de frutas y verduras?	4.48
¿Come tres o más veces al día?	4.85
¿Bebe más de dos litros de agua al día?	4.72
Media hábitos saludables	5.16

La Media de los hábitos saludables fue de 5.16, esto quiere decir que por lo menos 5 días a la semana el total de las mujeres se alimentan correctamente.

Hábitos perjudiciales

Hábitos perjudiciales	Media
¿Consume café, refrescos, picante, otros?	1.94


¿Consume alimentos chatarra? (frituras, garnachas, dulces, etc.)	.97
¿Acostumbra comer en la calle?	1.03
Media hábitos saludables	1.31

Los hábitos perjudiciales obtuvieron una Media de 1.31, esto se refiere que el consumo de alimentos perjudiciales solo es de por lo menos 1 día a la semana.


Correlación de variables

Se realizaron pruebas de estadística inferencial, Rho de Spearman, para poder correlacionar los hábitos alimenticios con el IMC, donde se encuentran correlaciones estadísticamente significativas; algunas directamente proporcionales y otras inversamente proporcionales como se puede ver en el siguiente cuadro. Cabe mencionar que para poder ser estadísticamente significativas tiene que ser menor a $p < .05$.


Correlaciones

Consumo de café, refrescos picante, entre otros	 $p < .001$ 333	Acostumbra a comer en la calle
---	--	-----------------------------------


Existe una correlación directamente proporcional entre ambas variables, es decir a mayor consumo de café, refrescos, picante, entre otros, mayor consumo de alimentos en la calle.

Consumo de café, refrescos picante, entre otros	 $p < .022$ 230	Índice de Masa Corporal
---	--	-------------------------


Existe una correlación directamente proporcional entre ambas variables, es decir a mayor consumo de café, refrescos, picante, entre otros, mayor IMC.

Consume alimentos chatarra	 $p < .040$ 207	Acostumbra a comer en la calle
----------------------------	--	--------------------------------


Existe una correlación directamente proporcional entre ambas variables, es decir a mayor consumo de alimentos chatarra (frituras, garnachas, dulces, etc.) mayor consumo de alimentos en la calle.

Consume alimentos chatarra (frituras, garnachas, dulces, etc.)	 $p < .032$ 216	Índice de Masa Corporal
--	--	-------------------------

Existe una correlación directamente proporcional entre ambas variables, es decir a mayor consumo de alimentos chatarra (frituras, garnachas, dulces, etc.) mayor IMC.

Acostumbra comer en la calle.	 $p < .001$ 333	Consumo de café, refrescos picante, entre otros
-------------------------------	--	---

Existe una correlación directamente proporcional entre ambas variables, es decir a mayor consumo de alimentos chatarra (frituras, garnachas, dulces, etc.) mayor IMC.

Come tres o más veces al día	 $p < .022$ - 230	Consume alimentos chatarra (frituras, garnachas, dulces, etc.)
------------------------------	--	--

Existe una correlación inversamente proporcional entre ambas variables, es decir si come 3 o más veces al día, menos alimentos chatarra consume y viceversa.

DISCUSION

El sobrepeso y la obesidad son una epidemia no solo en el mundo sino también en nuestro país, esto acarrea una serie de enfermedades, entre ellas el cáncer de mama.

Los resultados de este estudio muestran una alta incidencia de sobrepeso y obesidad (71.8), esto coincide con lo reportado en ENSANUT 2006. En los últimos seis años la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el adulto ha aumentado 12% y tiene un patrón muy similar al de los mexicanos que viven en los Estados Unidos, que es uno de los grupos con mayor prevalencia, cercana al 70% tanto en hombres como mujeres.¹ Este factor en nuestro país es grave ya que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006), 39% de la población adulta sufre de sobrepeso y otro 30% de obesidad. La prevalencia de sobrepeso es más alta en hombres (42.5%) que en mujeres (37.4%), mientras que la prevalencia de obesidad es mayor en las mujeres (34.5%) que en los hombres (24.2%).²

La concentración de estrógenos tiene una relación directa con el índice de masa corporal (IMC), y el desarrollo de CaMa depende de estrógenos, endógenos y exógenos.³ Esto concuerda con lo ya mencionado donde se demostró una prevalencia significativa de sobrepeso y obesidad en la población de estudio.

La mayor concentración por edad en la cual se presentó el cáncer de mama en la población de estudio fue de los 40 a 49 años, aspecto que coincidió con lo reportado por Martínez JL. 2007. En sentido que en el país la mayor incidencia y

¹ García E, De la Llata M, Kaufer M, Tusié MT, Calzada R, Vázquez V, et al. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Archivos de cardiología de México. 2008; 78: 321.

² Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud, 2007, p.188.

³ Lee M M, Lin S S. Dietary Fat and Breast Cancer. Annu Rev Nut. 2000; 20: 221-48.

mortalidad ocurre en mujeres menores de 50 años, que son económicamente activas y en etapa reproductiva, por lo que el diagnóstico ocasiona devastadores efectos no sólo en la mujer sino en el núcleo familiar.

En esta investigación el lugar predominante de residencia de las pacientes es el Distrito Federal y zona Metropolitana eso da razón a que en México existe una alta incidencia de CaMa, particularmente en el Distrito Federal (mayor tasa de mortalidad 23.3), así como en las regiones norte y occidente del país.^{4,5}.

Otro hallazgo encontrado dentro de este estudio fue el consumo de alimentos perjudiciales por lo menos un día a la semana por parte de las pacientes. Existen investigaciones que confirman que el aumento en la incidencia de CaMa se relacione con el cambio en los estilos de vida y hábitos alimentarios. El alto consumo de lípidos e hidratos de carbono refinados, junto con el sedentarismo, que ha traído como consecuencia un aumento en el sobrepeso y la obesidad (mujeres 71.9% y hombres 66.7%)⁶.

