

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

"CREENCIAS IRRACIONALES Y SU RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DE LA FEMINIDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER MAMARIO DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA TUNGURAHUA"

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Línea de Investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Autora:

MARÍA JOSÉ JIMÉNEZ CORONEL

Directora:

PS.CL. MG. WENDY TAMARA NARANJO

Ambato – Ecuador

Julio 2018

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

"CREENCIAS IRRACIONALES Y SU RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DE LA FEMINIDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER MAMARIO DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA TUNGURAHUA"

Línea de Investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
BIBLIOTECA

Autora:

MARÍA JOSÉ JIMÉNEZ CORONEL

Wendy Tamara Naranjo Hidalgo, Psc. CI. Mg. F. _____
CALIFICADORA

María Isabel Ramos Noboa, Ps. CI. Ms. F. _____
CALIFICADORA

Narcisa de Jesús Villegas, Ps. Mg. F. _____
CALIFICADORA

Ana del Rocío Martínez Yacela, Dra. Mg. F. _____
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr. F. _____
SECRETARIO GENERAL PUCE AMBATO

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
SECRETARIA GENERAL
PROCURADURÍA

Ambato – Ecuador

Julio 2018

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: **MARÍA JOSÉ JIMÉNEZ CORONEL,** con **CC. 110411538-9,** autora del trabajo de graduación intitulado: "Creencias Irracionales y su Relación con la Percepción de la Feminidad en Pacientes con Diagnóstico de Cáncer Mamario del Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua", previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA,** en la escuela de **PSICOLOGÍA.**

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad

Ambato, Julio 2018



MARÍA JOSÉ JIMÉNEZ CORONEL

CC. 110411538-9

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTO

A la vida y su magia.

Después de todo, de eso se trata la vida, ¿no? De envolvernos con lo que nos rodea, transformarlo y transformarnos.

DEDICATORIA

A mi otro yo, a mi amante de escenarios, a ese ser humano que no depende de una educación, de una cultura y mucho menos de una religión. A ese otro yo que ya es humano desde su nacimiento. A ese otro yo, que sabe que creer en el amor es creer en la humanidad, la poesía, la música, las artes... y que concibe al amor como la fuente de vida, como la más hermosa poesía donde sus sentidos se sensibilizan y, sólo de esta forma, es capaz de concebir la vida en su plenitud.

RESUMEN

La investigación tiene como objetivo principal determinar la relación existente entre las creencias irracionales y la percepción de la feminidad en pacientes con diagnóstico de cáncer mamario del Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua. La investigación es de carácter descriptivo y correlacional de corte transversal que se evaluó mediante el Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) y el Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad. La población total es de 63 pacientes de género femenino con cáncer mamario. Con respecto al Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) se evidenció tres resultados relevantes, en el cual, el 14,4% de las participantes poseen la Séptima Creencia Irracional que es la "Evitación de Problemas". Seguida de la Décima Creencia Irracional "Perfección" que abarca el 10,1% de la población evaluada. Finalmente, el 9,9% de las participantes poseen la Novena Creencia Irracional, "Indefensión ante el cambio". Concerniente al Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad se determinó que el 68% de las participantes poseen una percepción negativa de la feminidad. Existe una correlación positiva baja pero estadísticamente no significativa entre la Séptima Creencia Irracional (Evitación de los problemas) y la Percepción de la Feminidad (r = ,244). Los resultados muestran que las creencias irracionales no necesariamente están relacionadas con la percepción de feminidad en las pacientes de cáncer mamario.

Palabras Clave: *cáncer mamario, creencias irracionales, percepción de la feminidad.*

ABSTRACT

The main aim of the research is to determine the relationship between irrational beliefs and the perception of femininity in patients diagnosed with breast cancer at Tungurahua SOLCA Oncology Hospital. The research is descriptive and cross-sectional that was assessed through the Irrational Beliefs Questionnaire (IBQ) and the Perception of Femininity Questionnaire. The total sample for this study is 63 female patients with breast cancer. In the Irrational Beliefs Questionnaire (IBQ), three relevant results were noted: 14.4% of patients have the seventh irrational belief which is the avoidance of problems, 10.1% of patients have the tenth irrational belief perfection, and 9.9% of patients have the ninth irrational belief, helplessness facing change. According to the Perception of Femininity Questionnaire, it was determined that 68% of patients have a negative perception of femininity. There is a low but statistically non-significant positive correlation between the seventh irrational belief (avoidance of problems) and the perception of femininity ($r = .244$). The findings depict that irrational beliefs are not necessarily related to the perception of femininity in breast cancer patients.

Keywords: breast cancer, irrational beliefs, perception of femininity.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN ..... **¡Error! Marcador no definido.**

AGRADECIMIENTO iii

DEDICATORIA v

RESUMEN vi

ABSTRACT v

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I 3

1. PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO 3

1.1. Antecedentes 3

1.2. Problema 6

1.2.1. Descripción del problema 6

1.2.2. Preguntas básicas 7

1.3. Justificación 9

1.4. Objetivos 10

1.4.1. Objetivo General 10

1.4.2. Objetivos Específicos 10

1.5. Hipótesis de Trabajo 11

1.6. Variables 11

1.7. Delimitación funcional 11

CAPÍTULO II 12

2. MARCO TEÓRICO 12

2.1. El Cáncer 12

2.1.1. Generalidades 12

2.1.2. Prevalencia del cáncer 14

2.1.3. Etiología del cáncer mamario 14

2.1.4. Sintomatología de cáncer mamario 16

2.1.5. Tipología del cáncer mamario 17

2.1.6. Tratamientos del cáncer de mama 18

2.1.7. Impacto psicológico del cáncer mamario en la mujer 19

2.2. Creencias Irracionales 20

2.2.1. Generalidades 20

2.2.2. Formación de las creencias irracionales 23

2.2.3. Adquisición de las creencias irracionales 24

2.2.4. Permanencia de las creencias irracionales 25

2.2.5. Características de las creencias irracionales 26

2.2.6. Creencias Irracionales según Albert Ellis 27

2.2.7. Tres Creencias Irracionales Básicas de Albert Ellis 30

2.2.8. Creencias irracionales en pacientes con cáncer 31

2.2.9. Creencias irracionales en pacientes con cáncer mamario 31

2.3. Feminidad.....32

2.3.1. Generalidades y Definición.....32

2.3.2. Construcción de la feminidad.....33

2.3.3. Percepción de la feminidad 34

2.3.4. Percepción de la feminidad en pacientes con cáncer mamario 35

2.4. Creencias irracionales y la percepción de la feminidad 36

CAPÍTULO III.....39

3. MARCO METODOLÓGICO.....39

3.1. Metodología de la investigación 39

3.1.1. Método Aplicado.....40

3.2. Técnicas e instrumentos de recolección de información.....40

3.2.1. Ficha Sociodemográfica.....41

3.2.2. Cuestionario de Creencias Irracionales.....41

3.2.3. Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad 42

3.3. Población y Muestra.....45

3.4. Procedimiento metodológico.....46

CAPITULO IV.....48

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS 48

4.1. Análisis sociodemográficos de los participantes.....48

4.1.1. Análisis de características sociodemográficas 49

4.1.2. Análisis de las variables familiares 57

4.1.3. Análisis de las variables de cáncer mamario.....60

4.1.4. Análisis de los tipos de cáncer mamario 64

4.2. Análisis de los resultados del Cuestionario de Creencias Irracionales 65

4.3. Análisis de los resultados del Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad… 69

4.4. Comprobación de Hipótesis 72

4.4.1. Hipótesis de Trabajo 72

4.4.2. Análisis Correlacional entre Cuestionario de Creencias Irracionales y el Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad 73

4.5. Validación de Resultados.....74

4.5.1. Análisis de fiabilidad del Cuestionario de las Creencias Irracionales (TCI) 74

A. Consistencia Interna 74

4.5.2. Análisis de fiabilidad del Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad 75

B. Consistencia Interna 75

CAPITULO V 77

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....77

5.1. Conclusiones 77

5.2. Recomendaciones.....79

BIBLIOGRAFIA 81

Anexos 90

Anexo 1: Hoja de Presentación.....90

Anexo 2: Ficha Sociodemográfica.....92

Anexo 3: Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI).....93

Anexo 4: Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad 98

Anexo 5: Validación del Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad……100

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Tablas

Tabla 4.1. Análisis descriptivo de las características socio-demográficas individuales ..49

Tabla 4.2. Distribución de los grupos en función de las variables familiares. 57

Tabla 4.3. Distribución de los grupos en función de las variables de cáncer mamario ...60

Tabla 4.4. Distribución de los grupos en función de los tipos de cáncer mamario 64

Tabla 4.5. Análisis descriptivo del Cuestionario de Creencias Irracionales 67

Tabla 4.6. Análisis descriptivo del Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad ..70

Tabla 4.7. Análisis correlacional entre las Creencias Irracionales (CI) y el Cuestionario de Percepción de la Feminidad (CF) 73

Tabla 4.8. Análisis de fiabilidad Creencias Irracionales (TCI) 75

Tabla 4.9. Estimación de la Confiabilidad 76

Gráficos

Gráfico 4.1. *Distribución de las participantes de acuerdo a las edades* ..……..51

Gráfico 4.2. *Distribución de los ítems referentes al lugar de nacimiento y de residencia* ..……..53

Gráfico 4.3. *Distribución de los ítems referentes al número de hijos de las pacientes.* ..54

Gráfico 4.4. *Distribución de los ítems referentes a la situación laboral.* 55

Gráfico 4.5. *Distribución de las participantes de acuerdo al estado civil al que pertenecen.* 56

Gráfico 4.6. *Distribución de los ítems acerca del quintil socioeconómico de las participantes.*.....58

Gráfico 4.7. *Distribución de los ítems acerca de las clases sociales de las participantes*…….59

Gráfico 4.8. *Distribución de los ítems acerca del tiempo de diagnóstico de las participantes*.....61

Gráfico 4.9. *Distribución de las participantes de acuerdo al tipo de tratamiento oncológico que reciben.* 62

Gráfico 4.10. *Distribución de las participantes de acuerdo al tiempo del tratamiento oncológico que reciben.* 63

Gráfico 4.11. *Distribución de las creencias irracionales del TCI.* 68

Gráfico 4.12. *Representación gráfica de los puntajes obtenidos en el Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad y los puntos de corte establecidos.* 71

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo principal determinar la relación existente entre las creencias irracionales y la percepción de la feminidad en pacientes con diagnóstico de cáncer mamario del Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua. Para ello se requirió organizar el estudio en cinco capítulos que se detallarán a continuación.

En el primer capítulo se hallan los antecedentes investigativos con relación a la problemática del estudio, la descripción del problema, la justificación que impulsa la investigación, objetivos a cumplir y la hipótesis de trabajo.

En el segundo capítulo se desarrollan los fundamentos teóricos donde se desplegó principalmente una revisión bibliográfica sobre el cáncer y cáncer mamario. A partir de este hecho se determinaron definiciones, prevalencia, sintomatología y características propias de cada variable, como son las creencias irracionales y la percepción de la feminidad, mismos que se encuentran respaldados por fuentes confiables y válidas para la investigación.

El tercer capítulo encierra la metodología de trabajo como es el proceso y orientación de la presente investigación, es decir, el diseño, alcance, métodos y técnicas aplicadas, los participantes y finalmente el procedimiento donde se explica el contexto en que el estudio se llevó a cabo.

En el cuarto capítulo se realizó el análisis e interpretación de resultados, donde se desplegó el estudio de los instrumentos aplicados. En primera instancia la aplicación de la ficha sociodemográfica, seguido del Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) y el Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad, finalmente una interpretación de los datos obtenidos en la población evaluada.

En el capítulo cinco se enlistaron las conclusiones obtenidas de la investigación, al igual que las recomendaciones más relevantes para futuras investigaciones relacionadas a la temática. Finalmente se adjunta las referencias bibliográficas y anexos como son: el consentimiento informado para las aplicaciones, la ficha sociodemográfica y los test aplicados.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO

1.1.Antecedentes

Las creencias irracionales y la percepción de la feminidad son dos temas muy importantes dentro del cáncer mamario por lo que existen varias investigaciones y estudios, los cuales, año tras año permiten actualizar y ampliar la información. De esta manera, algunos autores de diversos contextos y poblaciones, han publicado investigaciones tanto de las creencias irracionales como de la percepción de la feminidad. Se encontró un estudio de Lega, Sura, Friemand, Kelly, y Paredes (2009) sobre la aculturación y diferencias en las creencias irracionales sobre el rol femenino tradicional, aplicando la Escala de Creencias de las Mujeres de O'Kelly a mujeres colombianas residentes en EEUU, los resultados indican que "las colombianas residentes en Estados Unidos han conservado aspectos de la tradición y la cultura de su país de origen, a esto se le conoce como patrón de aculturación" (p. 58). A pesar de residir en un país distinto al de origen, las mujeres colombianas mantienen las costumbres y manifestaciones trasmitidas de generación en generación propias de su país de nacimiento, Colombia, se considera un indispensable legado cultural.

De modo similar, en un artículo de Jurado y Rasgon titulado "Ideas Irracionales y Padecimientos Psicológicos, análisis en perpetradores y receptores de violencia de pareja", que aparece en la revista Psicopatología Clínica, Legal y Forense, explica que a lo largo de la historia, las mujeres se han manejado con un rol específico en las labores domésticas y el cuidado de los hijos, mientras que el hombre ha debido ser el sostén del hogar. En la actualidad, la mujer ha adoptado nuevos roles, a través del estudio o el trabajo que logra sostenerse y aportar económicamente su hogar (2011, p. 108). Estos cambios han provocado una alteración en la perspectiva propia que cada mujer posee y del rol que le toca desempeñar. A partir de esto surgen diversas ideas irracionales como: el perfeccionismo, baja tolerancia a la frustración, auto reproches, disminución de la autoestima, entre otros, que pueden llegar a afectar su autoconcepto y limitan en ellas las oportunidades de desarrollo y realización.

Por otro lado, Lizana (2008) publicó un estudio titulado "Representaciones Sociales sobre Feminidad de los/las estudiantes de Pedagogía, en los contextos de formación docente inicial" con el fin de presentar las operaciones representacionales y experiencias sobre feminidad en los contextos de Formación Docente Inicial, con el propósito de visibilizar los procesos de (re)construcción del sexo, cuerpo y sexualidad femenina, y los patrones culturales que condicionan los comportamientos de las mujeres, de lo cual se concluye que las perspectivas de socialización en América Latina y sus inequidades de género en la Formación Docente Inicial si mediatizan las operaciones representacionales sobre feminidad (p. 116). De manera inconsciente los estudiantes aprenden ciertos rasgos comportamentales femeninos de las docentes, adoptándolos como propios, por lo

tanto el profesorado juega un papel muy importante en la socialización de los alumnos y la construcción de la feminidad.

Complementario a esto, a nivel local, Pontón (2005) a través de un análisis y estudio del cuerpo y la imagen de las mujeres dentro de la industria publicitaria ecuatoriana, donde demostraron que la imagen corporal de las mujeres adultas, está influenciada ampliamente por la aceptación social y los medios de comunicación, se encontró que, si bien tienen conciencia de que las mujeres de los medios no representan a la mayoría de ecuatorianas, buscan emular su atractivo y consumen los productos que las mismas promocionan (p. 12). Las mujeres adultas de este estudio presentan fuertes reacciones antagónicas respecto a la figura femenina idealizada propuesta por los medios, han adquirido conciencia sobre los efectos nocivos debido a que muchas mujeres se sienten inseguras e insatisfechas con la presión social y la representación de la belleza actual.

Por otra parte, en una investigación similar desarrollada por Sebastián, Manos, Bueno, y Mateos se buscó comprobar la eficacia de un programa de intervención psicosocial dentro de un estudio comparativo entre un grupo de control y de intervención, que incide sobre la mejora de la imagen corporal (IC) y la autoestima (A) de las mujeres, al igual que era necesario conocer si la cirugía afectaba en la imagen corporal. Los resultados fueron significativos tanto para la imagen corporal como para la autoestima, con respecto a la IC, el grupo de intervención puntuó significativamente más alto que el grupo de control, por lo contrario, en el A el grupo de control tuvo un puntaje más alto que el grupo de intervención. En cuanto a la cirugía, las mujeres tumorectomizadas

tuvieron una mejor imagen corporal que las mastectomizadas (2007, p. 151). El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama conlleva una situación estresante, tanto física como psicológicamente, de igual manera la adaptación a los cambios en la imagen corporal que su tratamiento conlleva.

1.2.Problema

1.2.1.Descripción del problema

Se observó en un grupo de pacientes de género femenino con diagnóstico de cáncer mamario del Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua la presencia de síntomas como: miedo al fracaso ante la enfermedad, pensamiento que evalúa la situación como exageradamente insoportable, desaprobación social, frustración ante el tratamiento, angustia por la muerte y baja aceptación de la realidad acerca de la enfermedad. Al parecer estos síntomas se identifican como creencias irracionales acerca del cáncer, la misma que es definida por Rodríguez (2007) como,

> Aquellas ideas que impiden el avance del sujeto en su bienestar, el cáncer es percibido como una situación de amenaza, por lo cual los pacientes se muestran con excesivo temor a la muerte aun cuando su cáncer se diagnostique precozmente y el tratamiento que reciba sea el adecuado. (p. 169)

Es decir, que las creencias irracionales son ideas distorsionadas y elaboradas a través del proceso perceptivo del sujeto, las cuales poseen efectos negativos que afectan el desenvolvimiento y bienestar personal.

Además se encontraron distintos factores anómalos asociados con la Percepción de la Feminidad como: la desvalorización femenina, dificultades en la socialización, angustia ante su imagen corporal, necesidad de protección, baja tolerancia a la frustración, autocondenación y evaluación negativa sobre su valía como mujer; estos indicadores muestran la presencia de problemas en la Percepción de la Feminidad. Según Zubieta, Beramendi, y Sosa (2011) se entiende por feminidad a una "serie de significados de orden social que son dinámicos y se van construyendo de acuerdo a las necesidades y también por la interacción de unos con otros dentro del medio en donde se encuentra" (p. 105). Es decir, que abarca un conjunto de atributos que están asociados al rol tradicional de la mujer que depende de la cultura en la que se desarrolle.

Con los antecedentes expuestos, resulta relevante realizar un estudio exploratorio, correlacional entre las creencias irracionales y la percepción de la feminidad en las pacientes de género femenino en el Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua, debido a que los síntomas que se presentan como desaprobación social, frustración, angustia ante la imagen corporal, miedo a la muerte y autodesvalorización, todo esto permite que la presente investigación tome relevancia.

1.2.2.Preguntas básicas

¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?

Aparece en las mujeres adultas posterior a recibir la noticia del diagnóstico de cáncer mamario, a partir de ese momento se enfrentan con los estereotipos culturales, el ser

vistas, aceptadas y valoradas como mujeres donde aparece el malestar y displacer respecto a su aspecto físico, psicológico y emocional.

¿Por qué se origina?

Se presume que se origina por acción de la cultura, cuyos requerimientos y mensajes sobre ser mujer son diversos y enigmáticos.

¿Qué lo origina?

La influencia de los estereotipos culturales y sociales acerca de la feminidad.

¿Cuándo se origina?

No aplica

¿Dónde se origina?

No aplica

¿Dónde se detecta?

Se detecta en las mujeres adultas atendidas en el Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua.