4 Mujeres y Hombres de México 2006 (citada en 2008, octubre 25) 10: Disponible: www.inegi.gob.mx

5 Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández y cols. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (citada en 2006, oct 27) 1-132. Disponible en: www.insp.mx/ensanut/

6 Lee M M, Lin S S. Dietary Fat and Breast Cancer. *Annu Rev Nut.* 2000; 20: 221-48.

CONCLUSIONES

Los objetivos de esta investigación se cumplieron al 100% ya que pudo conocerse la prevalencia de sobrepeso y obesidad de un grupo determinado de mujeres con cáncer de mama, así como los hábitos alimenticios de ellas.

Por otra parte los resultados de esta investigación dejan en claro que el sobrepeso y la obesidad son padecimientos de cifras muy alarmantes en nuestro país, esto conlleva a una serie de enfermedades entre ellas el cáncer de mama, que ya ocupa el primer lugar de neoplasias en mujeres tanto en México como en el mundo. Así bien el daño no acaba ahí sino que la edad en que se presenta con mayor frecuencia este tipo de cáncer es entre los 40 -49 años, edad en que las mujeres son económicamente productivas y con una afectación directamente en el núcleo familiar.

En cuanto al tipo de alimentación consumida muestran inevitable el consumo de comida chatarra o con altos niveles de carbohidratos y grasas saturadas, ya que el solo hecho de asistir por lo menos una vez a la semana al hospital las orillas prácticamente a comer en la calle. Manifestando todas ellas la aprobación del consumo de todo tipo de alimentos por parte del personal de salud.

Para brindar una mejor orientación alimenticia, las enfermeras deben incluir en su rol de actividades una intervención educativa acerca del tipo de alimentación saludable que deben llevar a cabo las pacientes, por las consecuencias que el sobrepeso y la obesidad acarrear consigo no importando tener ya presente el cáncer de mama.

Actualmente los profesionales de salud, en este caso las enfermeras, no asumen la importancia sobre la orientación educativa acerca de una dieta saludable y la actividad física, hacia los usuarios de los servicios de salud, ya que así se podría evitar tantas enfermedades entre ellas como ya mencionábamos la neoplasia mamaria.

Actualmente en nuestro país existen programas sobre la prevención de la obesidad, pero no son llevados a cabo correctamente, hace falta más preparación de enfermeras cuya formación profesional debe comenzar desde las escuelas y facultades, hasta un compromiso con su profesión.

Como se pudo observar el sobrepeso y la obesidad están presentes en un alto porcentaje de las mujeres encuestadas en esta investigación, es por ello que debemos darle mayor importancia a este tipo de enfermedades, ya que la prevención podría disminuir la morbi-mortalidad del cáncer de mama.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Barnett, J. The relationship between obesity and breast cancer risk and mortality. Nutrition Reviews. ProQuest Nursing & Allied Health Source. 2003; 61, 2: 73-6.
- 2.- Bierman EL. Obesidad. En: Cecil Tratado de medicina interna. La Habana: Pueblo y Educación. 1984;15: 2030-9.
- 3.- Canún S. Genética y obesidad. Asociación de Medicina interna de México. 2000: 35-45.
- 4.- Bray G. The underlying basis for obesity: Relationship to cancer. The Journal of Nutrition. 2002; 132 (11S):3451-5.
- 5.- Contreras J. La obesidad: una perspectiva sociocultural. Nutrición y obesidad. 2002; 11(8):997-1001.
- 6.- Day G, Rose D. Breast Cancer and Obesity. Nutrition and cancer. 2003; 45(1):1–16.
- 7.- Feigelson H S, Henderson B E. Future possibilities in the prevention of breast cancer role of genetic variation in breast cancer prevention. Breast Cancer Res 2000; 2:277-82.
- 8.- Furberg AS, Veierød MB. Serum High-Density Lipoprotein Cholesterol, Metabolic Profile, and Breast Cancer Risk. Journal of the National Cancer Institute. ProQuest Nursing & Allied Health Source. 2004; 96(15): 1152-60.
- 9.- García E, De la Llata M, Kaufer M, Tusié MT, Calzada R, Vázquez V, et al. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Archivos de cardiología de Mexico. 2008; 78: 321.

- 10.- Huang Z, Hankinson SE, Cloditz GA, et al. Dual effects of weight and weight gain on breast cancer risk. *Journal of the American Medical Association* 1997; 278(17):1407–1411.
- 11.- Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Breast cancer in Mexico: a pressing priority. *Reproductive Health Matters*, 2008; 16(32).
OMS. Consultado 3 Septiembre 2009. [http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Organizaci%C3%B3n Mundial para la Salud&action=edit&redlink=1](http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Organizaci%C3%B3n_Mundial_para_la_Salud&action=edit&redlink=1)
- 12- Lee IM, Cook NR, Rexrode KM, Buring JE. Lifetime physical activity and risk of breast cancer. *British Journal of Cancer*. 2001; 85 (7): 962–965.
- 13.- Lee M M, Lin S S. Dietary Fat and Breast Cancer. *Annu Rev Nut* 2000; 20: 221-48.
- 14.- López JC, Brito GX, González J. Concepto, definición y diagnóstico de la obesidad. *Temas de Medicina Interna, Obesidad*. 2000: 1-13.
- 15.- Lozano, Knaul, Gómez Dantés, Arreola-Ornelas y Méndez, 2008. “Tendencias en la mortalidad por cáncer de mama en México, 1979-2006”. *Observatorio de la Salud*. Documento de trabajo. *Competitividad y Salud*, Fundación Mexicana para la Salud.
- 16.- Martínez JL. Cáncer de mama. *Boletín de práctica médica efectiva PME*. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. 2007:1-6.
- 17.- Moreno B, Monereo S, Álvarez J. La obesidad en el tercer milenio. *Editorial Medica Panamericana*. *Sociedad Española para el Estudio De la Obesidad (SEEDO)*. 2005; 3: 115-149.

- 18.- Mortalidad por Cáncer de Mama. La Salud y El Sistema de Atención (citada en 2008, noviembre 6) Disponible en: www.evaluacion.salud.gob.mx/saludmex2004/sm2004.htm
- 19.- Mujeres y Hombres de México 2006 (citada en 2008, octubre 25) 10: Disponible: www.inegi.gob.mx
- 20.- National Health, Lung and Blood Institute Clinical Guidelines on the identifications , evaluations and treatment of overweight and obesity in adult. The evidence report. Obes Res. 1998;6 (suppl 2): S 51- S 290.
- 21.- O'Brien P O, Dixon J. The extent of the problem of obesity. Am J of Surg. 2002; 184(6):s4-s8.
- 22.- Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández y cols. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (citada en 2006, oct 27) 1-132. Disponible en: www.insp.mx/ensanut/
- 23.- Peña M, Ballao J. La obesidad en la pobreza, un nuevo reto para la salud pública. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2000; 576:9-10.
- 24.- Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud, 2007, p.188.
- 25.- Renehan A, Tyson M, Egger M, Heller R, Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. The Lancet. 2008 Feb 22; 371 (9612):569, 10.

- 26.- Riboli E, Norat T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. *Am J of Clin Nut* 2003; (suppl) 78:559–69.
- 27.- Rodríguez LE. Obesidad: fisiología, etiopatogenia y fisiopatología. Hospital Docente "Calixto García". *Revista Cubana Endocrinología*. 2003; 14(2):1-13.
- 28.- Rossner S. Obesity, the disease of 21th century. *Int J Obes* 2002;26(suppl 4): S2-S4.
- 29.- Rubio M A. ¿Debemos incluir la determinación de resistin en la práctica clínica? *Endocrinología* 2003; 50(3):91-3.
- 30.- Sánchez CP, Pichardo E, López P. Epidemiología de la obesidad. Medigraphic. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. 2004; 140 (2): S3-S20.
- 31.- Stephenson G., Rose D. Breast Cancer and Obesity: An Update. *Nutrition and Cancer* 2003; 45(1):2-17.
- 32.- Thomas HV, Key TJ, Allen DS. Re: reversal of relation between body mass and endogenous estrogen concentrations with menopausal status. *J Natl Cancer Inst* 1997; 89:396-8.
- 33.- Vanrell MC, Maselli ME, Recalde GM, Di Milta A, López CM, Pérez R, López JD. Influencia de la obesidad sobre el desarrollo del cáncer. *Revista Medica Universitaria: Facultad de Ciencias Medicas*. 2008; 1(4):1-5.
- 34.- Wenten M, Gilliland FD, Baumgartner K, Samet JM. Associations of weight, weight change, and body mass with breast cancer risk in Hispanic and non-Hispanic white women. *Annals of Epidemiology*. 2002; 12(6):435–444.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO 2

CARTA DE INFORMACIÓN A LA PACIENTE PARA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Título de la investigación: **Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama.**

Nombre del investigador principal: Maestra Sofía Elena Pérez Zumano
Teléfono: 56 55 13 42 ext. 294 Celular: 044 55 18 17 92 08

Le invitamos a participar en una investigación.

Estamos trabajando con mujeres que como usted, han sido diagnosticadas con cáncer de mama en este hospital, para ayudarlas a enfrentar con el apoyo de su familia, los diversos ajustes que tienen que hacer debido a la enfermedad en su vida personal, familiar y social, para favorecer conductas positivas de salud.

¿En que consiste su participación en el estudio?

Si usted acepta, lo primero que tendrá que hacer es contestar un cuestionario, enseguida le entregaremos unos cuadernillos con información sobre el cáncer de mama y los cuidados que ud. debe tener para aliviar sus síntomas, así como algunas recomendaciones para favorecer el apoyo familiar y el afrontamiento de ud. ante la enfermedad. Es muy importante que lea cada uno de los cuadernillos que se le darán y los comparta con su familia. Nosotros le llamaremos por teléfono para acordar con ud. el día y la hora en que pueda resolverlo, trataremos que sea el mismo día en que ud. asistirá al hospital. Será necesario que ud. nos conteste el cuestionario en 3 ocasiones, con un mes de diferencia entre uno y otro.

Su participación es **voluntaria**, es decir, usted puede o no aceptar. Si usted no acepta, esto no influirá de ninguna manera sobre la atención que esta recibiendo.

¿Qué beneficios tendré por participar?

El principal beneficio será que al llevar a cabo las recomendaciones que se le dan en los cuadernillos y junto con el apoyo familiar recibido ud. podrá contar con mejores herramientas para hacer frente a los cambios que se presentan con la enfermedad.

¿Existe algún riesgo por participar en este estudio?

No. La información de los cuadernillos ha sido cuidadosamente preparada con la intención de ayudarle a hacer frente a la enfermedad.

¿Qué se hará con la información que ud. nos proporcione?

Nada de lo que usted nos diga va a quedar en su expediente, no lo sabrán sus médicos, ni trabajo social, ni **NADIE** de este hospital excepto nosotros como investigadores. Cuando finalicen las sesiones, la información obtenida de los cuestionarios podrá ser presentada ante otros profesionales o publicada en material científico, pero **SU NOMBRE NO SERÁ REVELADO NUNCA**

PREGUNTAS

¿Quiere hacernos alguna pregunta?

Todas las dudas que tenga durante o después de las sesiones, las podrá aclarar con las investigadoras. También puede contactar al representante del Comité de Ética del Instituto Dr. Juan W. Zinser Sierra.

Av. San Fernando No. 22, Col. Sección XVI Del. Tlalpan, México D. F. 14080, Teléfono 56280429 ext. 180

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO 3

CARTA DE INFORMACIÓN A LA PACIENTE PARA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Titulo de la investigación: **Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama.**

Nombre del investigador principal: Maestra Sofía Elena Pérez Zumano
Teléfono: 56 55 13 42 ext. 294 Celular: 044 55 18 17 92 08

Le invitamos a participar en una investigación.

Estamos trabajando con mujeres que como usted, han sido diagnosticadas con cáncer de mama en este hospital, para ayudarlas a enfrentar con el apoyo de su familia, los diversos ajustes que tienen que hacer debido a la enfermedad en su vida personal, familiar y social, para favorecer conductas positivas de salud.