1.3.Justificación

El presente proyecto de investigación se efectuó con el propósito de comprender la relación entre las creencias irracionales y la percepción de la feminidad en las pacientes con cáncer mamario del Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua.

Las creencias irracionales y la percepción de la feminidad se construyen o generalizan, de manera individual, a través de experiencias y costumbres relacionadas con la cultura, la sociedad y la familia. Por lo tanto se demuestra la importancia de la investigación en este campo a través de aportes teóricos e investigativos adjuntando los instrumentos psicométricos aplicados.

El estudio será un aporte en el Área Médica y Área de Psicología del Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua y de igual marera será un punto de referencia para próximas investigaciones. En lo que concierne al Área de Psicología, la contribución será de suma importancia debido a que ayudará a las pacientes con cáncer mamario en su adaptabilidad y aceptación de sí misma con la enfermedad, con el fin de que ello favorezca a la mejora de su autoconcepto, autovaloración, cumplimiento con los

tratamientos y mayor seguridad en las relaciones interpersonales. Por lo cual, esta investigación es relevante y de gran importancia.

1.4.Objetivos

1.4.1.Objetivo General

- Identificar la relación existente entre las creencias irracionales y la percepción de la feminidad en las pacientes diagnosticadas cáncer mamario.

1.4.2.Objetivos Específicos

- Fundamentar los efectos teóricos relacionados con las creencias irracionales y la percepción de la feminidad en pacientes oncológicas.
- Detectar la presencia de las creencias irracionales en las participantes del estudio.
- Evaluar la percepción de la feminidad.
- Realizar un análisis estadístico correlacional entre las creencias irracionales acerca del cáncer y la percepción de la feminidad.
- Elaborar un modelo empírico de la relación entre las creencias irracionales y la feminidad.

1.5.Hipótesis de Trabajo

Existe relación entre las Creencias Irracionales y la Percepción de la Feminidad en las pacientes diagnosticadas cáncer mamario.

1.6.Variables

Variable 1: Creencias Irracionales (CI)

Variable 2: Percepción de la Feminidad (PF)

1.7.Delimitación funcional

1.7.1.Pregunta 1. ¿Qué será capaz de hacer el producto final del proyecto de titulación?

Como resultado final, la investigación aportará con un modelo empírico explicativo donde se logren identificar la relación entre las creencias irracionales y la percepción de la feminidad en pacientes diagnosticadas con cáncer mamario del Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1.El Cáncer

2.1.1.Generalidades

El cuerpo humano está formado por trillones de células, las cuales en un proceso normativo, crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo necesite, de tal manera que nuevas células reemplazan a las que envejecen, se dañan o mueren. Sin embargo, cuando este proceso ordenado se descontrola, da inicio a lo que se llama el cáncer (Instituto Nacional del Cáncer , 2016). Por ende, el crecimiento invasivo de células anormales, células viejas o dañadas, las cuales sobreviven, cuando debían morir son denominadas cáncer. Las mismas que se dividen y diseminan de manera innecesaria, sin interrupción, formando masas malignas conocidas como tumores.

El cáncer usualmente se forma en las masas de tejido a través de tumores sólidos. Sin embargo en la leucemia es todo lo contrario, al ser un cáncer de la sangre se extiende por el torrente sanguíneo, ganglios linfáticos y en ciertos casos, se extiende a la médula espinal (el sistema nervioso central). Existen tumores cancerosos malignos (TM) y benignos (TB), los primeros se pueden extender a tejidos cercanos de manera invasiva, sin embargo, los tumores benignos no se amplifican, a pesar de que pueden ser de un

tamaño bastante grande (Hurtig y San Sebastián, 1998, p. 25). Al extirparse, mediante una cirugía, los TB generalmente no vuelven a crecer, mientras que los TM tienen mayor probabilidad de volver a formarse e incluso en otro órgano del cuerpo.

Cáncer, un término que engloba un grupo de enfermedades caracterizadas por el desarrollo de células anormales, pues el material genético de una célula cambia, las mismas que se dividen y crecen alguna área u órgano específica del cuerpo y se diseminan sin control. Según la Organización Mundial de la Salud el cáncer es la "multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina metástasis" (2017). Las metástasis, extensión o reproducción del tumor a otro tejido o parte del cuerpo, es la principal causa de muerte por cáncer.

La mayoría de tipos de cáncer se desarrollan mediante una combinación de factores hereditarios y ambientales. Con una detección a tiempo, el cáncer puede ser curable. Existen tratamientos como la cirugía oncológica (extirpación del tumor y del tejido circundante durante una operación), quimioterapia, yodoterapia y radioterapia. Todos con el fin de tratar la enfermedad. Cuando los pacientes se someten a un tratamiento mencionado con anterioridad y no presentan efectos secundarios, no necesariamente significa que este no es eficaz, pues no se relacionan. La sensibilidad del paciente es un factor clave de los efectos secundarios, al igual que el tipo y la dosis de la terapia.

2.1.2.Prevalencia del cáncer

El cáncer es una de las enfermedades más preocupantes en la actualidad, esto se debe al número de personas que se ven afectadas y las altas tasas de mortalidad, tomando en cuenta que es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Según GLOBOCAN, proyecto de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2012 se registró que 8,2 millones de personas murieron de cáncer a nivel mundial. La tasa de incidencia de cáncer estandarizada en la edad general es casi un 25% mayor en hombres que en mujeres. En Ecuador, específicamente en SOLCA, diagnosticaron 3.240 casos de cáncer en el año 2016 de los cuales el 24% representa a las mujeres con cáncer mamario.

2.1.3. Etiología del cáncer mamario

El cáncer es causado por mutaciones genéticas, las cuales pueden ser inducidas por factores ambientales, hereditarios o ser el resultado de errores en la replicación del ácido desoxirribonucleico (ADN), este último es el proceso por el cual el ADN de una célula se duplica antes de la división celular, posterior a esto, cada célula tendrá la misma información genética. Un estudio realizado por Tomasetti, Li, y Vogelstein (2017) explican que “dos tercios de todos los tipos de cáncer son causados por errores en el proceso de replicación, con mayor importancia a la detección temprana e intervención inmediata para reducir las muertes causadas por esta enfermedad que nacen de estos irrevocables errores” (p. 1332). A través de múltiples investigaciones y una gran recopilación de evidencias con estudios tanto familiares como epidemiológicos, se

confirma que hay dos factores fundamentales que influyen en el cáncer: los ambientales y los hereditarios.

Entre los factores de riesgo o causas para que se desarrolle un cáncer mamario están los antecedentes familiares, hereditarios, genes para cáncer de mama, antecedentes personales como cánceres invasores, antecedentes ginecológicos, cambios mamarios, uso de anticonceptivos orales, hormoterapia, radioterapia o dietas no adecuadas (Kosir, 2017). El cáncer de mama es la segunda causa principal de muerte en las mujeres, la primera es el cáncer de pulmón. Y es importante resaltar que menos del 1% de la población mundial masculina tiene cáncer mamario.

El cáncer de mama se origina cuando las células en el seno comienzan a crecer de manera descontrolada, formando un tumor, el cual se puede observar en una radiografía o se puede palpar como una protuberancia (bulto o masa). Cuando el tumor es maligno, crecen y se expanden penetrando tejidos circundantes o pueden propagarse (metástasis) a otras áreas del cuerpo (García, Hurtado y Aranda, 2015, p.454). Tanto hombres como mujeres pueden poseer esta enfermedad, sin embargo la población femenina es la más afectada. Los cambios que ocurren en los senos son de una célula normal a una cancerígena conlleva de múltiples alteraciones en sus genes. La formación del cáncer mamario no es inmediata, pues transcurren muchos años desde que comienzan las modificaciones en las células hasta que el tumor se hace palpable y compromete las células glandulares mamarias en los conductos y los lóbulos.

2.1.4.Sintomatología de cáncer mamario

La fase inicial del cáncer mamario no presenta ni signos ni síntomas, de tal forma que se denomina la fase preclínica de la enfermedad, la cual debe ser diagnosticada a través de una ecografía de las mamas y mamografías. Sin embargo, es importante realizarse los exámenes regularmente para detectar a tiempo la existencia de alguna alteración o anomalía en el seno.

Después de la primera fase, a medida que el cáncer mamario crece, los síntomas más comunes según Kosir (2017) son:

- Tumoración o masa endurecida en la mama o axila.
- Secreción del pezón o líquido sanguinolento de claro a amarillento o verdoso, puede lucir como pus.
- Salpullido en la zona mamaria.
- Cambio del tamaño, forma o textura de las mamas o el pezón, como puede ser, enrojecimiento, agujeros o fruncimiento que luce como cáscara de naranja.
- En los hombres, los síntomas de cáncer de mama incluyen tumoración mamaria, así como dolor y sensibilidad en las mamas.

2.1.5.Tipología del cáncer mamario

Desde el nacimiento hasta la edad adulta, las mamas sufren más cambios que ningún otro órgano. Debido al bajo influjo de las hormonas femeninas, estrógenos y progesterona, las mamas crecen y se desarrollan durante la pubertad, por ende se ven influenciadas en la edad reproductiva por los ciclos menstruales. Durante la menopausia, los niveles hormonales descienden y gran parte de la glándula mamaria se atrofia y es sustituida por grasa.

Según la Asociación Española Contra el Cáncer (2007), el cáncer de mama "se origina anatómicamente en la unidad terminal ducto-lobulillar de la glándula mamaria". Por esta razón el proceso de malignización se dirige en dirección al conducto originando el carcinoma ductal, por lo contrario, cuando se dirige hacia el lobulillo, como resultado se desarrolla el carcinoma lobulillar (Dosne, 2003, p. 758). La mama es una glándula, de tal forma que el tumor que se origina en las células y estructuras de la misma, es conocido como adenocarcinoma.

Entre los tipos de cáncer de mama tenemos:

Carcinoma "In situ", que es la proliferación celular maligna que ocurre en el interior del conducto mamario, sin traspasar la pared (membrana basal) del mismo, es decir sin invasión o infiltración del tejido (estroma) que lo rodea. Hay dos tipos de carcinomas:

- ✓ **Carcinoma ductal in situ o carcinoma intraductal:** si es dentro de un ducto.
- ✓ **Carcinoma lobulillar in situ:** si es dentro de un lobulillo.

Carcinoma invasivo o inflitrante, es la proliferación celular maligna que traspasa la frontera natural anatómica del ducto o el lobulillo que invade el tejido circundante. Existen dos tipos de cáncer de mama invasivo:

- ✓ **Carcinomas ductales:** es el más común y se originan en las células que revisten los conductos galactóforos (conductos por donde circula la leche hacia el pezón).
- ✓ **Carcinomas lobulillares:** se originan en las células de los lobulillos mamarios, donde se produce la leche.

Enfermedad de Paget, es la afectación de la piel del pezón, el cual puede estar asociado a un carcinoma subyacente intraductal o invasivo. (Asociación Española Contra el Cáncer, 2017; Ministerio de la Protección Social y Instituto Nacional de Cancerología, 2004)

2.1.6.Tratamientos del cáncer de mama

Dentro del cáncer mamario existen varios tipos de tratamientos como cirugía oncológica, quimioterapia, yodoterapia y radioterapia. Sin embargo, se resaltaran los dos únicos tratamientos que reciben las pacientes que forman parte de esta investigación en el Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua.

Cirugía Oncológica, es la primera opción de tratamiento del cáncer de mama en estadios precoces. Consiste en la extirpación del tumor y del tejido circundante durante una operación con el fin de diagnosticar de forma específica la ubicación y tipo de cáncer mamario. Extirpar parte o la totalidad del tumor, para determinar si el cáncer se

ha diseminado o está afectando las funciones de otros órganos del cuerpo, entre otros, dependiendo del caso. Según la Asociación Española Contra el Cáncer (2017) se considera una cirugía oncológica cuando:

- ✓ Se extirpa sólo el tumor se llama tumorectomía.
- ✓ Lo extirpado es el cuadrante donde se localiza el tumor, la cuadrantectomía.
- ✓ Cuando se extirpa la mama entera, se denomina mastectomía.

Quimioterapia, es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas. Estos medicamentos altamente fuertes evitan que las células cancerosas crezcan y se dividan en más células propagándose por otras áreas del cuerpo (Correa et al., 2016, p. 191). Aunque muchas veces la extirpación del tumor mamario puede ser el único tratamiento, suele combinarse la quimioterapia, esto se debe a la extirpación parcial o nula del tumor, pues es necesario quitar todos los residuos o células cancerosas imposibles de eliminar mediante la operación. Estas células malignas, generalmente, crecen y se dividen más rápido que las células sanas.

2.1.7.Impacto psicológico del cáncer mamario en la mujer

Toda enfermedad, sea ésta o no considerada catastrófica, necesita ser comprendida de manera diferente y con tolerancia, pues la vida de una persona puede estar en peligro y es importante resaltar que cada paciente asume, afronta y conlleva de distinta manera las enfermedades, por más mínimas que sean (Martinez Basurto, Lozano Arrazola, Rodriguez Velazquez, Galindo Vazquez, y Alvarado Aguilar, 2014). El diagnóstico de

cáncer mamario trae consigo un estado de tensión, estrés y angustia al paciente, puesto que el tratamiento afectará a su salud física, psicológica, imagen corporal, estado anímico y su relación con los demás.

La palabra cáncer es una idea llena de conceptos y expectativas, de las cuales, nacen un sinnúmero de ideas o creencias irracionales que la persona forma sobre la enfermedad y su integridad misma, esto se da desde la fase inicial del diagnóstico. Entre la población femenina el impacto puede afectar en diferentes ámbitos como las representaciones fisiológicas del cáncer de mama que desembocan con efectos sociales y psicológicos (Giraldo-Mora, 2009, p. 514). El cáncer de mama está asociado con ideas de muerte, terror, sufrimiento, devastación incurabilidad, impotencia y dolor, en que sus representaciones sociales se generan debido al aspecto femenino en el concepto de la mujer como la desvalorización como mujer, dificultades en la socialización, angustia ante su imagen corporal, necesidad de protección, baja tolerancia a la frustración, autocondenación y evaluación negativa sobre su valía como ser humano.

2.2.Creencias Irracionales

2.2.1.Generalidades

En la segunda mitad del siglo XX, José Ortega y Gasset, quién fue filósofo, ensayista y principal exponente español de la teoría del perspectivismo, expuso, a base de estudios, la diferencia entre los conceptos de creencias e ideas.

> Cuando intentamos determinar cuáles son las ideas de un hombre o de una época, solemos confundir dos cosas radicalmente distintas: sus creencias y sus ocurrencias o pensamientos. En rigor, sólo estas últimas deben llamarse -ideas- (...) Las creencias constituyen la base de nuestra vida, el terreno sobre la que acontece porque ellas nos ponen delante lo que para nosotros es la realidad misma. Toda nuestra conducta, incluso la intelectual, depende de cuál sea el sistema de nuestras creencias auténticas. En ellas - vivimos, nos movemos y somos-. Por lo mismo, no solemos tener conciencia expresa de ellas, no las pensamos, sino que actúan latentes, como implicaciones de cuanto expresamente hacemos o pensamos. Cuando creemos de verdad en una cosa, no -la idea de esa cosa, sino que simplemente -contamos con ella-. (Ortega Y Gasset, 1976, pp. 24-25)

Al distinguirlas de otros ‘productos del intelecto’, el autor antes mencionado señala tres características de las creencias, las cuales, se mantienen en las definiciones más actuales y conocidas, estas son: (i) las creencias construyen realidades, (ii) las mismas influyen en el comportamiento humano, (iii) influencian, operan y se desarrollan aun cuando las personas no están conscientes de sus propias creencias.

Creencia, es el concepto clave de los modelos desarrollados por Albert Ellis (1972) y Aaron T. Beck (1976). Albert Ellis (como se citó en Jurado y Rasgon, 2011), psicoterapeuta cognitivo que desarrolló la Terapia Racional Emotiva Conductual, determina que "las creencias pueden ser ideas, pensamientos, autoafirmaciones, o imágenes determinantes primarias de las emociones, pudiendo ser las creencias hipótesis absolutistas o preferenciales, comprobadas o rechazadas, pero no hechos basados en observaciones objetivas” (p. 17). A esto se añade el concepto descrito por Aaron Beck (como se citó en Calvete y Cardeñoso, 2001) psiquiatra que desarrolló la Terapia

Cognitivo Conductual, quien afirmo que las creencias son "estructuras cognitivas que se desarrollan a partir de experiencias tempranas del individuo así como de factores ambientales, culturales y biológicos (p. 95). Por ende, las creencias son una referencia, las cuales, determinan la forma de ser o de desarrollarse de los seres humanos en el ambiente que los rodea, la forma en que cada persona evaluá las situaciones, como interactúan con los demás e incluso como se ven y analizan a sí mismos.

Albert Ellis desarrolló el modelo de Terapia Racional Emotiva Conductual en el año de 1962, donde postuló la existencia de creencias "irracionales" durante el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales. Las creencias irracionales son absolutas y dogmáticas por naturaleza, las cuales, provocan emociones negativas que interfieren en la vida diaria de la persona, en sus metas, relaciones personales e interpersonales, añadiendo a esto Defez i Martín, (2005) acota que es un "estado mental dotado de un contenido representacional y, en su caso, semántico o proposicional por lo tanto susceptible de ser verdadero o falso" (p. 200). Debido la conexión con otros estados mentales y contenidos proposicionales existe una influencia de manera relevante dentro de los deseos, las acciones u otras creencias del sujeto.

Las creencias irracionales son inflexibles, dogmáticas y muy poco funcionales, por lo tanto, el sujeto va a estar en una constante autoevaluación y de igual manera, los demás y el mundo será evaluado por el mismo de una forma rígida y tajante. Las frases emitidas por el individuo usualmente comienzan con un "debo que" o con exigencias absolutistas, las cuales, tienen un papel importante en el desarrollo de patologías en el ámbito psicológico que generan emociones y conductas disfuncionales que no le

permiten al sujeto alcanzar metas ni propósitos. (Ellis y Grieger, 2003, p. 127). El exceso de las creencias irracionales en las personas no son saludables por lo que Casillas, Hernández y Rodríguez (2014) elaboran el Manual para el Manejo de Pensamientos Irracionales y destacan las siguientes características de las CI:

- Rígidas e inflexibles
- Inconsistentes con la realidad
- Ilógicas
- Deterioran el bienestar psicológico de la persona
- Quebrantan del logro de metas y propósitos básicos
- Disminuyen el desarrollo saludable del sujeto y el mantenimiento de relaciones con los otros.

2.2.2. Formación de las creencias irracionales

Las creencias irracionales son entendidas como teorías subjetivas que tienen las personas acerca del mundo, adquiridas a partir de un proceso de socialización. Las mismas están preestablecidas, pues no se generan ni establecen a raíz de algún diagnóstico o problema pero si se pueden incrementar, fortalecer y/o desarrollar a partir del mismo. La cultura y la sociedad influye de manera dominante en el pensar y el comportamiento de las personas, incluso de forma inconsciente e implícita. Los procesos de adquisición hacen referencia a factores que favorecen e influyen en la aparición de las creencias irracionales, al contrario, cuando menciona la permanencia de estas creencias, se hace

alusión a elementos que explican el mantenimiento, es decir, una vez que el sujeto adquiere las creencias irracionales.