¿En que consiste su participación en el estudio?

Si usted acepta, lo único que le vamos a pedir es contestar un cuestionario, nosotros le llamaremos por teléfono para acordar con ud. el día y la hora en que pueda resolverlo, trataremos que sea el mismo día en que ud. asistirá al hospital. Será necesario que ud. nos conteste el cuestionario en 3 ocasiones, con un mes de diferencia entre uno y otro.

Su participación es **voluntaria**, es decir, usted puede o no aceptar. Si usted no acepta, esto no influirá de ninguna manera sobre la atención que esta recibiendo.

¿Qué beneficios tendré por participar?

El principal beneficio será para otras mujeres en el futuro que, como usted, busquen atención médica, de enfermería y apoyo por parte de su familia para afrontar los cambios que origina la enfermedad.

¿Existe algún riesgo por participar en este estudio?

No. El cuestionario ha sido cuidadosamente elaborado para recabar información que nos permita ofrecer diversas opciones de cuidado a las mujeres con cáncer de mama.

¿Qué se hará con la información que ud. nos proporcione?

Nada de lo que usted nos diga va a quedar en su expediente, no lo sabrán sus médicos, ni trabajo social, ni **NADIE** de este hospital excepto nosotros como investigadores. La información obtenida de los cuestionarios podrá ser presentada ante otros profesionales o publicada en material científico, pero **SU NOMBRE NO SERÁ REVELADO NUNCA**

PREGUNTAS

¿Quiere hacerme alguna pregunta?

Todas las dudas que tenga durante o después de la entrevista, las podrá aclarar con las investigadoras. También puede contactar al representante del Comité de Ética del Instituto. Dr. Juan W. Zinser Sierra

Av. San Fernando No. 22, Col. Sección XVI Del. Tlalpan, México D. F. 14080, Teléfono 56280429 ext. 180

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO 1

CARTA DE INFORMACIÓN A LA PACIENTE PARA INTERVENCIÓN EDUCATIVA Titulo de la investigación: **Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama.**

Nombre del investigador principal: Maestra Sofía Elena Pérez Zumano
Teléfono: 56 55 13 42 ext. 294 Celular: 044 55 18 17 92 08

Le invitamos a participar en una investigación.

Estamos trabajando con mujeres que como usted, han sido diagnosticadas con cáncer de mama en este hospital, para ayudarlas a enfrentar con el apoyo de su familia, los diversos ajustes que tienen que hacer debido a la enfermedad en su vida personal, familiar y social, para favorecer conductas positivas de salud.

¿En que consiste su participación en el estudio?

Si usted acepta, primero le pediremos que conteste un cuestionario, enseguida que asista a un curso en el que de manera grupal a ud y su familiar se les darán algunas recomendaciones para facilitar su adaptación a la situación de salud que está viviendo. Además le entregaremos unos cuadernillos con información sobre el cáncer de mama y los cuidados que ud. debe tener para aliviar sus síntomas, así como algunas sugerencias para favorecer el apoyo familiar y el afrontamiento de ud. ante la enfermedad. Es muy importante que lea cada uno de los cuadernillos que se le darán y los comparta con su familia.

El curso durará un promedio de 12 horas repartidas en 4 sesiones, ud. puede elegir el día de la semana que puede asistir al curso, si por ejemplo tiene posibilidades de asistir el martes tendrá que venir al hospital 4 martes seguidos independientemente de sus consultas. Cabe señalar que si ese día ud. tuviera la consulta su médico y enfermera estarán enterados de su participación en el curso y no tendrá ud. ningún problema de recibir su consulta una vez terminada la sesión educativa. Los días disponibles para tomar el curso serán de lunes a jueves de 9 a 12 horas.

Su participación es **voluntaria**, es decir, usted puede o no aceptar. Si usted no acepta, esto no influirá de ninguna manera sobre la atención que esta recibiendo.

¿Qué beneficios tendré por participar?

El principal beneficio será que al llevar a cabo las recomendaciones que se le den y junto con el apoyo familiar recibido, ud. podrá contar con mejores herramientas para hacer frente a los cambios que se presentan con la enfermedad.

Cualquier duda que ud. tenga sobre el funcionamiento del hospital, los contenidos de las sesiones educativas o alguna otra que se relacione con su tratamiento, podrá resolverla con los responsables de las sesiones, a quienes se puede acercar con plena confianza.

¿Existe algún riesgo por participar en este estudio?

No. Las sesiones y los cuadernillos han sido cuidadosamente preparadas con la intención de ayudarle a hacer frente a la enfermedad.

¿Qué se hará con la información que ud. nos proporcione?

Nada de lo que usted nos diga va a quedar en su expediente, no lo sabrán sus médicos, ni trabajo social, ni **NADIE** de este hospital excepto nosotros como investigadores. Cuando finalicen las sesiones, la información obtenida de los cuestionarios podrá ser presentada ante otros profesionales o publicada en material científico, pero SU NOMBRE NO SERÁ REVELADO NUNCA.

PREGUNTAS

¿Quiere hacernos alguna pregunta?

Todas las dudas que tenga durante o después de las sesiones, las podrá aclarar con las investigadoras. También puede contactar al representante del Comité de Ética del Instituto. Dr. Juan W. Zinser Sierra
Av. San Fernando No. 22, Col. Sección XVI Del. Tlalpan, México D. F. 14080, Teléfono 56280429 ext. 180

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO 2

CARTA DE INFORMACIÓN A LA PACIENTE PARA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Título de la investigación: **Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama.**

Nombre del investigador principal: Maestra Sofía Elena Pérez Zumano

Teléfono: 56 55 13 42 ext. 294 Celular: 044 55 18 17 92 08

Le invitamos a participar en una investigación.

Estamos trabajando con mujeres que como usted, han sido diagnosticadas con cáncer de mama en este hospital, para ayudarlas a enfrentar con el apoyo de su familia, los diversos ajustes que tienen que hacer debido a la enfermedad en su vida personal, familiar y social, para favorecer conductas positivas de salud.