2.2.3. Adquisición de las creencias irracionales

Según Serrano (2011, pp. 29-30) factores que facilitan la adquisición de creencias irracionales son:

a. **Tendencia innata de los seres humanos a la irracionalidad:** La corteza prefrontal o córtex prefrontal es una estructura anterior a los lóbulos frontales del cerebro del ser humano, esta región cerebral involucra la planificación de los comportamientos -cognitivos- complejos en cada sujeto, en la toma de decisiones y adecuación del comportamiento social por lo tanto, en esta zona facilita la aparición de tendencias irracionales en la conducta.
b. **Historia del Aprendizaje:** Durante la infancia, el grupo social es sumamente importante para el desarrollo y el aprendizaje de los niños/niñas, pues la dinámica de las relaciones con sus iguales es completamente distinta a la relación familiar. En la socialización infantil, los niños/niñas pueden descubrir aspectos nuevos sobre sí mismos y sobre los demás, de este modo se adquieren nuevas habilidades. Las creencias irracionales pueden aprenderse a través de su experiencia directa o de modelos socio-familiares. En años posteriores, el sujeto puede aprender creencias y conductas racionales que le permiten tener una actitud preferencial o de deseo ante determinados objetivos, pero debido a su tendencia innata puede

convertirlas en creencias irracionales o exigencias erróneas que afectan en su vida cotidiana.

2.2.4. Permanencia de las creencias irracionales

En el Manual de Terapia Racional-Emotiva de Albert Ellis y Russell Grieger (2003) se determinaron factores que explican la permanencia de las creencias irracionales una vez adquiridas, como son:

a. **Baja tolerancia a la frustración:** La persona, sigue sus exigencias de bienestar, practica un hedonismo a corto plazo con frases como "tengo que estar bien ya" o frases que le hacen no esforzarse por cambiar como el "debería ser más fácil".
b. **Mecanismos de defensa psicológicos:** Principalmente inconscientes, los individuos utilizan estos mecanismos para defenderse de emociones o pensamientos derivados de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar.
c. **Síntomas secundarios:** Derivados también de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar. Constituyen problemas secundarios y consisten en "estar perturbados por la perturbación" (ansiedad por estar ansioso: "Estoy ansioso y no debería estarlo").

2.2.5. Características de las creencias irracionales

Los pensamientos, emociones y conductas, no se experimentan en forma aislada, más bien de manera contraria, se superponen significativamente en la vida del sujeto. Carmen Almansa (2011) menciona algunas de las características de las creencias irracionales:

- Distorsionan la realidad, o representan una manera ilógica de evaluarse a sí mismo, a los demás o al mundo que los rodea: catastrofización, demandan en exceso o etiquetan a las personas.
- Bloquean la consecución de los objetivos o metas planteadas.
- Crean emociones extremas que son persistentes, indeseables, de inadecuación o autosaboteadoras, las cuales provocan distracción o inmovilizan a la persona.
- Desencadenan conductas que hacen daño a los sujetos, a los demás.
- Son dogmáticas, absolutistas, expresadas con demandas, en vez de preferencias o deseos. (pp. 24-25)

Desde un enfoque psicológico, Albert Ellis y Russell Grieger (2003) expresaron que las creencias irracionales se caracterizan por:

- Ser inconsistentes en su lógica y en la realidad empírica.
- Ser absolutistas y dogmáticas.
- Producir emociones perturbadoras.
- Limitar a los sujetos a conseguir sus objetivos propuestos. (p. 87).

Años más tarde, Casillas, Aguilar, y Gonzales (2014, p. 25) sugieren que para lograr entender de manera clara la diferencias entre las creencias que son racionales y las irracionales, es necesario identificar en el discurso de la persona la existencia de palabras como los "debería, tendría que, debo, tengo que", las mismas que son sumamente importantes tomar en cuenta porque es probable que el uso de estas expresiones representen una exigencia, obligación y significado de tipo absolutista por parte de cada sujeto que las utiliza, por ende, el contexto y el estado emocional con el que se hace uso también es importante. Las creencias racionales conducen a conductas de superación y autoayuda (Mejía, 2014, p. 54), mientras que las creencias irracionales propician a la persona conductas autodestructivas, desadaptativas las cuales causan sufrimiento al mismo, a su entorno familiar y social.

2.2.6. Creencias Irracionales según Albert Ellis

Albert Ellis (1913-2007) fue un psicólogo del siglo XX, pionero en el desarrollo de Terapia Racional Emotiva Conductual (TRE). Considerado precursor principal de la terapia cognitiva conductual y fundador de la intervención psicoterapéutica corta/directiva, que promulga la auto-ayuda (Lega y Velten, 2008, p. 189). Fue un fundador del enfoque activo-directivo en psicoterapia marital, sexual, familiar, individual y de grupo, centrándose en la identificación y cambio de ideas y creencias disfuncionales del individuo para lograr su cambio emocional, la reducción de psicopatología y la búsqueda del sentido de bienestar personal (GoodTherapy, 2015).

Durante los primeros años practicando la TRE, Albert Ellis notó que prácticamente todos sus pacientes tenían variaciones erróneas en sus pensamientos, más tarde llamadas, creencias irracionales. Para Ellis, las personas lograran una sana filosofía de vida, por lo tanto, sería incomprensible que pudieran encontrarse emocionalmente perturbadas. A pesar de que este autor conocía muy claramente las emociones y que rol desempeñan, insistió en dar mayor importancia en los pensamientos, como estos afectaban en las acciones, actividades, comportamientos y sentimientos de las personas. Sin embargo, en sus últimos escritos, pudo condensar las once creencias irracionales originales en tres creencias fundamentales y básicas.

Albert Ellis centró su teoría en que las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos como decía el filósofo estoico griego, Epicteto. De tal manera, que la Terapia Racional Emotiva Conductual es parte de la siguiente hipótesis,

> No son los acontecimientos (A) los que nos generan los estados emocionales (C), sino la manera de interpretarlos (B). Por lo tanto, si somos capaces de cambiar nuestros esquemas mentales, es decir nuestros patrones de pensamiento, seremos capaces de generar estados emociones menos dolorosas, más positivas y acordes con la realidad. (Ellis y Grieger, 2003; Merlo, 2015)

Por lo tanto, Ellis enumeró una serie de pensamientos erróneos y las agrupó en once creencias irracionales básicas:

1) Es una necesidad imprescindible para el adulto, ser querido y aprobado virtualmente por todas las personas significativas de su mundo.

2) Una persona debe ser competente, apropiada, eficaz y exitosa en todos los aspectos que realiza, ya que si no, es inadecuado e inservible.

3) Las personas deben actuar de forma considerada equitativa, ya que si no son malas y perversas. Ellos son sus malos actos.

4) Es terrible y horroroso que las cosas no sean como a uno le gustaría que fueran.

5) Los problemas emocionales son causados por razones externas, ya sea por personas o acontecimientos de fuera. La persona tiene poca o ninguna habilidad para incrementar o disminuir sus comportamientos y emociones disfuncionales.

6) Si algo es, o tiene la posibilidad de ser peligroso o terrible, uno debe estar constante y excesivamente preocupado por ello y pensar continuamente en su posible ocurrencia.

7) Una persona no puede y no debe enfrentar las posibles dificultades de la vida y con uno mismo, siendo más fácil el evitarlas.

8) La persona debe ser dependiente de otros, necesitarlos y no poder manejar su propia vida.

9) La historia pasada es vitalmente importante en la determinación de la conducta presente, porque algo afecta fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, debería afectarla indefinidamente.

10) Los problemas de las otras personas son tan terribles que uno debería sentirse mal por ellos.

11) Existe una solución invariablemente correcta, precisa y perfecta para los problemas humanos y que es terrible si esta solución perfecta no es encontrada.

2.2.7. Tres Creencias Irracionales Básicas de Albert Ellis

Ordóñez y Serrano (2011) escriben acerca de la sintonización de las once creencias irracionales, de las cuales quedan tres creencias básicas que engloban pensamientos negativos sobre uno mismo, los demás y el futuro.

- **Uno mismo:** El sujeto cree que debe actuar bien y necesita ganar la aprobación por su forma de actuar. La frases más comunes en esta creencia son "Yo debo... / yo necesito....
- **Los demás:** El sujeto cree que todas las personas deben actuar de forma agradable, considerada y justa con ello, si no lo hacen, son despreciables y malos y deben ser castigados. Las expresiones que se escucha en este discurso son "Él debe... / tú debes....
- **El mundo que le rodea:** El sujeto cree que las condiciones de la vida deben ser muy buenas y fáciles para que pueda conseguir prácticamente todo lo que quiere sin mucho esfuerzo e incomodidad. Usualmente habla de que "El mundo debe... / la vida debe....

Las expresiones descritas anteriormente, como el "debo, debes, tengo, tienes" son exigencias absolutistas, inflexibles, dogmáticas y de características rígidas las cuales son palabras principales para formar las creencias irracionales en el ser humano.

2.2.8. Creencias irracionales en pacientes con cáncer

Socialmente, la palabra cáncer usualmente es relacionada con la muerte, de tal manera que existe un impacto no solo físico sino emocional en las personas diagnosticadas. Los sentimientos y emociones que sienten son realmente intensos debido a que los pacientes no están acostumbrados a enfrentar y tolerar todo lo que conlleva el tener cáncer. Los sentimientos más comunes son la depresión, ansiedad y miedo debido a que son respuestas normales en esta experiencia que cambia su estilo de vida. Sin embargo, existen otros sentimientos como agobio, negación, enojo, temor, preocupación, estrés, ansiedad, tristeza, culpa, soledad, etc. Y otros positivos como gratitud, esperanza, paciencia, tolerancia, entre otros, de los cuales el paciente debe aprender a controlar y no permitir que los sentimientos negativos tomen poder en su vida.

2.2.9. Creencias irracionales en pacientes con cáncer mamario

El cuerpo humano y cada una de sus partes poseen una determinada connotación. En la mujer, los senos son una parte importante de su sexualidad y belleza física, sin mencionar el fuerte vínculo que existe entre esta parte corporal y la maternidad.

La mujer con diagnóstico de cáncer mamario sufre un choque emocional muy fuerte; vive momentos con estados de angustia, negación, aislamiento, ansiedad, estrés, depresión, insomnio y miedo. Este desgaste no sólo le afecta físicamente, también repercute en el ámbito psicológico y en lo que cabe a las funciones psíquicas,

principalmente el pensamiento. La cognición se da como un modulador y organizador sobre la base de las experiencias pasadas del sujeto y ésta depende de la selección atencional de los estímulos, regulando y subordinando a una gestión superior de las informaciones; los receptores sensoriales aptos para registrar y transmitir la información son los que aseguran el aumento de la información almacenada en la memoria al operar en ella las agrupaciones e indicaciones donde colaboran las señales perceptivas y semánticas. De igual manera se ve un desequilibrio de todas las esferas de su vida: familia, relación de pareja, laboral y social.

2.3.Feminidad

2.3.1.Generalidades y Definición

Se entiende por feminidad la cualidad de distinción de género que le ha sido asignada a la mujer bajo parámetros culturales y sociales, los cuales le proporcionan una identidad femenina. Para Concepción y Capulín la feminidad "alude a los valores, características, comportamientos y naturaleza intrínsecas de la mujer como género" (2014, p. 26). Por lo tanto feminidad abarca un conjunto de cualidades, atributos, roles y/o actitudes socialmete otorgados al genero femenino, de tal manera que conlleva su imagen corporal, la satisfacción y el bienestar emocional que le produce su percepción.

En el ensayo filosófico existencialista más importante de la segunda mitad del siglo XX acerca del feminismo, el Segundo Sexo, escrito por Simone De Beauvoir, se habla de que "la mujer es un individuo completo igual al varón, siendo también un ser humano

sexuado. Renunciar a su feminidad es renunciar a una parte de su humanidad" (2005, p. 247). Por ende, la feminidad es una caracteristica innata de la mujer, pues las cualidades, costumbres, actitudes y comportamientos tanto aprendidos como biológicos, además son herencias culturales y sociales.

2.3.2. Construcción de la feminidad

Según Lagarde (1994), la identidad de las mujeres "es el conjunto de características sociales, corporales y subjetivas que las caracterizan de manera real y simbólica de acuerdo con la vida vivida" (p. 12). Es posible plantear que desde un punto de vista social, existe una legitimación ideológica del conjunto de comportamientos que se asignan a la mujer, según Casanova (1989), tales comportamientos conforman "mitos" del ser femenina. Estos serían transmitidos a través de la cadena generacional: abuela-madre-hija, los que a su vez los refuerzan diversas instituciones sociales para la sustentación del sistema imperante.

La condición de la mujer está constituida por el cúmulo de características genéricas que comparten. Se define a la mujer como "ser social y cultural genérico, como ser-para y de-los-otros, el deseo femenino organizador de la identidad, es el deseo por los otros" (Basaglia, 1994). Quien de igual forma, sintetiza las características centrales de la mujer: anteposición de las necesidades de los otros a las suyas propias, supresión de sus opiniones por no ofender o como una forma de gentileza hacia los demás, no tomar iniciativas. La ideología del altruismo femenino las lleva a enfatizar la búsqueda de

consensos, y no la confrontación de intereses con los otros. El discurso moral materno, que se desprende de la definición tradicional que la familia nuclear hace de la identidad femenina, tiene que ver con una identidad congelada y tradicional en los roles de madre y esposa.

2.3.3. Percepción de la feminidad

La percepción de la feminidad, que se define operacionalmente como los procesos cognitivos por los cuales se reúne e interpreta la información relacionada con la feminidad, entendida como un conjunto de atributos asociados al rol tradicional de la mujer, abarcando rasgos asociados que pueden ser divididos en tres categorías: comportamental, afectivo y cognitivo.

Según Zubieta et al. (2011), la forma en la que los habitantes de cualquier país piensan, sienten y actúan respecto a los asuntos vitales para su supervivencia está estructurada y varía a lo largo de varias dimensiones: individualismo-colectivismo, masculinidad-feminidad, distancia de poder y evitación de incertidumbre. Por otra parte, si se tiene en cuenta que los cambios sociales han tomado un ritmo vertiginoso, debido en gran parte a la presencia, cada vez más constante de la tecnología en la vida social, es absolutamente evidente que los jóvenes de ahora no son los mismos de otra.

Lo femenino, lo que se ha construido como tal, se aplica a las mujeres, y muchas lo asumen en mayor o menor grado con mayor o menor gusto. Se construye por contraste

con lo masculino, como principios excluyentes que se implican uno al otro. Adquiere sentido vital y reconocimiento de sí, por su contribución a la realización de los demás.

La feminidad implica que las mujeres no sólo deben respetar ciertos valores, sino también encarnarlos. Se trata de un proceso de integración a la sociedad para demostrar dichas características propias con actitudes claras entre mujeres para los demás.

2.3.4. Percepción de la feminidad en pacientes con cáncer mamario

Es conocido que para los seres humanos cada una de las partes del cuerpo tienen un significando distinto, es decir que la connotación que se le da muchas veces es influenciada por costumbres sociales y culturales para finamente adaptarlas como propias. En el caso de la mujer, los senos son parte importante de su imagen física y corporal que engloba su percepción de la feminidad. En el estudio llamado Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama se explica que existen aspectos importantes conceptualizados en la imagen corporal como es el atractivo físico, la feminidad, la confianza en sí mismo (Sebastián, Manos, Bueno, y Mateos, 2007). De igual forma en el estudio recalcan que para algunas mujeres "los senos son lo primero que las define como mujeres y la pérdida de un pecho equivale a la pérdida de la feminidad". Debido a que el pecho de la mujer, durante décadas, se relaciona con el ámbito cultural, sexual y atractivo físico, por lo tanto es un elemento de extrema valoración.

2.4.Creencias irracionales y la percepción de la feminidad

Toda enfermedad que ponga en peligro la vida del ser humano, sea que se considere o no catastrófica necesita ser comprendida de diferente manera, puesto que para cada paciente la manera de asumirlo y conllevar estas enfermedades depende de su percepción. El diagnóstico de cáncer mamario supone un estado de tensión y estrés al paciente, puesto que el tratamiento afectará forzosamente a su salud física, psicológica, funciones cognitivas, imagen corporal, estado anímico y su relación con los demás.

Esto conlleva a un cambio de estilo de vida, no solo para cuidar con su alimentación, cuidado personal, hábitos, sino que se debe regir un itinerario establecido para consultas médicas, exámenes de laboratorio, quimioterapias, reuniones con anestesiólogos para sus cirugías que en el mejor de los casos con una sola cirugía se pueda remover la tumoración. Todas estas actividades generan ansiedad y cambios de humor. Las alteraciones que produce el diagnóstico tienen un peso negativo en la imagen del sí mismo y de su corporalidad, además de generar trastornos afectivos, alteraciones en su vida sexual y autoestima (Sebastián et al., 2007). Por lo general los diferentes tipos de cáncer originan cambios físicos de importancia, éstos producen alteraciones significativas en la imagen corporal que abarca la percepción de la feminidad, pues la pérdida de cabello, debilitamiento corporal, coloración amoratada de uñas, desgaste de esmalte dental entre otras. Son las causas de alteraciones emocionales y psicológicas.

Uno de los tratamientos del cáncer mamario es la mastectomía, pérdida parcial o total del seno que genera un impacto psicosocial en la identidad femenina (Sebastián et al., 2007). El pecho tiene una gran significación en la mujer con respecto a la feminidad, existie una importancia simbólica como atractivo físico y sexual femenino, puesto que se considera a los senos como un signo que define a la mujer frente a la sociedad, por ende, la pérdida de una de sus mamas puede atraer reacciones psicológicas intensas al verse privadas de su feminidad.

La percepción de la feminidad está ligada a la imagen corporal, lo cual, desde el aspecto psicológico, es un constructo que implica sentimientos, pensamientos y percepción en relación con su propio cuerpo. La imagen corporal se concibe como parte del autoconcepto, percepción de sí mismo, donde influyen juicios sobre comportamientos, apariencia, habilidades externas y pensamientos o creencias.

Según el artículo elaborado por Rubio et al. (2011) los tratamientos de las pacientes con cáncer mamario suelen afectar a las funciones cognitivas como,

> La inteligencia, la capacidad de atención/concentración, la memoria verbal y visual, el lenguaje (concretamente la fluencia verbal), la velocidad de procesamiento de la información, la función ejecutiva y la capacidad visuoconstructiva. En diversos estudios se confirmó que estas funciones cognitivas son las que con más frecuencia se muestran afectadas. (p. 285)

Por lo tanto, al verse afectadas las funciones cognitivas se presentan distorsiones cognitivas o también llamadas creencias irracionales, las cuales se definen como dogmáticas, absolutas y de emociones negativas que aparecen de forma automática.

Las creencias irracionales suelen afectar a la percepción, en el caso de las pacientes con cáncer de mama, la percepción de la feminidad. De tal forma que una mujer con este diagnóstico puede tener una insatisfacción con el cuerpo o distorsión de la misma, lo cual es una alteración perceptiva de su imagen corporal que produce una preocupación exagerada que interfiere gravemente en la vida cotidiana de la paciente que dificulta las relaciones personales y su funcionamiento en diversas áreas. Además, no siempre necesariamente las creencias irracionales están asociadas con la percepción pues existen otros factores que pueden interferir. Las creencias irracionales se ajustan a un criterio situacional, es decir depende de lo que la persona está viviendo. Mientras que la percepción de la feminidad es más un constructo a largo plazo, rasgos o roles que la paciente forma o construye a lo largo de su vida ya sea heredado y/o aprendido.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Metodología de la investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativo, con un alcance exploratorio, descriptivo y correlacional. El método general es el científico y el diseño de la investigación es no experimental de corte transversal.