¿En que consiste su participación en el estudio?

Si usted acepta, lo primero que tendrá que hacer es contestar un cuestionario, enseguida le entregaremos unos cuadernillos con información sobre el cáncer de mama y los cuidados que ud. debe tener para aliviar sus síntomas, así como algunas recomendaciones para favorecer el apoyo familiar y el afrontamiento de ud. ante la enfermedad. Es muy importante que lea cada uno de los cuadernillos que se le darán y los comparta con su familia. Nosotros le llamaremos por teléfono para acordar con ud. el día y la hora en que pueda resolverlo, trataremos que sea el mismo día en que ud. asistirá al hospital. Será necesario que ud. nos conteste el cuestionario en 3 ocasiones, con un mes de diferencia entre uno y otro.

Su participación es **voluntaria**, es decir, usted puede o no aceptar. Si usted no acepta, esto no influirá de ninguna manera sobre la atención que esta recibiendo.

¿Qué beneficios tendrá por participar?

El principal beneficio será que al llevar a cabo las recomendaciones que se le dan en los cuadernillos y junto con el apoyo familiar recibido ud. podrá contar con mejores herramientas para hacer frente a los cambios que se presentan con la enfermedad.

¿Existe algún riesgo por participar en este estudio?

No. La información de los cuadernillos ha sido cuidadosamente preparada con la intención de ayudarle a hacer frente a la enfermedad.

¿Qué se hará con la información que ud. nos proporcione?

Nada de lo que usted nos diga va a quedar en su expediente, no lo sabrán sus médicos, ni trabajo social, ni **NADIE** de este hospital excepto nosotros como investigadores. Cuando finalicen las sesiones, la información obtenida de los cuestionarios podrá ser presentada ante otros profesionales o publicada en material científico, pero **SU NOMBRE NO SERÁ REVELADO NUNCA**

PREGUNTAS

¿Quiere hacernos alguna pregunta?

Todas las dudas que tenga durante o después de las sesiones, las podrá aclarar con las investigadoras. También puede contactar al representante del Comité de Ética del Instituto Dr. Juan W. Zinser Sierra.

Av. San Fernando No. 22, Col. Sección XVI Del. Tlalpan, México D. F. 14080, Teléfono 56280429 ext. 180

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama.

Este estudio me fue ampliamente explicado por la investigadora y se me contestaron todas mis preguntas: Recibí una copia de esta carta de información. Estoy de acuerdo en responder los cuestionarios y participar en las sesiones educativas y se que la información derivada de mi participación será usada para fines de investigación.

Entiendo que mi nombre no se dará a conocer y que todo lo que diga será confidencial.

_____ Nombre de la participante	_____ Fecha	_____ Firma
_____ Nombre de primer testigo	_____ Fecha	_____ Firma

Relación con la participante

Dirección de primer testigo:

_____ Nombre de segundo testigo	_____ Fecha	_____ Firma
---	-----------------------	-----------------------

Relación con la participante

Dirección de segundo testigo:

Considero que la persona que ha firmado el formato entiende su participación en este estudio y voluntariamente expresa su conformidad.

_____ Nombre del investigador	_____ Fecha	_____ Firma
---	-----------------------	-----------------------

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO 3

CARTA DE INFORMACIÓN A LA PACIENTE PARA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Titulo de la investigación: **Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama.**

Nombre del investigador principal: Maestra Sofia Elena Pérez Zumano

Teléfono: 56 55 13 42 ext. 294 Celular: 044 55 18 17 92 08

Le invitamos a participar en una investigación.

Estamos trabajando con mujeres que como usted, han sido diagnosticadas con cáncer de mama en este hospital, para ayudarlas a enfrentar con el apoyo de su familia, los diversos ajustes que tienen que hacer debido a la enfermedad en su vida personal, familiar y social, para favorecer conductas positivas de salud.

¿En que consiste su participación en el estudio?

Si usted acepta, lo único que le vamos a pedir es contestar un cuestionario, nosotros le llamaremos por teléfono para acordar con ud. el día y la hora en que pueda resolverlo, trataremos que sea el mismo día en que ud. asistirá al hospital. Será necesario que ud. nos conteste el cuestionario en 3 ocasiones, con un mes de diferencia entre uno y otro.

Su participación es **voluntaria**, es decir, usted puede o no aceptar. Si usted no acepta, esto no influirá de ninguna manera sobre la atención que esta recibiendo.

¿Qué beneficios tendré por participar?

El principal beneficio será para otras mujeres en el futuro que, como usted, busquen atención médica, de enfermería y apoyo por parte de su familia para afrontar los cambios que origina la enfermedad.

¿Existe algún riesgo por participar en este estudio?

No. El cuestionario ha sido cuidadosamente elaborado para recabar información que nos permita ofrecer diversas opciones de cuidado a las mujeres con cáncer de mama.

¿Qué se hará con la información que ud. nos proporcione?

Nada de lo que usted nos diga va a quedar en su expediente, no lo sabrán sus médicos, ni trabajo social, ni **NADIE** de este hospital excepto nosotros como investigadores. La información obtenida de los cuestionarios podrá ser presentada ante otros profesionales o publicada en material científico, pero **SU NOMBRE NO SERÁ REVELADO NUNCA**

PREGUNTAS

¿Quiere hacerme alguna pregunta?

Todas las dudas que tenga durante o después de la entrevista, las podrá aclarar con las investigadoras. También puede contactar al representante del Comité de Ética del Instituto. Dr. Juan W. Zinser Sierra

Av. San Fernando No. 22, Col. Sección XVI Del. Tlalpan, México D. F. 14080, Teléfono 56280429 ext. 180

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Impacto del apoyo familiar y la personalidad en las respuestas adaptativas de cuidado en mujeres con cáncer de mama.

Este estudio me fue ampliamente explicado por la investigadora y se me contestaron todas mis preguntas: Recibí una copia de esta carta de información. Estoy de acuerdo en responder los cuestionarios y se que la información derivada de mi participación será usada para fines de investigación.

Entiendo que mi nombre no se dará a conocer y que todo lo que diga será confidencial.

Nombre de la participante **Fecha** **Firma**

Nombre de primer testigo **Fecha** **Firma**

Relación con la participante

Dirección de primer testigo:

Nombre de segundo testigo **Fecha** **Firma**

Relación con la participante

Dirección de segundo testigo:

Considero que la persona que ha firmado el formato entiende su participación en este estudio y voluntariamente expresa su conformidad.

Nombre del investigador **Fecha** **Firma**



Folio _____ Encuestador _____ Lugar de aplicación _____

INSTRUCCIONES

Este cuestionario forma parte de un estudio que se realiza con la Facultad de Medicina, la Escuela Nacional de Enfermería de Obstetricia de la UNAM y el Instituto Nacional de Cancerología, cuya intención es obtener mayor información con respecto a diferentes aspectos relacionados al cáncer de mama.

Para que este estudio resulte provechoso, es muy importante que responda todas las preguntas con mucha atención y la mayor sinceridad posible. La información que se brinde a través de este cuestionario, es completamente confidencial y de uso exclusivo para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

Lea con atención cada una de las indicaciones que se muestran al inicio de cada sección de preguntas y seleccione la respuesta según sea su situación.

En algunas secciones se requerirá que tan solo seleccione una opción de respuesta, pero en otras podrá seleccionar más de una opción, es por eso que le pedimos, lea con atención cada instrucción.

Si su respuesta no se encuentra en las diferentes opciones que se le presentamos o tiene alguna duda, por favor indíquelo al encuestador.

Marque con una X la respuesta a las siguientes preguntas.

1. ¿Qué edad tiene? _____	2. Peso _____	3. Estatura _____
4. Estado civil	5. Escolaridad	6. Lugar de residencia
Soltera ()	Primaria ()	DF ()
Casada ()	Secundaria ()	Estado de México ()
Divorciada ()	Bachillerato ()	Otro ()
Viuda ()	Licenciatura ()	
Separada ()	Carrera técnica ()	
Unión libre ()	Ninguna ()	
Otro (especifique) ()		

7. Actualmente tiene pareja	8. ¿Vive con su pareja?	9. Ocupación
Sí () No ()	Sí () No ()	Trabaja ()
		Ama de casa ()
		y trabaja ()
10. ¿Alguno de sus familiares tuvo o tiene cáncer de mamá?		11. Tiempo en meses, de haber sido usted diagnosticada
Sí () (especifique quién) _____		_____
No ()		
12. ¿El personal de salud le informo el tipo de cáncer que tiene?	Sí ()	No ()
13. ¿El lenguaje que utilizaron fue comprensible para usted?	Sí ()	No ()
14. Escriba el diagnóstico que le dieron	_____	
15. ¿Padece otra enfermedad además del cáncer?	Sí ()	No ()

16. Señale el tipo de tratamiento que ha recibido desde el diagnóstico de cáncer de mama(puede marcar más de una opción)		
a) Quimioterapia	Sí ()	No ()
b) Cirugía	Sí ()	No ()
c) Radioterapia	Sí ()	No ()
d) Hormonoterapia	Sí ()	No ()
e) Terapia Monoclonal (Protocolo)	Sí ()	No ()
f) Tratamiento Alternativo (jugos, té, complementos alimenticios, etc.)	Sí ()	No ()

17. Señale el tipo de tratamiento que esta recibiendo actualmente (puede marcar más de una opción)		
a) Quimioterapia	Sí ()	No ()
b) Cirugía	Sí ()	No ()
c) Radioterapia	Sí ()	No ()
d) Hormonoterapia	Sí ()	No ()
e) Terapia Monoclonal (Protocolo)	Sí ()	No ()
f) Tratamiento Alternativo (jugos, té, complementos alimenticios, etc.)	Sí ()	No ()

Marque con una **X** la respuesta que mejor defina su situación.

18. Durante el diagnóstico y tratamiento hasta este momento de su enfermedad, su familia....	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
	5	4	3	2	1
a) ¿Muestra interés en escuchar sus sentimientos, preocupaciones o necesidades?	()	()	()	()	()
b) ¿Le ha mostrado mayor unión o convivencia?	()	()	()	()	()
c) ¿Le ha manifestado fastidio o cansancio?	()	()	()	()	()
d) ¿La sobreprotege?	()	()	()	()	()
e) ¿Le ha manifestado falta de apoyo?	()	()	()	()	()
f) ¿Le ha brindado apoyo en momentos difíciles?	()	()	()	()	()
g) ¿Ha mostrado interés en saber más sobre su enfermedad?	()	()	()	()	()
h) ¿Mantiene con Ud. una comunicación clara y abierta?	()	()	()	()	()
i) ¿Participa en algún grupo de apoyo?	()	()	()	()	()
j) ¿La escucha cuando Ud. tiene necesidad de hablar?	()	()	()	()	()
k) ¿Respeto su decisión cuando Ud. no desea hablar?	()	()	()	()	()
l) ¿Le acompaña a realizarse los estudios correspondientes?	()	()	()	()	()
m) ¿Le acompaña a sus visitas con el especialista?	()	()	()	()	()
n) ¿Le acompaña a las sesiones de tratamiento?	()	()	()	()	()
ñ) ¿Le ayuda a cumplir con la dieta que se le recomienda?	()	()	()	()	()
o) ¿Le ayuda a cumplir con los ejercicios que el especialista le recomienda?	()	()	()	()	()
p) ¿Le recuerda tomar sus medicamentos?	()	()	()	()	()
q) ¿Le recuerda las citas programadas para el tratamiento?	()	()	()	()	()
r) ¿Le ayuda con las labores domésticas?	()	()	()	()	()
s) ¿Le ayuda económicamente?	()	()	()	()	()
t) ¿Le ayuda en sus curaciones?	()	()	()	()	()
u) ¿Le ayuda a realizar actividades que para usted eran cotidianas?	()	()	()	()	()
v) ¿Le ayuda a su cuidado personal (baño, vestido)?	()	()	()	()	()
w) ¿Le ayuda a aliviar los síntomas?	()	()	()	()	()
x) ¿Le ayuda a concentrarse en experiencias positivas?	()	()	()	()	()
y) ¿Respetan su decisión en cuanto al número de visitas que usted quiere recibir?	()	()	()	()	()
z) ¿Alguien le expreso que estaría siempre cerca de Usted si necesitara ayuda?	()	()	()	()	()