La metodología cuantitativa según Hernandez, Fernandez y Baptista se utiliza para "consolidar las creencias y establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población" (2010, p. 11). De tal manera que es un estudio teórico que presenta avances teóricos, estudios de revisión, actualizaciones, y análisis críticos de teorías en un determinado campo con el fin de tener todos los datos obtenidos por parte del autor para base de la investigación. Es un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, el cual se realizó en un único momento con el fin de conocer la relación de las creencias irracionales y la percepción de la feminidad en las pacientes diagnosticadas cáncer mamario.

3.1.1. Método Aplicado

La presente investigación conlleva un método científico que consiste en descomponer el estudio en partes pequeñas (variables) que se permitan estudiar, analizar y comprender su interdependencia, conexiones y nexos. Según Hernández, Fernández y Baptista en el libro Metodología de la Investigación, el método aplicado tiende a "clarificar las relaciones entre variables que afectan al fenómeno bajo estudio; de igual manera, planea con cuidado los aspectos metodológicos, con la finalidad de asegurar la validez y confiabilidad de sus resultados" (2014, p. 134). El objetivo es seguir una serie de etapas para obtener un conocimiento valido con instrumentos fiables desde el punto de vista científico.

3.2. Técnicas e instrumentos de recolección de información

Las técnicas empleadas fueron la ficha sociodemográfica, y los test psicométricos como son el Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) y la construcción de un Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad. Estos reactivos son el medio para obtener la información palpable y disponible del sujeto, debido a que los test aplicados parten de estrategias de elaboración de pruebas a partir de ítems estructurados, subjetivos y no disfrazados

3.2.1. Ficha Sociodemográfica

El objetivo de aplicar la ficha sociodemográfica es conocer, a través del consentimiento del paciente, los datos personales que pueden influir de una u otra manera en la investigación. Se tomaron en cuenta el lugar de nacimiento, lugar de residencia, edad, estado civil, número de hijos, estado laboral, quintil socioeconómico, clase social, tiempo de diagnóstico, tratamiento oncológico y tiempo del tratamiento oncológico.

3.2.2. Cuestionario de Creencias Irracionales

El Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) fue elaborado por Richard Garner Jones en 1968 y se basó en el modelo teórico de Albert Ellis (1958, 2003). El objetivo de este reactivo es identificar las creencias limitadoras que el ser humano genera de manera inconsciente, este tipo de creencias hacen que la paciente autogenere barreras cognoscitivas y emocionales que impide el desarrollo adecuado en los diferentes aspectos de su vida.

El instrumento consta de 100 ítems con 6 opciones de respuesta: 1 (TD) Totalmente desacuerdo, 2 (BD) Bastante desacuerdo, 3 (AD) Algo desacuerdo, 4 (AA) Algo de acuerdo, 5 (BD) Bastante de acuerdo, 6 (TD) Totalmente de acuerdo. Las creencias irracionales que se miden en el test son: Necesidad de Aprobación por parte de los demás, Altas auto expectativas, Culpabilización, Intolerancia a la frustración,

Preocupación y Ansiedad, Irresponsabilidad Emocional, Evitación de problemas Dependencia, Indefensión ante el cambio y Perfeccionismo.

Los resultados se obtienen por creencia, es decir, al alcanzar 5 o 6 puntos en cada creencia. Significa que le limita en determinadas circunstancias, vida cotidiana, laboral o relaciones personales, mientras que si la puntuación es igual o superior a 7, dicha creencia limita muchas áreas de la vida de la persona.

3.2.3. Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad

Para la evaluación de la segunda variable, se creó un cuestionario que mide la Percepción de la Feminidad, es importante señalar que para esto se usó investigaciones previas y el cuestionario base, Body Shape Questionnarie (BSQ). El cuestionario construido midió la feminidad de cada paciente, desde el elemento principal que es la percepción de sí mismo.

Mediante el aporte de varios autores, sus investigaciones y cuestionarios o instrumentos, se pudo construir el cuestionario para medir la segunda variable, el cual tuvo de base al Body Shape Questionnarie (BSQ) o Cuestionario de la Figura Corporal que fue creado por Cooper, Taylor, Coopery y Fairburn en 1987 con el fin de medir la percepción de la imagen corporal.

Entre los autores que se tomó en cuenta para este estudio son Vergara y Páez (1993) con la investigación denominada Revisión teórico-metodológica de los instrumentos para la medición de la identidad de género realizada por quienes en la investigación crea un instrumento para evaluar la masculinidad y feminidad ofreciendo una serie de criterios metodológicos. El estudio fue realizado en 160 sujetos, comprobando que el instrumento es independiente de los sesgos de deseabilidad social y aquiescencia teniendo altos índices de fiabilidad como es el 0,89, evaluando aspectos significantes con respecto a la feminidad y masculinidad.

En el estudio realizado por Díaz, Rocha y Rivera (2004) el cual se titula Elaboración, validación y estandarización de un inventario para evaluar las dimensiones atributivas de instrumentalidad y expresividad. En el cual han creado diversos instrumentos de medición para explorar la dimensión psicológica de la masculinidad-feminidad, aplicada a 282 mujeres y 355 hombres con el propósito de elaborar y validar un inventario de las características instrumentales y expresivas deseables e indeseables de la cultura mexicana. Los resultados confirman la validez, confiabilidad, mediante el alfa de Cronbach con un .9293 además existió sensibilidad cultural del constructo teórico y de la operacionalización presentada.

Así también en la investigación titulada Construcción de un cuestionario para identificar ideas de masculinidad y feminidad en jóvenes de Santiago de Chile hecha por Gonzalo Soto (2017) , esta pretende evaluar a través de la elaboración de un cuestionario las ideas de masculinidad y feminidad, a través de discursos de tipo tradicionales, hegemónicos o

vanguardistas. La muestra total fue de 700 adolescentes entre 16 y los 21 años en las cuales se encontró una fiabilidad de .917, lo que muestra la eficacia del instrumento.

El Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad conlleva 20 preguntas claras y concisas para la población a aplicar, por ende, se abarca todo el contexto de feminidad según la teoría y diversos autores citados en el marco teórico de la presente investigación. El mismo tiene como objetivo el identificar la presencia positiva o negativa de la percepción de la feminidad, en la cual, las preguntas se responden a través de la escala tipo Likert de 6 puntos donde 1 concierne a Nunca, 2 Raramente, 3 A veces, 4 Regularmente, 5 Casi siempre, 6 Siempre. Se extiende a tres categorías, la primera es Cultura y Sociedad y los ítems que lo evalúan son 3, 8, 11, 18 y 20; la segunda categoría abarca la Imagen Corporal, los ítems son 1,2, 5, 6, 7, 10, 13, 14, 15 y 17; finalmente la tercera categoría que es la Satisfacción y Bienestar Emocional, las preguntas contenidas son 4, 9, 12, 16 y 17. Con respecto a los resultados, el puntaje mínimo debe ser de 20 puntos, el máximo es de 100 puntos donde el punto de corte debe ser de 59 puntos.

Fue necesario validar el cuestionario, para esto, es de suma importancia tener claro dos puntos: en primer lugar, se debe sustentar de forma bibliográfica, lo cual se evidencia en el marco teórico. El segundo punto fue elegir de manera adecuada a las personas que validaran el cuestionario, según Lima, Lima, Jiménez y Domínguez (2012)

“la validez es un criterio que permite comprobar la calidad de un instrumento, verificando si este evalúa lo que pretende medir” (p. 510). La validez adecuada del constructo permitió que el proceso de la investigación tenga los resultados confiables. Es

importante señalar que para la validación del Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad se consideró a profesionales que trabajen mínimo 5 años en el área de estudio directa para de esta forma emitir un juicio adecuado al instrumento. Quienes participaron en la validación fueron dos son Psicólogas Clínicas especializadas en la corriente Psicoanalítica y una persona especializada en Antropología y Cultura.

Después de realizar los debidos cambios formulados por los profesionales, se realizó una prueba piloto con el fin de confirmar que las preguntas del cuestionario estaban bien planteadas y de fácil entendimiento. Posterior a eso, se aplicó de manera normal los test restantes.

3.3. Población y Muestra

La población de interés para la investigación abarca a pacientes con cáncer mamario en el Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua con un promedio de 20-50 años de edad. Los casos que comprenden el estudio son sesenta y tres (63) pacientes de género femenino diagnosticadas cáncer de mama, según el Área de Estadística SOLCA Tungurahua.

La selección de integrantes de la muestra se la realizó mediante el empleo de un muestreo no probabilístico por voluntariado en función de su accesibilidad. Este tipo de muestreo según Hernández et al. (2014) se “caracteriza por un esfuerzo consciente de obtener muestras representativas mediante la inclusión en la muestra de grupos

supuestamente típicos.” (p.204), de tal manera que es importante abarcar la mayor parte de la población con el fin de tener más veracidad en los resultados de la evaluación psicológica. Dentro de los criterios de inclusión están:

- Paciente de género femenino.
- Paciente con diagnóstico de cáncer de mama.
- Pacientes que sigan un tratamiento oncológico.
- Pacientes mayores a 20 años de edad y menor a 50 años.
- Pacientes accedieron a ayudar de manera voluntaria en la investigación y firmaron el consentimiento informado.

Y también criterios de exclusión como:

- Pacientes por debajo de los 20 años y mayores a los 50 años de edad.
- Pacientes con otro tipo de cáncer diagnosticado.
- Pacientes con diagnósticos de trastornos mentales.

3.4. Procedimiento metodológico

La investigación en curso tuvo inicio con una indagación de tipo bibliográfica, donde se recopiló toda la información correspondiente al tema, para luego someterla a un exhaustivo análisis. Seguidamente se seleccionó los instrumentos psicométricos de evaluación de las variables de estudio. Se trabajó con toda la población de pacientes de género femenino diagnosticadas cáncer mamario del Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua. La recolección de datos se realizó mediante una única vez mantenida la

confidencialidad de los participantes con el uso del número de cédula como único código de identificación. Las pacientes respondieron de manera inmediata y se aplicó la carta de consentimiento informado; la ficha sociodemográfica y los cuestionarios en el siguiente orden: Test de Creencias Irracionales y del Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad.

Los datos obtenidos se trasladaron al software SPSS versión 20, en el cual se realizó el análisis de datos identificados, las frecuencias, significancia y la correlación de las variables Creencias Irracionales y Percepción de la Feminidad en pacientes de cáncer mamario del Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Análisis sociodemográficos de los participantes

La presente investigación se realiza con una muestra no probabilística, la cual está comprendida por 63 participantes que acudieron a consulta médica, durante el periodo Enero-Diciembre 2016 y Enero-Abril 2017, la población de interés abarco a pacientes diagnosticadas con cáncer mamario en el Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua con un promedio de 20-50 años de edad.

En este apartado se incluye el análisis de las variables consideradas para el análisis dentro de la ficha sociodemográfica, las mismas que se dividirán en los siguientes grupos: características sociodemográficas, variables familiares y variables de cáncer mamario.

Las variables incluidas corresponden a aspectos como lugar de nacimiento, lugar de residencia, edad, estado civil, número de hijos, estado laboral, quintil socioeconómico, clase social, tiempo de diagnóstico, tratamiento oncológico y tiempo del tratamiento oncológico. Se ha seleccionado estos factores para mejorar el desarrollo de la

investigación en las áreas que compite los elementos de estudio y se consideran suficientes para el alcance de los objetivos de la investigación.

Las participantes analizadas son mujeres entre 20 y 50 años, pertenecen a la etapa de juventud y adultez del Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua diagnosticadas cáncer mamario donde se obtiene un total de 63 observaciones.

4.1.1. Análisis de características sociodemográficas

A continuación se describen variables tales como lugar de nacimiento, lugar de residencia, edad, estado civil, número de hijos y estado laboral al que corresponden las participantes.

Las variables cualitativas se presentan con la frecuencia *(f)* y la representación porcentual *(%)*, por otra parte las variables de orden cuantitativo se representa con la media aritmética *(M)* y la desviación estándar *(Ds)* (ver tabla 4.1.).

Tabla 4.1.

Análisis descriptivo de las características socio-demográficas individuales

Variables	**Estadísticos**	
	M	***Ds***
Edad		
	43,67	4,72
	F	***P***
Lugar de nacimiento		
Quito	3	4,8%
Ambato	19	30,2%
Latacunga	15	23,8%
Riobamba	5	7,9%
Puyo	1	1,6%

Pelileo	1	1,6%
Tisaleo	1	1,6%
Pillaro	1	1,6%
Baños	7	11,1%
Cuenca	1	1,6%
Pujilí	1	1,6%
Patate	2	3,2%
Salcedo	2	3,2%
Guayaquil	1	1,6%
Lago Agrio	1	1,6%
Bógota	1	1,6%
Sucúa	1	1,6%
Lugar de residencia		
Ambato	27	42,9%
Latacunga	14	22,2%
Riobamba	2	3,2%
Puyo	2	3,2%
Orellana	1	1,6%
Pelileo	1	1,6%
Pillaro	2	3,2%
Baños	8	12,7%
Pujilí	2	3,2%
Patate	2	3,2%
Salcedo	1	1,6%
Lago Agrio	1	1,6%
Número de Hijos		
0	14	22,2%
1	2	3,2%
2	19	30,2%
3	18	28,6%
4	10	15,9%
Situación Laboral		
Solo Trabajo	33	52,4%
No Trabajo	30	47,6%
Estado Civil		
Soltera	11	17,5%
En Relación	2	3,2%
Casada	40	63,5%
Divorciada	5	7,9%
Unión Libre	4	6,3%
Viuda	1	1,6%

Nota: *63 observaciones*

En relación a la edad, en la tabla 1 de análisis de características sociodemográficas se pudo encontrar que la media aritmética es M=43,67 y la desviación estándar es de Ds=4,72. (Ver gráfico 4.1).

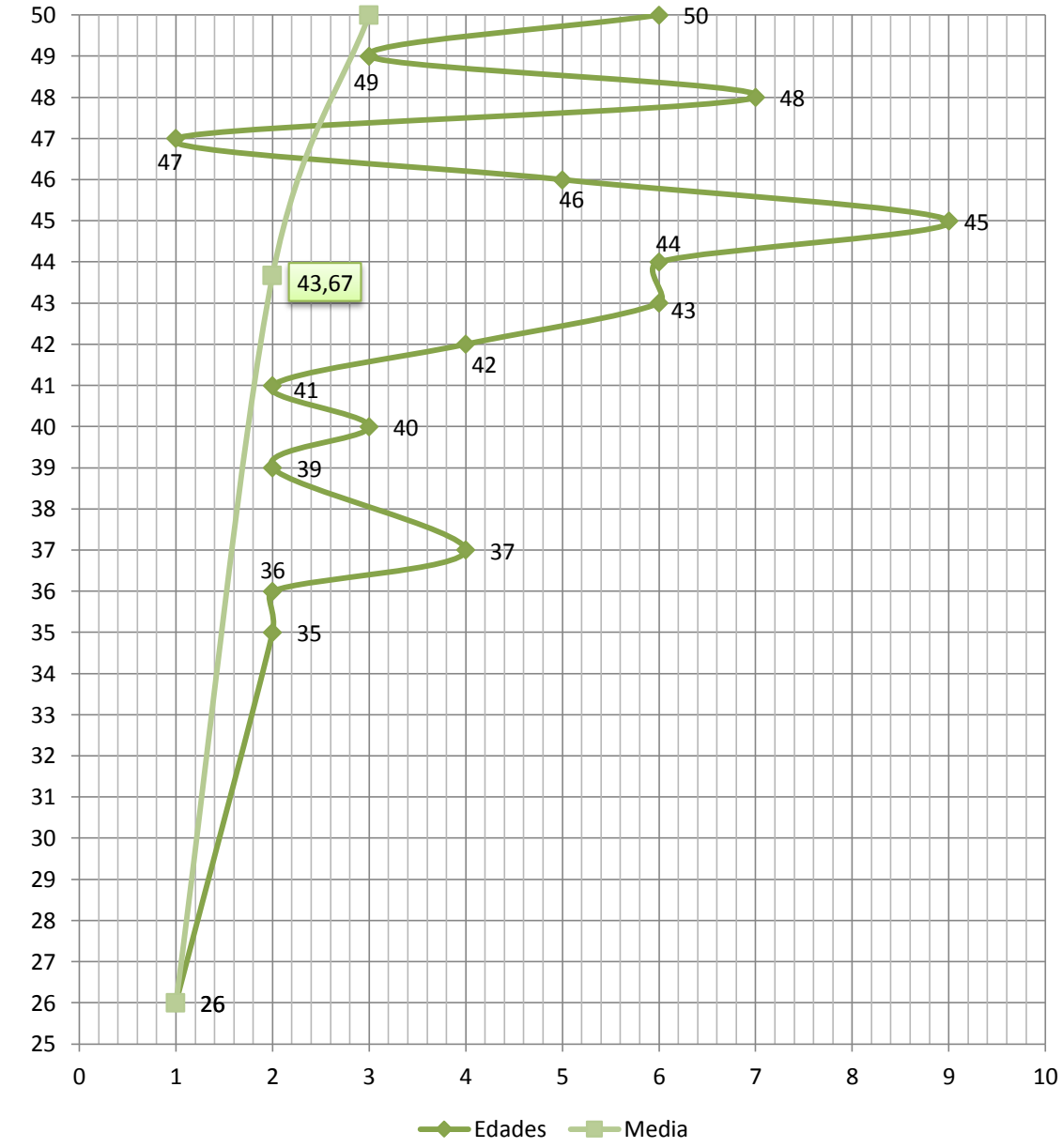


Gráfico 4.1. *Distribución de las participantes de acuerdo a las edades.*

En el Gráfico 4.1 se puede evidenciar la distribución del ítem edad y el número de participantes existentes en cada rango de edad. Las participantes son en su totalidad mujeres en un rango de edad de 26 a 50 años, lo cual según Papalia, Wendkos y Feldman pertenecen a la etapa de la adultez siendo la sexta etapa de desarrollo humano, posterior a la etapa de la juventud y que precede a la ancianidad (2009). El rango de 25 a 30 años pertenece a la etapa de adultez temprana, que según la investigación solo el 1,6% de la población esta dentro de esta fase, el 98,4% de participantes pertenece a la etapa de adultez mediana, es decir el rango de edad es de 30 a 50 años. Para la muestra total del estudio, las pacientes del Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua con diagnóstico de cáncer mamario son en su total de género femenino, se toma en cuenta los criterios de inclusión y los objetivos de la investigación.

Con respecto al lugar de nacimiento, los dos porcentajes más altos son el 30,2% que pertenece a Ambato y el 23,8% de Latacunga. Mientras que en el lugar de residencia, el 43,9% es el porcentaje más alto el cual corresponde a Ambato, seguido por el 22,2% que pertenece a Latacunga. (Ver gráfico 4.2).

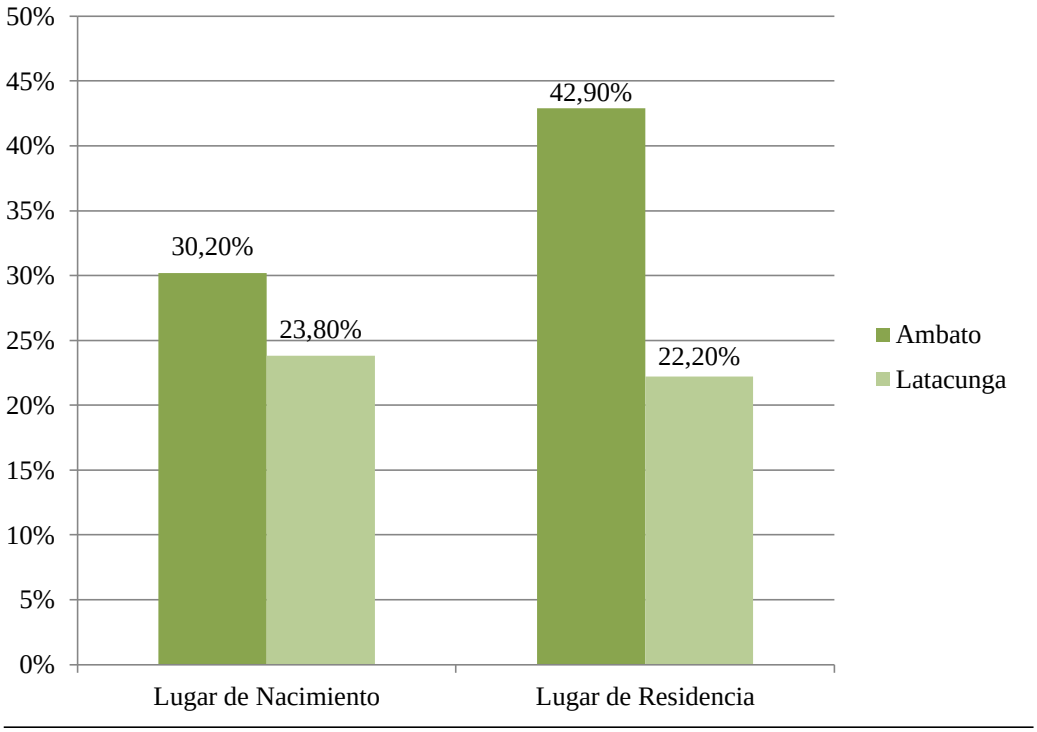


Gráfico 4.2. *Distribución de los ítems referentes al lugar de nacimiento y de residencia*.

Es así que se manifiesta la existencia de una cantidad significativa de pacientes con cáncer mamario que son originarias y residen en las ciudades de Ambato y Latacunga. Para ellas, el Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua es de suma importancia en el tratamiento de su enfermedad debido a la cercanía del hospital.

En lo que concierne al número de hijos que las pacientes tienen, se encontró que un 30,2% de la población evaluada tiene dos hijos, el 28,6% tiene 3 hijos y el 22,2% de la población no tiene hijos. (Ver gráfico 4.3).

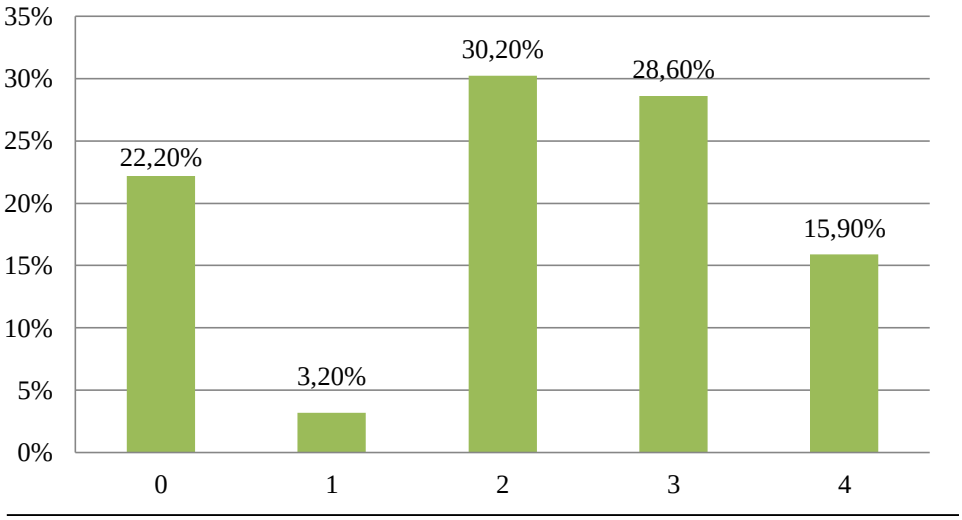


Gráfico 4.3. *Distribución de los ítems referentes al número de hijos de las pacientes.*

Los datos expuestos son los más relevantes del estudio con respecto al número de hijos de cada paciente evaluada y se toma en cuenta que hacer frente al cáncer de mama suele ser algo muy difícil, tanto para la mujer que sufre la enfermedad como para su familia, sin embargo para ellas el apoyo y la compañía que ellos les brindan es muy significativo.

Con respecto a la situación laboral, los ítems no tienen mayor diferencia entre sí, del 100% de las participantes, el 52,4% trabajan y el 47,6% restante no tienen trabajo. (Ver gráfico 4.4).

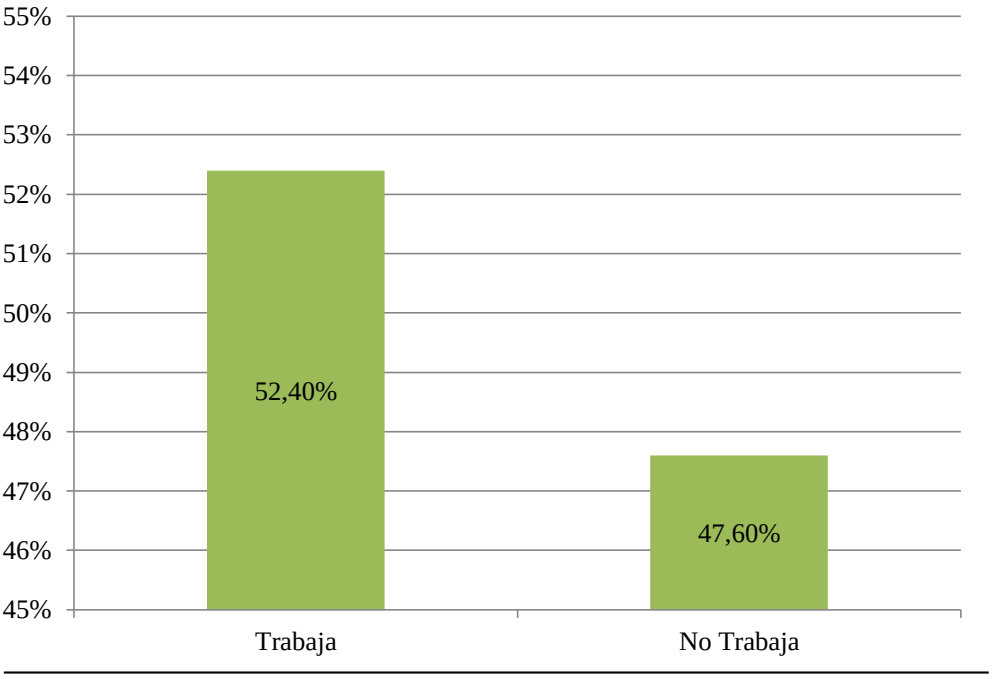


Gráfico 4.4. *Distribución de los ítems referentes a la situación laboral.*

La mayoría de las pacientes que fueron evaluadas trabaja, por lo tanto, se debe tomar en cuenta que el impacto del diagnóstico mamario en la vida laborar puede variar de una persona a otra, según al artículo de UICC y Bupa "algunos pacientes de cáncer sufren un deterioro cognitivo relacionado con el tratamiento, la forma leve más común de cambio cognitivo que padecen algunos pacientes después de la quimioterapia" (2014). Esto se debe a que los tratamientos para combatir este cáncer pueden afectar a las funciones cognitivas como el pensamiento, memoria, atención o concentración de tal manera que puede intervenir en el trabajo de forma negativa.

En relación al estado civil, el 63,5% de las participantes están casadas, lo cual es más de la mitad de participantes del estudio, seguido del 17,5% que corresponde a las pacientes solteras, siendo los resultados más relevantes de este ítem. (Ver gráfico 4.5).

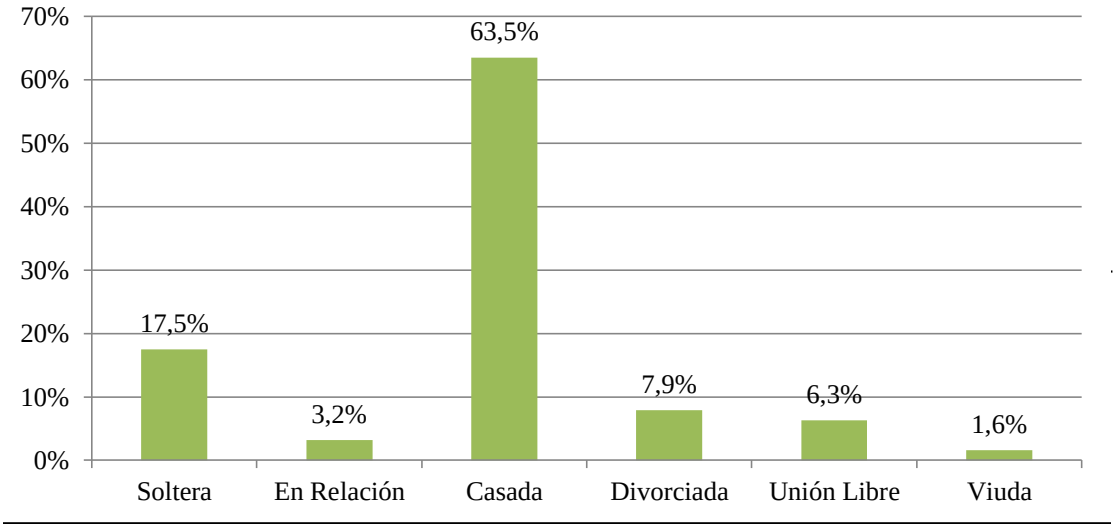


Gráfico 4.5. *Distribución de las participantes de acuerdo al estado civil al que pertenecen.*

Se muestra evidente predominancia de las participantes de estado civil casada, lo cual, según Ostiguín, Pérez, Bernal y Gigliola existen varios tipos de apoyo, tanto físico, moral religioso y el apoyo emocional que "se centra particularmente en una percepción de cohesión familiar, siento un aspecto sustantivo para el inicio y apego al tratamiento" (2008, p. 13). Esto se debe a que el tener un apoyo de un compañero sentimental, familiar o hijo(s) para garantizar una mejor adaptación y tolerancia ante la enfermedad y los tratamientos.

4.1.2. Análisis de las variables familiares

En esta sección se procede al análisis socio-demográfico de las variables familiares, a través de aspectos como: el quintil socioeconómico y la clase social. (Ver tabla 4.2.).

Tabla 4.2.

Distribución de los grupos en función de las variables familiares.

Variables	**Estadísticos**	
	F	***P***
Quintil Socioeconómico		
Pobreza	7	11,1%
Nivel Medio	39	61,9%
Nivel Medio Alto	17	27,0%
Clase Social		
Baja	1	1,6%
Media Baja	14	22,2%
Media	31	49,2%
Media Alta	17	27,0%

Nota: *63 observaciones*

En lo referente a la variable de quintil socioeconómico se puede observar que el 61,9% pertenece al Nivel Medio, lo cual representa a la mayor parte de la población estudiada, el 27% corresponde al Nivel Medio Bajo mientras que el Nivel de pobreza abarca el 11% restante. (Ver gráfico 4.6).

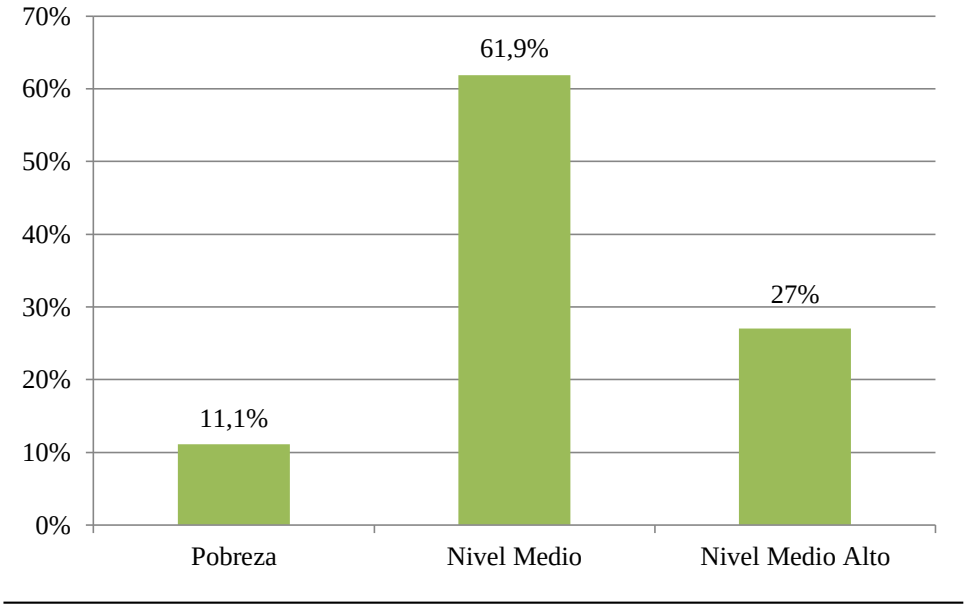


Gráfico 4.6. *Distribución de los ítems acerca del quintil socioeconómico de las participantes.*

De esta manera se evidencia que el 61,9% de la población evaluada se considera parte del Nivel Medio, uno de los deciles que son parte de la clasificación de las familias según su nivel de ingresos.

Dentro de la variable de clase social, el puntaje más alto es de la clase Media con el 49,2%, con el 27% la clase Media Alta, la clase Media Baja pertenece al 22,2% y el 1,6% corresponde a la clase Baja. (Ver gráfico 4.7).

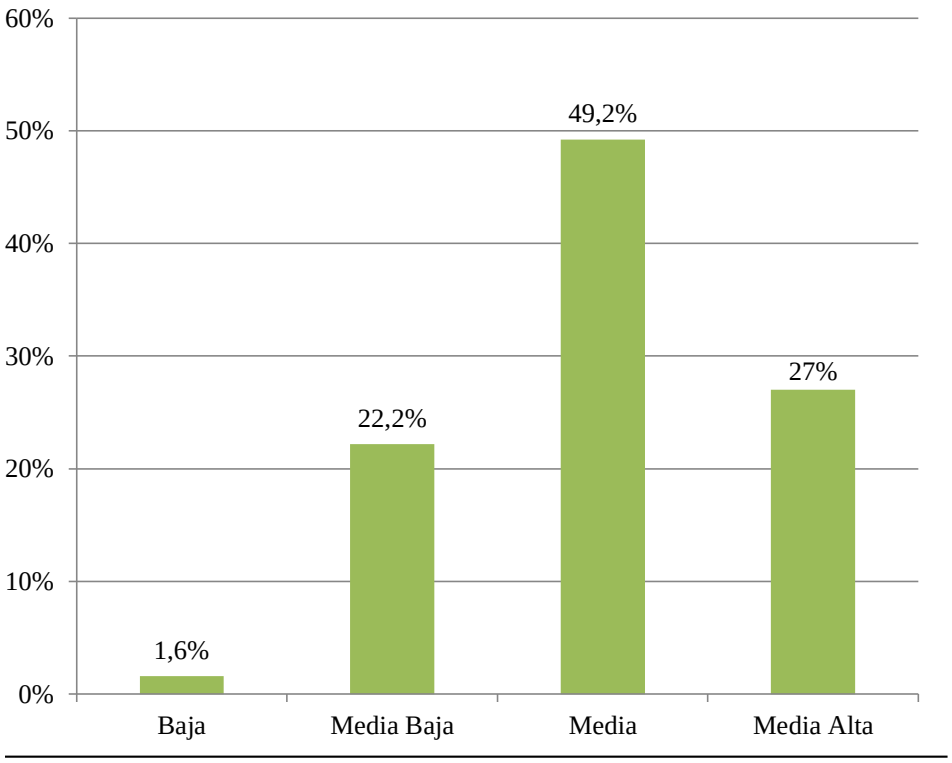


Gráfico 4.7. *Distribución de los ítems acerca de las clases sociales de las participantes*

La clase media es el estamento de la estratificación de clase social que se aplica a las personas con un nivel socioeconómico medio que se sitúa entre la clase baja y la clase alta. Lo cual, según Lostao (2001) “las personas de clase media son significativamente más propensas a desarrollar cáncer de mama a comparación que los menos pudientes, debido a la mayor probabilidad de llevar a cabo los tratamientos” (p. 112). Sin embargo, existen diversos estudios donde afirman que el cáncer mamario es considerado como una de las enfermedades más temidas por las mujeres debido a que es una enfermedad, usualmente invasivo, independientemente de la clase social.

4.1.3. Análisis de las variables de cáncer mamario

En esta sección se procede al análisis socio-demográfico de las variables acerca del cáncer de mama, a través de aspectos como: tiempo de diagnóstico, tratamiento oncológico y tiempo del tratamiento oncológico. (Ver tabla 4.3).

Tabla 4.3.

Distribución de los grupos en función de las variables de cáncer mamario

Variables	**Estadísticos**	
	f	***P***
Tiempo de Diagnostico		
1-6 meses	16	25,4%
7-12 meses	24	38,1%
1-3 años	21	33,3%
3-6 años	2	3,2%
Tratamiento Oncológico		
Mastectomía	27	42,9%
Quimioterapia	36	57,1%
Tiempo del Tratamiento Oncológico		
1-6 meses	27	42,9%
7-12 meses	21	33,3%
1-3 años	7	11,1%
3-6 años	7	11,1%

Nota: *63 observaciones*

Con respecto a la variable del tiempo de diagnóstico el 38,1% de pacientes obtuvieron hace 7-12 meses su diagnóstico de cáncer mamario, el 33,3% hace 1-3 años, el 25,4% se

enteró de 1-6 meses atrás y el 3,2% de las pacientes conoce de su diagnóstico de 3-6% años atrás. (Ver gráfico 4.8).