aa) ¿Le ayuda a hablar de diversos temas además de la enfermedad?	()	()	()	()	()
bb) ¿Ha mostrado interés en su recuperación?	()	()	()	()	()
cc) ¿Se reúnen como familia para hacer actividades divertidas? (ver películas, jugar juegos de mesa)	()	()	()	()	()
dd) ¿Le dan la confianza de expresarse con libertad?	()	()	()	()	()
ee) ¿Le expresan su amor? (palabras, abrazos, besos, y caricias)	()	()	()	()	()

Si tiene hijos pequeños (menores de 12 años)

dd) ¿Alguien ha realizado las actividades que usted hace para ellos cuando va al hospital para recibir consulta o tratamiento?	Siempre 5	Casi siempre 4	Algunas veces 3	Casi nunca 2	Nunca 1
	()	()	()	()	()

19. El tipo de apoyo que ha recibido de su familia, durante el proceso de tratamiento de la enfermedad es... Puede marcar más de una opción	Siempre 5	Casi siempre 4	Algunas veces 3	Casi nunca 2	Nunca 1
a. Apoyo físico	()	()	()	()	()
b. Apoyo emocional	()	()	()	()	()
c. Apoyo económico	()	()	()	()	()
d. Apoyo moral	()	()	()	()	()
e. Apoyo espiritual	()	()	()	()	()
f. Otro (especifique) _____	()	()	()	()	()

20. ¿Usted forma parte de algún grupo de apoyo?	Sí ()	No ()
---	--------	--------

21. Anote 3 personas (parentesco) que usted identifique le han ofrecido más “apoyo” desde el diagnóstico de cáncer de mama hasta el momento actual. (En orden de importancia)
1. _____
2. _____
3. _____

22. Anote quien es su **principal cuidador** (parentesco) _____

23. Alguno de los siguientes aspectos que se han visto más afectados al interior de su familia por su enfermedad?	Nada	Poco	Regular	Mucho
a. Económico	()	()	()	()
b. Moral	()	()	()	()
c. Emocional	()	()	()	()
d. Físico	()	()	()	()
e. Espiritual / religioso	()	()	()	()
f. Otro (especifique) _____	()	()	()	()

24. En la siguiente tabla se enlistan una serie de síntomas que puede presentar como efecto de la quimioterapia. **Marque con una X los síntomas que Ud. ha presentado.** Independientemente de que presente o no el síntoma, señale en las opciones de respuesta (siempre, algunas veces, nunca) ¿con qué frecuencia **conoce o sabe** Ud. qué hacer en esos casos?

	SI	NO	Sabe Ud. qué hacer en caso de presentarlo		
			Siempre	Algunas veces	Nunca
Náusea	()	()	()	()	()
Vómito	()	()	()	()	()
Dolor o ulceraciones en la boca	()	()	()	()	()
Problemas para tragar	()	()	()	()	()
Ardor en el estómago	()	()	()	()	()
Estreñimiento	()	()	()	()	()
Diarrea	()	()	()	()	()
Fatiga	()	()	()	()	()
Problemas para respirar	()	()	()	()	()
Cambios en el Sueño	()	()	()	()	()
Sangrado repentino sin causa aparente (de nariz, encías, moretones)	()	()	()	()	()
Problemas en la piel	()	()	()	()	()
Problemas en las uñas	()	()	()	()	()
Dolor en la región del catéter	()	()	()	()	()
Alteración en los líquidos de tu cuerpo (Ressequedad de la boca deshidratación, retención de líquidos)	()	()	()	()	()
Dificultad para abrocharse la ropa, para caminar o mantener el equilibrio	()	()	()	()	()
Problemas con la memoria, como no encontrar palabras para expresar una idea	()	()	()	()	()
Confusión mental	()	()	()	()	()
Depresión	()	()	()	()	()
Aumento de la sensibilidad del olfato	()	()	()	()	()
Pérdida del sabor de la comida	()	()	()	()	()
Dolor de cabeza	()	()	()	()	()
Alteraciones en la menstruación	()	()	()	()	()
Bochornos	()	()	()	()	()

25. En caso de haber sido sometida a cirugía de mama, conteste las siguientes preguntas:

¿Ha presentado los siguientes síntomas?	SI	NO	Sabe Ud. qué hacer en caso de presentar		
			Siempre	Algunas veces	Nunca
Dolor en el brazo	()	()	()	()	()
Limitación de la movilidad	()	()	()	()	()
Hinchazón en el brazo	()	()	()	()	()

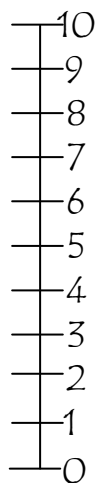
26. En caso de haber recibido radioterapia, conteste las siguientes preguntas.

¿Ha presentado los siguientes síntomas?	SI	NO	Sabe Ud. qué hacer en caso de presentar		
			Siempre	Algunas veces	Nunca
Cambios en la piel del área tratada	()	()	()	()	()
Problemas para tragar	()	()	()	()	()
Hinchazón del seno	()	()	()	()	()
Cansancio	()	()	()	()	()

27. Durante su tratamiento cuantos días a la semana, usted...	Días a la semana							
	0	1	2	3	4	5	6	7
¿Consume alimentos de los cinco grupos? (frutas y verduras, cereales y leguminosas, carnes)	()	()	()	()	()	()	()	()
¿Consume alimentos que sean sanos y nutritivos?	()	()	()	()	()	()	()	()
¿Consume café, refrescos, picante, otros?	()	()	()	()	()	()	()	()
¿Consume alimentos chatarra? (frituras, garnachas, dulces, etc.)	()	()	()	()	()	()	()	()
¿Acostumbra comer en la calle?	()	()	()	()	()	()	()	()
¿Consume 5 porciones al día de frutas y verduras?	()	()	()	()	()	()	()	()
¿Come tres o más veces al día?	()	()	()	()	()	()	()	()
¿Bebe más de dos litros de agua al día?	()	()	()	()	()	()	()	()
¿Realiza 30 minutos de ejercicio diario?	()	()	()	()	()	()	()	()

28. Marque el número (del 0 al 10) que mejor describa cuánto **estrés** ha experimentado **durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy**.