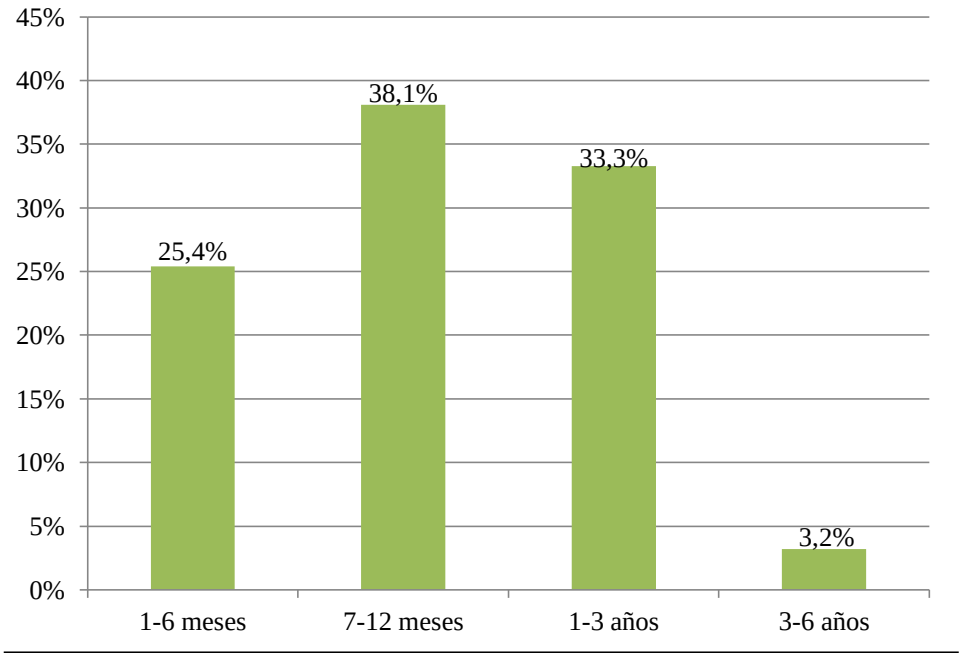


Gráfico 4.8. *Distribución de los ítems acerca del tiempo de diagnóstico de las participantes*

En lo que refiere que las pacientes evaluadas en el presente estudio fueron diagnosticadas cáncer mamario los últimos 3 años, es decir, conviven conscientemente poco tiempo con la enfermedad de tal forma que hay ciertas pacientes que recién están asimilando todo lo que conlleva el cáncer mamario.

De acuerdo del tratamiento oncológico el 57,1% de las pacientes reciben quimioterapia mientas que el 42,9% se ha practicado la mastectomía. (Ver gráfico 4.9).

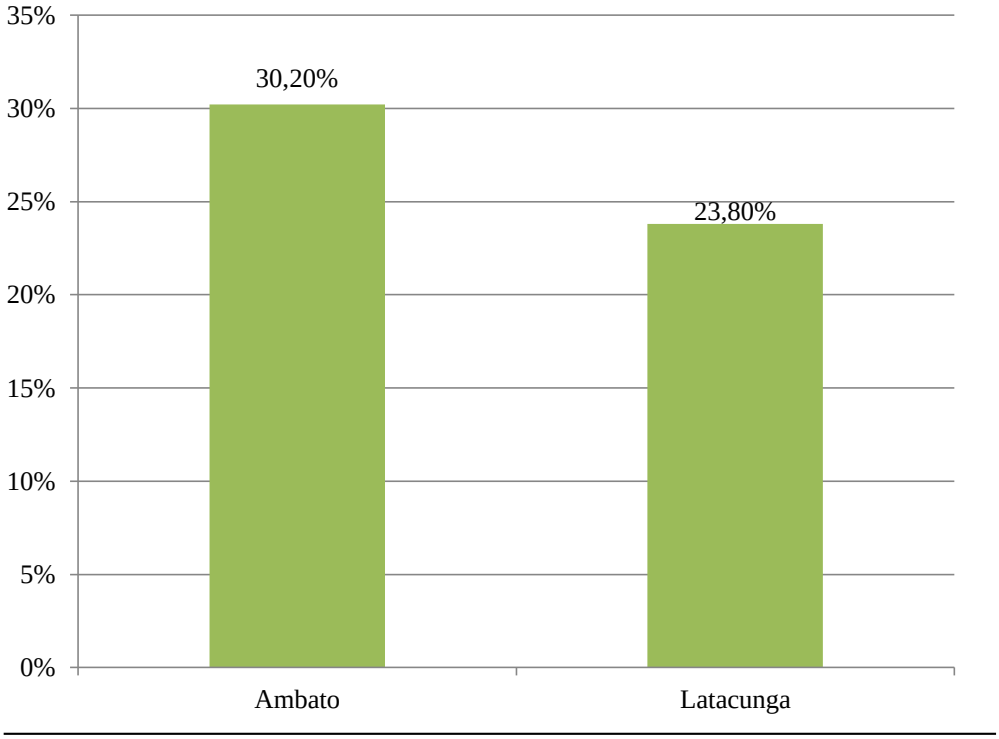


Gráfico 4.9. *Distribución de las participantes de acuerdo al tipo de tratamiento oncológico que reciben.*

Los medicamentos de quimioterapia pueden causar efectos secundarios en las pacientes, según la Sociedad Española de Oncología Quirúrgica (2013) “algunos de los posibles efectos más comunes son: la caída de pelo, cambios en las uñas, úlceras en la boca, pérdida de apetito o cambios en el peso, diarrea, náuseas y/o vómitos" (p. 28). Lo cual es muy entendible, debido a que dependen del tipo y de la dosis de los medicamentos suministrados a cada paciente, se toma en cuenta que cada organismo es diferente, así como la duración del tratamiento.

Finalmente, el tiempo que llevan las pacientes diagnosticadas cáncer mamario en el tratamiento oncológico, abarca que el 42,9% de la población lleva de 1-6 meses de

tratamiento, el 33,3% lleva de 7-12 meses, el rango de 1-3 años y de 3-6 años de tratamiento abarca el 11,1% de la población evaluada, cada uno. (Ver gráfico 4.10).

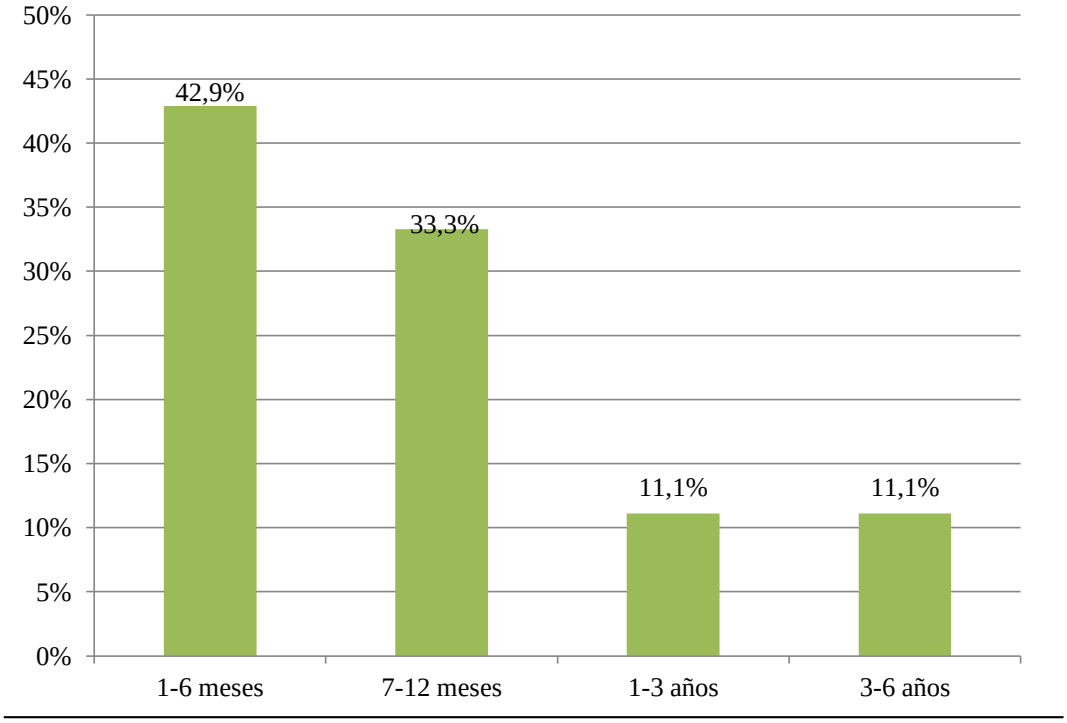


Gráfico 4.10. *Distribución de las participantes de acuerdo al tiempo del tratamiento oncológico que reciben.*

El 42,9% de las pacientes llevan de 1 a 6 meses en tratamiento oncológico, es decir, "las pacientes que recibieron quimioterapia y han logrado sobrellevar ese período durante los primeros meses es probable que sientan temores, angustias, ansiedad o incluso rasgos depresivos" (Unidad Patológica Mamaria, 2013, p. 88). Los seres humanos tienden a asustarse ante lo desconocido o situaciones nuevas, este miedo es universal debido a las respuestas emocionales del cerebro. El 33,3% lleva de 7 a 12 meses, el 11,1% lleva de 1 a 3 años mientras que el 11,1% restante lleva de 3 a 6 años en tratamiento. Estas

pacientes han podido lidiar con este tratamiento durante más tiempo, incluso hay grupos de apoyo en el que pueden ayudar a otras personas que pasen por lo mismo, pueden desarrollar un plan de acción y trabajar en conjunto con el equipo de atención médica.

4.1.4. Análisis de los tipos de cáncer mamario

Para la presente investigación fue importante tomar en cuenta el tipo de cáncer mamario que se pueden encontrar en las pacientes del Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua. En esta sección se procede al análisis de los tipos de cáncer mamario. (Ver tabla 4.4).

Tabla 4.4.

Distribución de los grupos en función de los tipos de cáncer mamario.

Variables	**Estadísticos**	
	f	***P***
Tipos de cáncer		
Adenocarcinoma Lobulillar de Mama Izquierda	2	3,2%
Carcinoma Intraductal de Mama Derecha	5	7,9%
Carcinoma Indiferenciado de Mama	1	1,6%
Adenocarcinoma de Mama	18	28,6%
Carcinoma Intraductal (In Situ) de Mama	2	3,2%
Carcinoma Ductal de Mama	32	50,8%
Carcinoma Papilar de Mama Izquierda	3	4,8%

Nota: *63 observaciones*

El Carcinoma Ductal de Mama representa el 50,8% de las pacientes, es el diagnóstico más común en la población evaluada, además (Asociación Española Contra el Cáncer, 2017) el carcinoma ductal de mama "consiste en la presencia de células anormales dentro de un conducto galactóforo (conducto mamario). Este carcinoma localizado no es invasivo, lo que significa que no se ha propagado fuera del conducto galactóforo ni ha invadido otras partes del seno". Por lo que la detección de este diagnóstico es la forma más temprana de un cáncer mamario debido a que es un tumor benigno.

El cáncer de mama puede comenzar en distintas áreas de los tejidos mamarios, como pueden ser los conductos, los lobulillos o, en algunos casos, el tejido intermedio. El siguiente diagnóstico relevante en las pacientes es el Adenocarcinoma de Mama con un 28,6%. Martinez Basurto et al. (2014) considera que este diagnóstico "es muy frecuente puesto que se origina en un tipo de células que se encuentran en continua división celular y que presentan mayor riesgo de mutaciones" (p. 56). El adenocarcinoma es un conjunto de glándulas que se distribuyen por todo el organismo, considerándolo también como un tumor maligno e invade otros órganos del cuerpo.

4.2. Análisis de los resultados del Cuestionario de Creencias Irracionales

El Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) elaborado por Esther Calvete y Olga Cardeñoso en el año 1999 está basado en el modelo teórico de Albert Ellis desde el años de 1958 hasta el 2003. El objetivo de este reactivo es identificar las creencias

dogmáticas, no racionales, automáticas y limitadoras que el ser humano genera de manera inconsciente. Las creencias no racionales hacen que los pacientes autogeneren barreras cognoscitivas y emocionales, las cuales impiden el desarrollo adecuado en los diferentes aspectos de la vida de la persona.

Es un cuestionario que puede auto-aplicarse, consta de 100 ítems evaluado por el método dicotómico, *Sí* o *No*. Las creencias irracionales que se miden en el test son: Necesidad de Aprobación por parte de los demás, Altas auto expectativas, Culpabilización, Intolerancia a la frustración, Preocupación y Ansiedad, Irresponsabilidad Emocional, Evitación de problemas Dependencia, Indefensión y Perfeccionismo.

El puntaje se obtiene por creencia, es decir, al alcanzar 5 o 6 puntos en cada creencia significa que le limita en determinadas circunstancias, vida cotidiana, laboral o relaciones personales, mientras que si la puntuación es igual o superior a 7, dicha creencia limita muchas áreas de la vida de la persona.

Con el objetivo de identificar las puntuaciones obtenidas se realizó un análisis de las diez creencias irracionales que evaluá el reactivo, a través de la representación de los datos: minino *(Min)*, máximo *(Max)*, la media *(M)*, error típico *(Etm)* y desviación estándar *(Ds)*. (Ver tabla 4.5.).

Tabla 4.5.

Análisis descriptivo del Cuestionario de Creencias Irracionales.

	Min	***Max***	**Estadísticos**		
			M	***Etm***	***Ds***
Creencias					
Primera Creencia Irracional	2	9	6,05	0,239	1,896
Segunda Creencia Irracional	3	10	5,94	0,190	1,512
Tercera Creencia Irracional	2	10	5,87	0,213	1,690
Cuarta Creencia Irracional	1	9	5,54	0,244	1,933
Quinta Creencia Irracional	0	10	5,48	0,236	1,874
Sexta Creencia Irracional	2	10	6,02	0,237	1,879
Séptima Creencia Irracional	1	10	8,98	0,303	2,406
Octava Creencia Irracional	2	9	6,05	0,231	1,835
Novena Creencia Irracional	2	10	6,19	0,233	1,848
Décima Creencia Irracional	3	10	6,33	0,224	1,778

Nota: *63 observaciones*

El cuestionario tiene 100 ítems y la evaluación del reactivo se divide en las diez creencias irracionales, por ende, cada creencia encierra diez ítems donde el puntaje mínimo es 0 y el máximo es 10. Las creencias que tienen puntajes entre 5 y 6 puntos se encuentran dentro del rango normal y esperado, sin embargo cuando se obtiene un puntaje igual o superior a 7 puntos, existe una alta probabilidad que dicha creencia o dichas creencias le están limitando varias áreas de su vida, según diversos estudios. Se toma en cuenta estas estadísticas, es importante extraer los datos más relevantes, es decir la creencia irracional con mayor puntaje dentro de la investigación. (Ver gráfico 4.11.).

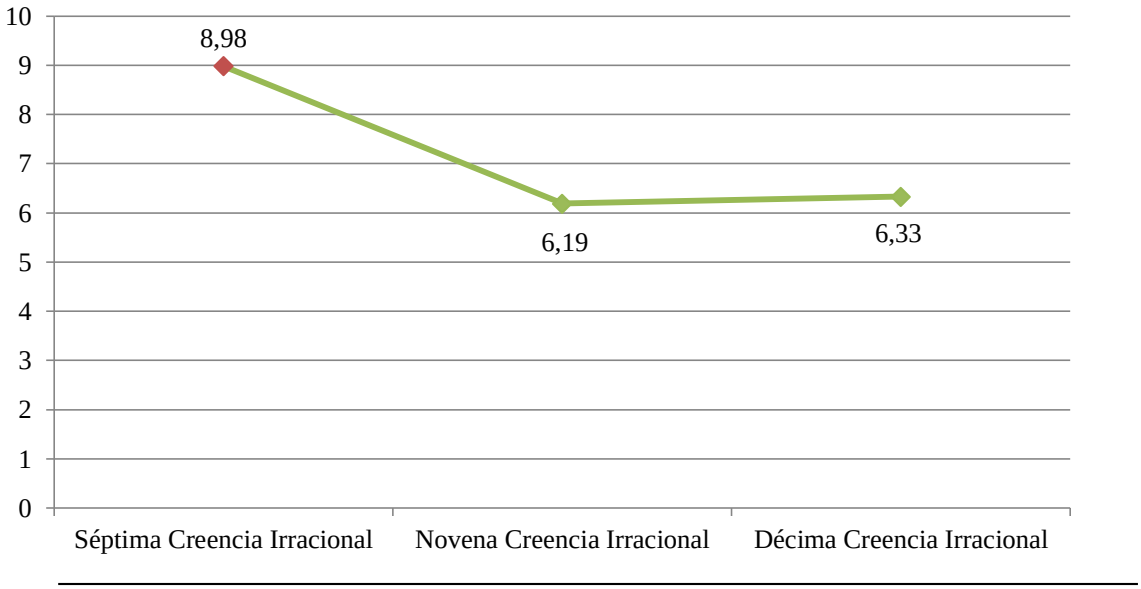


Gráfico 4.11. *Distribución de las creencias irracionales del TCI.*

En base a los datos obtenidos y expuestos con anterioridad, se evidencia que la Séptima Creencia Irracional evaluada en el Cuestionario de Creencias Irracionales es la de mayor puntaje, con 8,98 puntos, la mayoría de pacientes con cáncer mamario, es decir el 14,4% de la población evaluada posee *Evitación de Problemas* (7ma Creencia Irracional). Según Ellis y Grieger (2003) quienes poseen esta creencia "tienen como estrategia, hacer todo lo que les impida ver a la cara la situación temida, se conoce su presencia pero se teme enfrentarla y se pospone" (p. 76). Se hacen referencia a la creencia que poseen algunas personas, es más fácil evitar ciertas dificultades y/o responsabilidades para reemplazarlas por actividades más agradables, que atribuyen menor control en la solución de los mismos. La siguiente creencia con alto puntaje es la Décima Creencia Irracional, el *Perfeccionismo* con 6,33 puntos que equivale al 10,1% de las participantes. La necesidad de la paciente de ser competente y perfecto se ve intensificada al recibir el diagnóstico de cáncer mamario, según Molina, Hernández y Sarquis las pacientes que

tienden a ser perfeccionistas “suelen evitar a toda costa el conflicto y buscan la armonía, están a la defensiva, no expresa emociones negativas como el enfado o ansiedad. Entre las estrategias de afrontamiento está el desamparo, desesperanza, inhibición, negación, represión emocional y autoagresividad” (2009, p. 179). Las pacientes pueden percibir la realidad y su propia imagen corporal de un modo más negativo de lo que en realidad muestran sus cualidades.

Entre los ultimos datos relevantes, está la Novena Creencia Irracional que trata de la *Indefensión ante el cambio* con 6,19 puntos, es decir, el 9,9% de la población evaluada. Para Cardeñoso y Calvete (1999) las personas que tienen esta creencia irracional “creen que es el resultado de su historia pasada, poco puede hacer por superar sus efectos a traves de pensamientos como: Así soy y no puedo hacer nada por cambiarlo.” (p. 187). Por ende, las mujeres diagnosticadas cancer mamario tienen sentimientos de impotencia ante el cáncer y anulan la capacidad para controlar o superar problemas, frecuentemente, exteriorizándolos.

4.3. Análisis de los resultados del Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad

El Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad conlleva 20 preguntas claras y concisas para la población a aplicar, por ende, se abarca todo el contexto de feminidad según la teoría y diversos autores citados en el marco teórico de la presente investigación. El mismo tiene como objetivo el identificar una alteración en el

componente perceptivo, es decir se evidencia la presencia positiva o negativa de la percepción de la feminidad, en la cual, las preguntas se responden a través de la escala tipo Likert de 6 puntos donde 1 concierne a Nunca, 2 Raramente, 3 A veces, 4 Regularmente, 5 Casi siempre, 6 Siempre. Se extiende a tres categorías, la primera es Cultura y Sociedad y los ítems que lo evalúan son 3, 8, 11, 18 y 20; la segunda categoría abarca la Imagen Corporal, los ítems son 1,2, 5, 6, 7, 10, 13, 14, 15 y 17; finalmente la tercera categoría que es la Satisfacción y Bienestar Emocional, las preguntas contenidas son 4, 9, 12, 16 y 17. Con respecto a los resultados, el puntaje mínimo debe ser de 20 puntos, el máximo es de 100 puntos donde el punto de corte debe ser de 59 puntos, por ende, si se sobrepasa el punto de corte significa que los participantes tienen altos índices de percepción negativa de su propia feminidad.

Con el objetivo de identificar las puntuaciones adquiridas se realizó un análisis del Cuestionario de la Percepción de la Feminidad, a través de la representación de los datos: minino *(Min)*, máximo *(Max)*, la media *(M)*, error típico *(Etm)* y desviación estándar *(Ds)*. (Ver tabla 4.6.).

Tabla 4.6.

Análisis descriptivo del Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad.

	Min	***Max***	**Estadísticos**		
			M	***Etm***	***Ds***
Cuestionario					
Percepción de la Feminidad	35	104	67,78	2,263	17,964

Nota: *63 observaciones*

La evaluación del reactivo encierra 20 ítems con respecto a la Percepción de la Feminidad, el resultado global del cuestionario es *Min=35,* el máximo es de *Max=104*; la media *M= 67,78*, el error típico Etm=2,263 y la Desviación Típica *Ds=17,964*. Con respecto a la media de la muestra, el cuestionario cuyo punto de corte establecido es de 59 puntos, denota una gran diferencia con la población de la investigación. (Ver gráfico 4.12.).

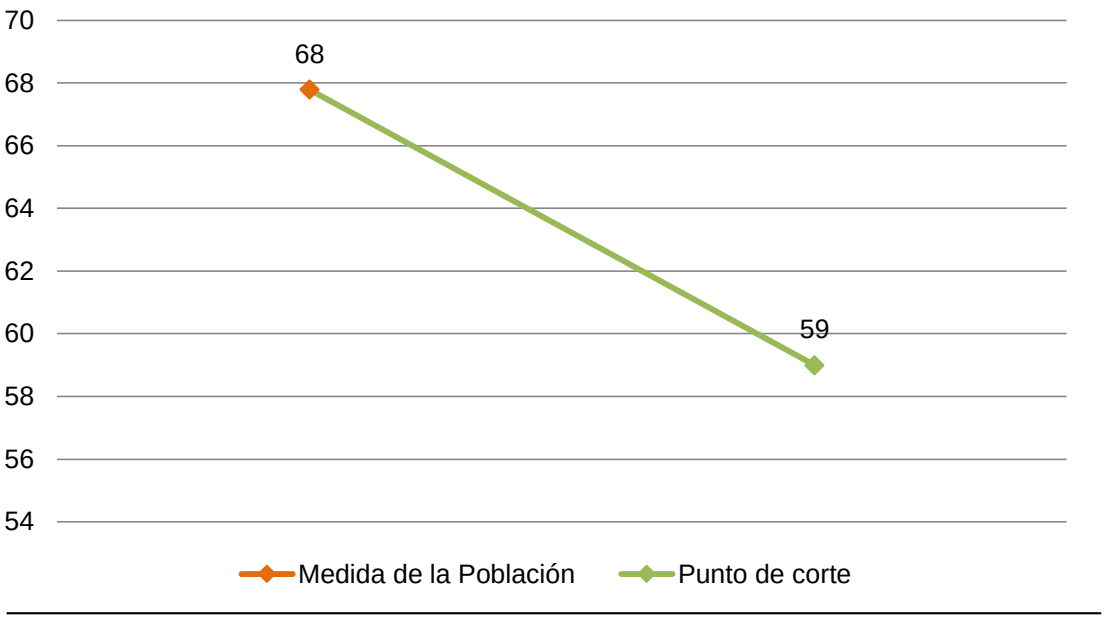


Gráfico 4.12. *Representación gráfica de los puntajes obtenidos en el Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad y los puntos de corte establecidos.*

En base a los datos obtenidos con anterioridad, fue posible determinar la medida general del cuestionario obtenida en la población evaluada. Los resultados adquiridos muestran 9 puntos mayores al punto de corte establecido, por lo tanto las pacientes evaluadas tienen un alto índice negativo sobre la percepción de su imagen corporal. Existen

características de la percepción negativa de la feminidad que evidencian en las respuestas del cuestionario, como es la insatisfacción con la imagen corporal, problemas en las relaciones personales, falta de seguridad y confianza consigo misma, preocupación con sus cualidades y atributos femeninos.

4.4. Comprobación de Hipótesis

A continuación se ejecutó el análisis necesario para la comprobación de la hipótesis, a través del establecimiento de la correlación entre las variables mediante el coeficiente de correlación de Pearson y de esta forma determinar si se acepta la hipótesis alternativa (H1) o nula (Ho).

4.4.1. Hipótesis de Trabajo

- **Hipótesis Alternativa (H1):** Existe relación entre las Creencias Irracionales y la Percepción de la Feminidad en las pacientes diagnosticadas cáncer mamario.
- **Hipótesis Nula (Ho):** No existe relación entre las Creencias Irracionales y la Percepción de la Feminidad en las pacientes diagnosticadas cáncer mamario.

4.4.2. Análisis Correlacional entre Cuestionario de Creencias Irracionales y el Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad

En esta sección se busca conocer si las variables bajo análisis presentan algún grado de relación entre ellas. El análisis correlacional de los componentes muestra que las Creencias Irracionales y la Percepción de la Feminidad no se correlacionan entre sí. Los valores a analizar serán obtenidos a través del coeficiente de correlación de Pearson. (Ver tabla 4.7.).

Tabla 4.7.

Análisis correlacional entre las Creencias Irracionales (CI) y el Cuestionario de Percepción de la Feminidad (CF)

	1ra CI	***2da CI***	***3ra CI***	***4ta CI***	***5ta CI***	***6ta CI***	***7ma CI***	***8va CI***	***9na CI***	***10ma CI***
CF	,109	-,023	,018	-,137	-,141	,113	,244	-,121	,028	,030

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

Se observó una correlación mínima entre la Séptima Creencia Irracional (Evitación de los problemas) y la Percepción de la Feminidad de $r = ,244$ lo cual es una correlación positiva baja (Suárez, 2015, p. 36). Es decir, que en la población evaluada la Evitación de Problemas se correlaciona con la Percepción de la Feminidad, de manera que mientras exista una mayor evitación o afrontamiento de los problemas o la enfermedad, menor será percepción positiva de su propia feminidad. Sin embargo es una correlación no significativa, lo que conlleva a que los resultados obtenidos en esta investigación sean muy propios y particulares de la misma, por ende no se puede generalizar a otras poblaciones similares.

En base a los datos obtenidos se evidencia una correlación baja positiva estadísticamente no significativa entre la presencia de creencias irracionales y la percepción de la feminidad, con un coeficiente de determinación de *r = ,244,* por lo tanto que un 5,95% de las pacientes con diagnóstico de cáncer mamario del Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua posee una percepción negativa de la feminidad que se relaciona con las creencias irracionales. De esta manera se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa.

4.5. Validación de Resultados

En este apartado se procederá a realizar un análisis de la objetividad de los reactivos psicológicos utilizados durante todo el desarrollo de la investigación.

4.5.1. Análisis de fiabilidaddel Cuestionario de las Creencias Irracionales (TCI)

El análisis de fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach (α) se realiza con el objetivo de identificar el nivel de confiabilidad del Cuestionario de las Creencias Irracionales (TCI).

A. Consistencia Interna

A través del análisis de consistencia interna con el coeficiente de fiabilidad de Cronbach (α), se obtuvieron los siguientes resultados. (Ver tabla 4.8.)

Tabla 4.8.

Análisis de fiabilidad Creencias Irracionales (TCI)

Factores	***Ítems***	***Alfa***
Creencias Irracionales	100	.848

Nota: *63 observaciones*

El coeficiente Alfa de Cronbach del Test de Creencias Irracionales es α=,848 lo cual, según George y Mallery si el coeficiente alfa >.8 se considera bueno (2003, p. 231). Por lo tanto la fiabilidad del total del reactivo es adecuada y confiable en su aplicación.

4.5.2. Análisis de fiabilidad del Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad

El análisis de fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach (α) se realiza con el objetivo de identificar el nivel de confiabilidad del Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad. (Ver tabla 4.9.)

B. Consistencia Interna

En el análisis de la escala de medición se busca identificar si los ítems mantienen relación con el presente estudio, por lo que se considera necesario explorar la consistencia interna con el coeficiente de fiabilidad de Cronbach (α). (Ver tabla 4.10).

Tabla 4.9.

Estimación de la Confiabilidad

Factores	***Ítems***	***Alfa***
Cuestionario	20	.953

Nota: *63 observaciones*

Después de hacer la prueba de fiabilidad con el coeficiente Alfa de Cronbach al Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad, se comprobó que el test es adecuado y confiable para su aplicación, con un α=,953 se evidencia que la fiabilidad del total del reactivo es excelente.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

En base al desarrollo del presente proyecto de investigación a través de la fundamentación bibliográfica, recolección de datos y resultados obtenidos, se concluye:

- En el presente proyecto de investigación se investigó la relación entre las creencias irracionales y la percepción de la feminidad en las pacientes con diagnóstico de cáncer mamario del Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua. Y a su vez se fundamentó teóricamente los aspectos relacionados con las creencias irracionales y percepción de la feminidad en pacientes oncológicas, específicamente en mujeres con cáncer mamario, entre ellos la definición y uso del término cáncer y cáncer mamario, así como la prevalencia, síntomas, tratamientos; generalidades, construcción y percepción de la feminidad, y finalmente acerca de las creencias irracionales como las características, permanencia y las descritas por Albert Ellis.

- A través del Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) se identificó la existencia de creencias irracionales en las pacientes con cáncer mamario, las

cuales están preestablecidas, por lo que no se generan ni establecen a raíz del diagnóstico, por lo contrario, la noticia del cáncer mamario puede impactar a las pacientes, de manera que se fortalecen y desarrollan las creencias irracionales. En el estudio se destacaron tres resultados de las diez creencias, se evidencia que la Séptima Creencia Irracional "Evitación de Problemas" es la de mayor puntaje, con 8,98 puntos, la mayoría de pacientes con cáncer mamario, es decir el 14,4% de la población evaluada la posee. La siguiente creencia con alto puntaje es la Décima "Perfeccionismo" con 6,33 puntos que equivale al 10,1% de las participantes. Finalmente esta la Novena Creencia Irracional "Indefensión ante el cambio" con 6,19 puntos, es decir, el 9,9% de las pacientes evaluadas.

- El Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad tiene como objetivo el identificar una alteración en el componente perceptivo, es decir se evidencia la presencia positiva o negativa de la percepción de la feminidad. Se determinó que las participantes poseen una percepción negativa de la feminidad (*M= 67,78*). Debido a que en los resultados adquiridos se evidencia un puntaje superior y significativo al punto de corte establecido en el cuestionario.

- En el análisis entre variables, se correlacionó las diez creencias irracionales con el cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad. Se encontró una correlación mínima entre la Séptima Creencia Irracional (Evitación de los problemas) y la Percepción de la Feminidad de *r = ,244* lo cual es una correlación positiva baja pero estadísticamente no significativa. Por lo tanto, los resultados obtenidos son

propios de la población evaluada y no se puede generalizar a otras poblaciones similares.

- Un 5,95% de las pacientes con diagnóstico de cáncer mamario del Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua posee una percepción negativa de la feminidad que se relaciona con las creencias irracionales. De esta manera se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa establecida al inicio de la investigación.

- Al no existir una comprobación de hipótesis no se pudo desarrollar un modelo empírico de la investigación. Las creencias irracionales no necesariamente están asociadas con la percepción y las mismas se ajustan a un criterio situacional, es decir depende de lo que la persona viva durante esa etapa. Mientras que la percepción de la feminidad es más un constructo a largo plazo, rasgos o roles que la paciente forma o construye a lo largo de su vida, ya sea heredado o aprendido.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda definir las diferencias entre el componente perceptivo, afectivo y conductual de la feminidad, con el fin de evaluar de forma completa esta variable, de manera cualitativa y cuantitativa para obtener mayor información en los datos.

- Se sugiere incentivar a que las áreas de psicología de los hospitales que atienden pacientes de cáncer mamario realicen terapias que desarrollen aspectos femeninos

de la mujer, de manera que no dejen a un lado todo lo que abarca su comportamiento, emociones, actitudes, pensar propio de cada paciente y su feminidad.

- Se recomienda al Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua que implemente un profesional de la Salud Mental, con el fin de que se incrementen planes de intervención con enfoque cognitivo conductual para trabajar sobre las creencias irracionales que se desarrollan desde que las pacientes con diagnóstico de cáncer mamario para apoyar en la modificación del pensamiento o malestar en la vida cotidiana.

- Ampliar la muestra poblacional, relacionar únicamente con el estado civil, la edad, la clase social e incluso tratar con pacientes con un solo tratamiento oncológico.

BIBLIOGRAFIA

Almansa, C. (2011). Las doce creencias irracionales que sustentan la neurosis (A . Ellis) y los doce curadores (E . Bach): estudio de su correspondencia. En el *Congreso SEDIBAC* (pp. 1–36).

American Cancer Society. (2017). Las emociones y el cáncer de seno. Recuperado en Octubre 18, 2017 de https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/la-vida-como-una-sobreviviente-de-cancer-de-seno/las-emociones-y-el-cancer-de-seno.html

Asociación Española Contra el Cáncer. (2017). Tipos de cáncer de mama. Recuperado de https://www.aecc.es/SobreElCancer/PorLocalizacion/CancerMama/Paginas/tipo.aspx

Asociación Española Contra el Cáncer. (2017). Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. Recuperado de https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/tratamientoquirurgico.aspx

Calvete, E. y Cardeñoso, O. (2001). Creencias, Resolución de Problemas Sociales y Correlatos Psicológicos. *Psicothema*, *13*(1), 95–100.

Cardeñoso, O. y Calvete, E. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una Escala de Creencias Irracionales abreviada. *Anales de Psicología*, *15*(2), 179–190. Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=trueydb=psyhyAN=2000-15268-003ylang=es

Casillas, A., Hernández, M. y Rodríguez, E. (2014). *Manual Para El Manejo De Pensamientos Irracionales*. Universidad de Guadalajara.

Concepción, M. y Capulín, L. (2014). Un Desafío a la Feminidad : El Cáncer de Mama A Challenge to Feminity : Breast Cancer. *International Journal of Good Conscience.*, *9*(1), 22–31. Recuperado de http://www.spentamexico.org/v9-n1/A2.9(1)22-31.pdf

Correa, J., Figueroa, J., Castaño, R., Madrid, J., Calle, M. y Sanabria, Á. (2016). Principios de Cirugía Oncológica. *Revista de Colombia*, 185–196. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v31n3/v31n3a6.pdf

De Beauvoir, S. (2005). *El Segundo Sexo*. Madrid: Cátedra.

Defez i Martín, A. (2005). ¿Qué es una Creencia? *Anales Del Seminario de Metafísica*, *38*, 199–221. Recuperado de http://www.infofilosofia.info/defezweb/Quesunacreencia.pdf

Díaz, R., Rocha, T. y Rivera, S. (2004). Elaboración, Validación y Estandarización de un Inventario para Evaluar las Dimensiones Atributivas de Instrumentalidad y

Expresividad. *Revista IIteramericana de Psicología*, *38*, 263–276.

Dosne, C. (2003). La Etiología del Cáncer Vigencia de cinco paradigmas sucesivos. *Medicina*, *63*(6), 757–760.

Ellis, A. y Grieger, R. (2003). *Manual De Terapia Racional-Emotiva*. *Editorial Desclée De Brouwer* (Vol. 2).

García, A., Hurtado, G. y Aranda, B. (2015). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, *12*(1), 129–140. Recuperado de https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/48908/45634

George, D. y Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A Simple Guide and Reference* (4.ª ed.). Boston: Allyn y Bacon.

Giraldo-Mora, C. V. (2009). Persistencia de las Representaciones Sociales del Cáncer de Mama. *Revista De Salud Publica (Bogota, Colombia)*, *11*(4), 514–525. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20169208

GLOBOCAN. (2012). Globocan 2012. Recuperado de http://globocan.iarc.fr/Default.aspx

GoodTherapy. (2015). Albert Ellis Biography. Recuperado de https://www.goodtherapy.org/famous-psychologists/albert-ellis.html

Hernandez, R., Fernandez, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*.

Metodología de la investigación. https://doi.org/- ISBN 978-92-75-32913-9

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. *Mcgraw-Hill / Interamericana de Mexico* (Vol. 6). https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Hurtig, A. y San Sebastián, M. (1998). *Cáncer en la Amazonía del Ecuador (1985-1998)*. Quito: Instituto de Epidemiología y Salud Comunitaria "Manuel Amunárriz."

Instituto Nacional del Cáncer (INC). (2016). ¿Qué es el cáncer? - National Cancer Institute. Recuperado de https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es

Jurado, G., y Rasgon, M. (2011). Ideas irracionales y Padecimientos psicológicos: Analisis en perpetradores y receptoras de violencia de pareja. *Psicopatogía Clinica Legal y Forense*, *11*, 83–99. Recuperado de http://www.masterforense.com/pdf/2011/2011art5.pdf

Kosir, M. (2017). Cáncer de mama - Ginecología y obstetricia - Manual Merck versión para profesionales. Recuperado de http://www.merckmanuals.com/es-us/professional/ginecología-y-obstetricia/trastornos-mamarios/cáncer-de-mama

Lega, L., Sura, K., Friemand, M., Kelly, O. y Paredes, M. (2009). Aculturación y diferencias en las creencias irracionales sobre el rol femenino tradicional (O ' Kelly Women Beliefs Scale) en mujeres colombianas residentes en su país de origen y en Estados Unidos Acculturation and di erences in the irrational beliefs. *Revista Colombia de Psicologia*, *18*, 53–61.

Lega, L. y Velten, E. (2008). Albert Ellis (1913-2007). *Revista Latinoamericana de Psicología*, *No.40 No.*, 189–193. Recuperado de https://doi.org/10.5944/educxx1.17.1.10708

Lima, J., Lima, M., Jiménez, N. y Domínguez, I. (2012). Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar. *Revista Española de Salud Publica*, *5*, 509–521.

Lizana, V. A. (2008). Representaciones sociales sobre feminidad de los/las estudiantes de pedagogia, en los contextos de formacion docente inicial. *Estudios Pedagogicos*, *34*(2), 115–136. Recuperado de https://doi.org/10.4067/S0718-07052009000100007

Lostao, L. (2001). *Detección Precoz del Cáncer de Mama*. Madrid: Díaz de Santos.

Martinez, A., Lozano, A., Rodriguez, A., Galindo, O. y Alvarado, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncologia*, *13*(1), 53–58. Recuperado de https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1271.4084

MedLine Plus. (2017, February 16). Cáncer de Mama. Recuperado de https://doi.org/10.7326/M15-2886

Mejía, P. (2014). *Las creencias irracionales y su influencia en las emociones positivas y negativas en madres de víctimas de abuso sexual del Sistema de Protección a Víctimas y Testigos*. Univercidad Central del Ecuador.

Merlo, L. (2015). *Eficacia de la Terapia Racional Emotiva de Ellis para el tratamiento de la ansiedad en personas drogodependientes*. Universidad del Ecuador.

Ministerio de la Protección Social, y Instituto Nacional de Cancerología. (2004). Plan Decenal para el Control del Cáncer. *Normas*. Colombia.