Mayor estrés



Menor estrés

29. Desde el momento del diagnóstico de su enfermedad hasta este momento, ¿percibe un crecimiento o desarrollo en las siguientes áreas de su vida?	Mucho	Regular	Poco	Nada
	4	3	2	1
Emocional	()	()	()	()
Social	()	()	()	()
Espiritual	()	()	()	()
Familiar	()	()	()	()
Personal	()	()	()	()
Moral	()	()	()	()
Otro (especifique) _____	()	()	()	()

Para afrontar el cáncer de mama es necesario recurrir a ciertas conductas que ayuden a mejorar su situación, Por favor marque con una **X** el número que esté más cercano a la forma como usted se comportaría.

“CUANDO VIVO UN PROBLEMA, Ó UNA DIFICULTAD EXTREMA, YO.....”	Nunca 1	Rara Vez 2	Algunas Veces 3	Siempre 4
1. Puedo seguir muchos caminos al mismo tiempo, aun en una crisis.	()	()	()	()
2. Generalmente se me ocurre una nueva solución para cada nuevo problema.	()	()	()	()
3. Reconozco el problema, y trato de comprenderlo en su totalidad.	()	()	()	()
4. Reúno la mayor cantidad de información que me sea posible para aumentar mis opciones.	()	()	()	()
5. Comúnmente tengo dificultad para terminar tareas o proyectos.	()	()	()	()
6. Trato de recordar las soluciones que me han servido en el pasado.	()	()	()	()
7. Generalmente, trato de que todo salga como yo quiero.	()	()	()	()
8. No puedo pensar si no únicamente en lo que me esta molestando.	()	()	()	()
9. Me siento bien al saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo.	()	()	()	()
10. Identifico como quiero que sea el resultado de la situación y después veo como lo lograre.	()	()	()	()
11. Soy menos eficiente cuando estoy bajo estrés.	()	()	()	()
12. Me tomo todo el tiempo que sea necesario y no hago nada hasta que conozco bien la situación.	()	()	()	()
13. Siento que esta situación es demasiado compleja, para que yo la pueda manejar.	()	()	()	()
14. Pienso en el problema cuidadosamente, paso a paso.	()	()	()	()
15. Siento que comienzo a actuar más lentamente sin razón aparente.	()	()	()	()
16. Me esfuerzo en orientar mis sentimientos para crear una propuesta positiva.	()	()	()	()
17. Me pongo alerta y activa todo el día, mientras dura la crisis.	()	()	()	()
18. No me dejo llevar por mis sentimientos y me vuelvo más objetiva con la situación.	()	()	()	()
19. mantengo mis ojos y oídos bien abiertos para cualquier cosa relacionada con la situación.	()	()	()	()
20. Tiendo a exagerar mis reacciones al principio de la situación.	()	()	()	()
21. Recuerdo lo que me ayudo con experiencias pasadas	()	()	()	()
22. Pongo al evento de frente, viéndolo como en realidad es.	()	()	()	()
23. Me paralizó y siento confusión por lo menos por un momento.	()	()	()	()
24. Me cuesta trabajo decir cual es el verdadero problema.	()	()	()	()
25. Soy buena para manejar problemas complicados.	()	()	()	()
26. Trato de conseguir más recursos para enfrentar mejor la situación.	()	()	()	()
27. Puedo desenvolverme mejor que la mayoría de las personas cuando tengo que ir a lugares desconocidos.	()	()	()	()
28. Uso mi sentido del humor para manejar mejor la situación.	()	()	()	()
29. Estoy dispuesta a realizar cambios totales en mi vida con tal de salir de la crisis.	()	()	()	()
30. Trato de mantener equilibrio entre la actividad y el descanso.	()	()	()	()
31. Soy más eficiente bajo estrés.	()	()	()	()
32. Puedo relacionar lo que esta sucediendo con mis experiencias pasadas o si no también, relacionarlo con los planes futuros.	()	()	()	()
33. Tiendo a culparme por cualquier dificultad que me ocurra.	()	()	()	()

34. Trato de ser creativo y proponer nuevas soluciones.	()	()	()	()
35. No obtengo ningún beneficio de mis experiencias pasadas.	()	()	()	()
36. Aprendo de las soluciones que les han funcionado a otras personas.	()	()	()	()
37. Veo la situación de manera positiva, como si esta fuera una oportunidad ó un cambio.	()	()	()	()
38. Imagino una gran cantidad de soluciones para resolver la situación, incluso hasta las más difíciles de llevar acabo.	()	()	()	()
39. Siento cambios en mi actividad física.	()	()	()	()
40. Domino la situación analizando rápidamente los detalles, mientras estos van ocurriendo.	()	()	()	()
41. Trato de tener todo claro antes de hacer cualquier cosa.	()	()	()	()
42. Tiendo a enfrentar la crisis de inmediato.	()	()	()	()
43. Siento que me enfermo de inmediato.	()	()	()	()
44. Adopto rápidamente alguna nueva tactica, siempre y cuando resuelva la situacion.	()	()	()	()
45. A menudo me rindo fácilmente.	()	()	()	()
46. Desarrollo un plan con varios pasos para enfrentar la situación	()	()	()	()
47. Siento que me hago muchas ilusiones de cómo resultarán las cosas.	()	()	()	()

LE AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN

MUCHAS GRACIAS