Molina, C., Hernández, O. y Sarquis, Z. (2009). Patrón de Personalidad Tipo C y su Relación con el Cáncer de Mama y Cérvico-Uterino. *Revista Electronica de Psicologia Iztacala*, *12*, 171–187. Recuperado de http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/15498/14729

Ordóñez, A., y Serrano, M. (2011). *Análisis de las ideas irracionales desde el enfoque cognitivo conductual en las mujeres que asisten al Centro de Equidad y Justicia "Tres Manuelas" de la zona centro ubicada en la Ciudad de Quito (Tesis de pregado)*. Universidad Politécnica Salesiana.

Organización Mundial de la Salud. (2017). OMS | Cáncer. *WHO*.

Ortega Y Gasset, J. (1976). *Ideas y Creencias*. Madrid: Espasa-Calpe.

Ostiguín, R., Pérez, S., Bernal, M. y Gigliola, N. (2008). Experiencia de mujeres con cáncer de mama en torno al Apoyo familiar. *Reporte de Investigación Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, *5*(2), 10–15.

Papalia, D., Wendkos, S., y Feldman, R. (2009). *Psicología del Desarrollo Humano*. *Mcgraw-Hill / Interamericana De Mexico* (Undécima e). México.

Pontón, J. (2015). Mujeres, cuerpo e imagen en la industria publicitaria del Ecuador (Tesis PhD). *Tesis*.

Rodríguez, M. I. (2007). Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico. Recuperado de https://repositorio.uam.es/handle/10486/2516

Rubio, B., Sirgo, A., Castillo, S., Creus, J., Martín, D. y Guma, J. (2011). Valoración del Funcionamiento Cognitivo en mujeres con cáncer de mama antes de iniciar el Tratamiento Oncológico. *Revistas Científicas Complutenses*, *8*(3), 281–300. Recuperado de https://doi.org/10.5209/rev

Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. y Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participates en un programa de intervención psicosocial. *Cliníca y Salud*, *18*(2), 137–161. Recuperado de http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=trueydb=psyhyAN=2008-01377-001ysite=ehost-live

Serrano, D. (2011). *Educación emocional para la prevención e intervención de problemas de conducta en adolescentes en el contexto escolar*. Universidad de Cuenca. Recuperado de http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/2248

Sociedad Española de Oncología Quirúrgica. (2013). *Tratamiento del Cáncer de Mama*. Madrid.

Soto, G. (2017). Construcción de un cuestionario para identificar ideas de masculinidad y feminidad en jóvenes de Santiago de Chile. *LIMINARES. Escritos Sobre Psicología y Sociedad*, *11*, 107–131. Recuperado de revistafacso.ucentral.cl/index.php/liminales/article/download/458/396

Suárez, M. (2015). Coheficiente de Correlación de Karl Pearson. Argentina: Universidad Tecnológica Nacional Regional Mendoza.

Tomasetti, C., Li, L. y Vogelstein, B. (2017). Stem cell divisions, somatic mutations, cancer etiology, and cancer prevention. *Science (American Association for the Advancement of Science.)*, *80*, 1330–1334. Recuperado de https://doi.org/10.1136/pgmj.2003.008227

UICC y Bupa. (2014). Trabajar y tener cáncer. *Unión Internacional Para El Control Del Cáncer*, 1–16.

Unidad Patológica Mamaria. (2013). *Protocolo de cáncer de mama*. Madrid.

Vergara, A. y Páez, D. (1993). Revisión teórico-metodológica de los instrumentos para la medición de la identidad de género. *Revista de Psicología Social*, *8*(2), 133–152. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/111783.pdf

Zubieta, E., Beramendi, M., & Sosa, F. (2011). Sexismo ambivalente , estereotipos y valores en el ámbito militar. Revista de Psicología, 29(1), 102–130. Recuperado de http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/viewFile/1154/1119

ANEXOS

Anexo 1: Hoja de Presentación



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sra./Srta.: _____

Por medio de la presente, se solicita obtener su autorización para formar parte del estudio en el proyecto: "Creencias irracionales y su relación con la percepción de la feminidad en pacientes con diagnóstico de cáncer mamario del Hospital Oncológico SOLCA Tungurahua". El mismo que se llevará a cabo por parte de María José Jiménez Coronel estudiante de Psicología Clínica de la PUCE Ambato, y supervisada por la investigación Psc. Cli. Tamara Naranjo, Mg. en calidad de Directora de Disertación de la Escuela de Psicología.

En esta carta pedimos a usted su consentimiento para participar en ésta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. Las personas que acepten tendrán que llenar dos reactivos, en la que se harán diversas preguntas referidas los datos sociodemográficos, las Creencias Irracionales y la Percepción de la feminidad. Su participación será Anónima. Es decir, que su nombre no aparecerá de ningún modo ni en los instrumentos, ni en los informes de la investigación que se redactarán. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Además, usted podrá dejar de responder en cualquier momento este cuestionario si así lo desea, sin que por ello reciba sanción de ningún tipo. Así mismo, en caso que lo estime pertinente usted puede recurrir a la Escuela de Psicología de la PUCE-A para resguardar sus derechos si usted percibiese que éstos han sido vulnerados en algún sentido.

Por último, si usted acepta participar, por favor llene esta carta de consentimiento, fírmela y devuelva la copia a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude en realizarla al momento de firmar o puede dirigirla al director de esta investigación Psc. Cli. Tamara Naranjo, Mg.

☐ Autorizo ser encuestado para la investigación de la Escuela de Psicología.

María José Jiménez Coronel	Firma representante investigada
Investigador Responsable	C.I. _____

Anexo 2: Ficha Sociodemográfica

Por favor, conteste a todas las preguntas: no hay respuestas correctas ni incorrectas. Este cuestionario es anónimo. Sin embargo, es importante que conteste con la máxima sinceridad.

1. Lugar de nacimiento:
2. Ciudad de residencia actual:
3. Edad:
4. Estado Civil: Soltera ( ) En Relación ( ) Casada ( ) Divorciada ( ) Unión Libre ( ) Viuda ( )
5. Número de Hijos:
6. Situación laboral: Solo Estudio ( ) Solo Trabajo ( ) No trabajo ( )
7. ¿En qué quintil socioeconómico sitúa a su familia? Extrema Pobreza ( ) Pobreza( ) Nivel Medio ( ) Nivel Medio Alto ( ) Riqueza ( )
8. ¿A qué clase social considera usted que pertenece? Baja ( ) Media baja ( ) Media ( ) Media Alta ( ) Alta ( )
9. ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron? 1 – 3 semanas ( ) 1 – 6 meses ( ) 7 – 12 meses ( ) 1 – 3 años ( ) 3 – 6 años ( ) Más de 6 años ( )
10. ¿Cuál es el tipo de tratamiento oncológico que se realiza? Mastectomía ( ) Quimioterapia ( )
11. ¿Qué tiempo lleva en tratamiento? 1 – 3 semanas ( ) 1 – 6 meses ( ) 7 – 12 meses ( ) 1 – 3 años ( ) 3 – 6 años ( ) Más de 6 años ( )

Anexo 3: Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI)

En el siguiente cuestionario aparecen dos afirmaciones. Por favor, lea con atención cada ítem y conteste Si o No.

	IDEA O SITUACIÓN	SI	NO
***1**	Para mí es importante recibir la aprobación de los demás		
***2**	Odio equivocarme en algo		
***3**	La gente que se equivoca, logra lo que se merece		
****4**	Generalmente, acepto los acontecimientos con filosofía		
****5**	Si una persona quiere, puede ser feliz en casi cualquier circunstancia		
***6**	Yo tengo temor de ciertas cosas que frecuentemente me incomodan.		
***7**	Normalmente, aplazo las decisiones importantes		
***8**	Todo el mundo necesita de alguien a quien recurrir en busca de ayuda y consejo		
***9**	"Una cebra no puede cambiar sus rayas"		
***10**	Prefiero, sobre todas las cosas, pasar el tiempo libre de una forma tranquila		
****11**	Me gusta que los demás me respeten, pero yo no tengo por qué manifestar respeto a nadie		
***12**	Evito las cosas que no puedo hacer bien		
***13**	Hay demasiadas personas malas que escapan del castigo		
****14**	Las frustraciones no me distorsionan/perturban		
****15**	A la gente no le molestan los acontecimientos, sino la imagen que tiene de ellos		
****16**	Yo siento poca ansiedad respecto de los peligros no esperados o eventos futuros		
****17**	Trato de salir adelante y tomo las tareas molestas cuando ellas surgen		
***18**	Trato de consultar a una autoridad sobre decisiones importantes		
***19**	Es casi imposible vencer/superar la influencia del pasado		
****20**	Me agrada dedicarme a muchas cosas a la vez		
***21**	Yo quiero agradarle a todo el mundo		

***22**	No me gusta competir en aquellas actividades en las que los demás son mejores que yo		
***23**	Aquellos que se equivocan o cometen errores merecen ser culpados o castigados		
***24**	Las cosas deberían ser diferentes de la manera en que actualmente son		
****25**	Yo produzco mis propias emociones		
***26**	Frecuentemente no puedo apartar mi mente de algunas preocupaciones		
***27**	Yo evito el enfrentarme a los problemas		
***28**	Las personas necesitan una fuente de fortaleza/energía fuera de sí misma		
****29**	Sólo porque una vez algo afectó mi vida de forma importante, no quiere decir que tenga que ser igual en un futuro		
****30**	Yo estoy más satisfecha cuando tengo muchas cosas que hacer		
****31**	Yo puedo gustar de mí misma aun cuando otras personas no lo hagan		
****32**	Me agrada tener éxito en algunas cosas, pero no siento que tengo que tenerlo		
***33**	La inmoralidad debería ser fuertemente castigada.		
***34**	Frecuentemente me perturbo por situaciones que no me agradan		
****35**	Las personas que son miserables usualmente se han hecho a sí mismas de esa manera		
****36**	Si no puedo evitar que algo suceda no me preocupo acerca de eso.		
****37**	Usualmente tomo las decisiones tan pronto como puedo		
***38**	Hay personas de las cuales dependo grandemente		
****39**	Las personas sobrevaloran la influencia del pasado		
****40**	Yo disfruto mucho más realizar un proyecto creativo		
****41**	Si no le agrado a los demás, ese es el problema de ellos, no el mío		
***42**	Es muy importante para mí el ser exitosa en todo lo que hago		
****43**	Raramente culpo a las personas por sus equivocaciones		
****44**	Usualmente acepto las cosas de la manera en que son, aunque no me agradan		
****45**	Nadie está mucho tiempo de mal humor o enfadado, a menos que quiera estarlo		
***46**	No puedo tolerar el tomar/correr riesgos		

***47**	La vida es demasiado corta para gastarla haciendo tareas desagradables		
****48**	Me gusta valerme por mi misma		
***49**	Si hubiere tenido diferentes experiencias, podría ser más como me gustaría ser y no como ahora soy		
***50**	Me agradaría retirarme y dejar de trabajar por completo		
***51**	Encuentro difícil el ir en contra de lo que piensan los demás		
****52**	Disfruto las actividades por el placer de realizarlas sin importar cuan buena yo sea en ellas		
***53**	El temor al castigo ayuda a las personas a ser buenas		
****54**	Si las cosas me molestan, yo simplemente las ignoro		
***55**	Entre más problemas tiene una persona, menos feliz será		
****56**	Raramente estoy ansiosa acerca del futuro		
****57**	Raramente dejo las cosas sin hacer		
****58**	Yo soy la única que realmente puede entender y enfrentar mis problemas		
****59**	Normalmente, no pienso que las experiencias pasadas me afecten en la actualidad		
****60**	Tener demasiado tiempo libre es aburrido		
****61**	Aunque me agrada la aprobación, realmente no es una necesidad para mí		
***62**	Me molesta cuando los demás son mejores que yo en alguna cosa		
***63**	Todo el mundo es básicamente bueno		
****64**	Hago todo lo que puedo por conseguir lo que quiero y una vez conseguido, deja de preocuparme		
****65**	Ninguna cosa es perturbadora en sí misma, solamente en la manera en que las interpretamos		
***66**	Yo me preocupo mucho por ciertas cosas del futuro		
***67**	Es difícil para mí el llevar a cabo ciertas tareas desagradables		
****68**	Me desagrada que los demás tomen decisiones por mí		
***69**	Nosotros somos esclavos de nuestras historias personales y del pasado		
***70**	En ocasiones desearía poder ir a una isla tropical y únicamente descansar en la playa		

	sin hacer nada más		
***71**	Frecuentemente me preocupo acerca de cuantas personas me aprueban y me aceptan		
***72**	Me molesta cometer errores		
***73**	Estoy de acuerdo de que "la lluvia caiga sobre el justo y el injusto"		
****74**	Yo disfruto honradamente de la vida		
***75**	La mayoría de las personas deberían enfrentar las incomodidades de la vida		
***76**	En ocasiones no puedo apartar un temor de mi mente		
****77**	Una vida fácil, muy pocas veces resulta compensadora		
***78**	Pienso que es fácil buscar ayuda		
***79**	Cada vez que algo afecta mi vida de forma importante, seguirá haciéndolo siempre		
***80**	Me agrada estar sin hacer nada		
***81**	Yo tengo gran preocupación por lo que otras personas sientan y piensen acerca de mí		
***82**	Frecuentemente me incomodo bastante por cosas pequeñas		
****83**	Generalmente doy una segunda oportunidad a quien se equivoca conmigo		
***84**	Las personas son más felices cuando tienen desafíos y problemas que superar		
****85**	No hay razones para permanecer afligido mucho tiempo		
****86**	Raramente pienso en cosas tales como la muerte		
****87**	Me desagrada la responsabilidad		
****88**	Me desagrada tener que depender de los demás		
***89**	La gente nunca cambia, básicamente		
***90**	La mayoría de las personas trabajan demasiado duro y no descansan lo suficiente		
****91**	Ser criticado es algo fastidioso pero no importante		
****92**	No me asusta hacer aquellas cosas que no hago del todo bien		
****93**	Nadie es malo a pesar de que sus actos lo sean		
****94**	Casi nunca me molesto por los errores de los demás.		
****95**	Cada persona construye su propio malestar interno		

***96**	Frecuentemente me encuentro a mí misma lo que haría si me encontrara en determinadas situaciones de peligro		
****97**	Si tengo que hacer algo, lo hago a pesar de que no me resulte agradable		
****98**	Yo he aprendido a no esperar que los demás se hallen muy interesados acerca de mi bienestar		
****99**	No me incomoda lo que he hecho en el pasado		
***100**	Yo no puedo sentirme realmente contenta a menos hasta encontrarme relajada y sin hacer nada		

Anexo 4: Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad

En el siguiente cuestionario aparecen varias afirmaciones. Por favor, lea con atención cada ítem y conteste ***Siempre (1), Casi siempre (2), A menudo (3), A veces (4), Raramente (5), Nunca (6)***, según corresponda

	1	2	3	4	5	6
1. ¿Has pensado que los rasgos femeninos son importantes en la vida diaria de la mujer?						
2. ¿Te preocupa tu imagen corporal?						
3. Con respecto a la identidad femenina, ¿crees que la mujer está bajo los estándares de belleza actual?						
4. ¿Te has sentido satisfecha con tus cualidades y atributos femeninos?						
5. Estar junto a otras mujeres, ¿te ha hecho reflexionar sobre tu imagen corporal?						
6. ¿Crees que los senos son parte importante de tu imagen física y corporal?						
7. ¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración? (cuando ves televisión, leyendo o conversando).						
8. ¿Antepones las necesidades de los otros (familiares y amigos) a las tuyas propias?						
9. ¿Tienes sentimientos, pensamientos y percepciones negativas en relación a tu propio cuerpo?						
10. ¿Te has imaginado modificando partes de tu cuerpo para sentir acorde a los estereotipos sociales o culturales?						
11. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu imagen corporal?						

12. ¿Crees que tu feminidad se ve relacionada con la seguridad y la confianza en sí mismo?						
13. ¿Te has sentido acomplejada por tu cuerpo?						
14. ¿Has pensado que tus relaciones sociales dependen de tu imagen corporal?						
15. ¿Crees que los senos son un factor primordial de tu feminidad?						
16. ¿Tu autoconcepto y percepción de sí misma ha influido en su comportamiento, actitudes o pensamientos?						
17. Ver tu imagen corporal reflejada en un espejo ¿te hace sentir mal?						
18. ¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (albercas, baños, vestidores)?						
19. ¿Te has fijado más en tu feminidad después de escuchar o leer comentarios (hacia ti) de otras personas?						
20. ¿Crees que el tener una imagen socialmente aceptable es necesario para sentirse bien consigo mismo’						

Pontificia Universidad Católica del Ecuador | Sede Ambato

Anexo 5: Validación del Cuestionario sobre la Percepción de la Feminidad

CATEGORÍAS DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL PROYECTO	**CREENCIAS IRRACIONALES Y SU RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DE LA FEMINIDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER MAMARIO DEL HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA TUNGURAHUA**	**LÍNEA(S) DE INVESTIGACIÓN**	**Desarrollo humano y salud mental**

Cultura y Sociedad	Imagen Corporal	Satisfacción y Bienestar Emocional

Pontificia Universidad Católica del Ecuador | Sede Ambato

CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS

PRIMERA CATEGORÍA	**Cultura y Sociedad**	**Subcategorías:** **Rol** **Atributos** **Comportamientos**	La feminidad es una caracteristica innata de la mujer, para Simone De Beauvoir (2005) las cualidades, costumbres, actitudes y comportamientos son aprendidos a traves de herencias familiares, culturales y sociales.
SEGUNDA CATEGORÍA	**Imagen Corporal**	**Subcategorías:** **Rasgos femeninos** **Cuerpo**	La feminidad abarca un conjunto de cualidades, y/o actitudes socialmete otorgados al genero femenino. Según Rubio et al. (2011) “la imagen corporal se concibe como parte del autoconcepto y percepción de sí mismo”. Los cuales influyen en los comportamientos, apariencia, habilidades externas y relaciones sociales.
TERCERA CATEGORÍA	**Satisfacción y Bienestar Emocional**	**Subcategorías:** **Pensamientos** **Sentimientos** **Percepciones**	Desde el aspecto psicológico la feminidad “es un constructo que implica sentimientos, pensamientos y percepción en relación con su propio cuerpo” (Concepción y Capulín, 2014, p. 26). Se toma en cuenta que la feminidad es una cualidad de distinción de género.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador | Sede Ambato

PREGUNTAS

PRIMERA CATEGORIA

- 3. Con respecto a la identidad femenina, ¿crees que la mujer está bajo los parámetros culturales y sociales?
- 8. ¿Antepones las necesidades de los otros a las tuyas propias?
- 11. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu imagen corporal?
- 18. ¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (albercas, baños, vestidores)?
- 20. ¿Crees que el tener una imagen socialmente deseable es necesario para sentirse bien consigo mismo?

SEGUNDA CATEGORIA

- 1. ¿Has pensado que los rasgos femeninos son importantes en la vida diaria de la mujer?
- 2. ¿Te preocupa tu imagen corporal?
- 5. Estar junto a otras mujeres, ¿te ha hecho reflexionar sobre tu imagen corporal?
- 6. ¿Los senos son parte importante de tu imagen física y corporal?
- 7. ¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración? (cuando ves televisión, leyendo o conversando).
- 10. ¿Te has imaginado modificando partes de tu cuerpo para sentir acorde a los estereotipos sociales o culturales?
- 13. ¿Te has sentido acomplejada por tu cuerpo?
- 14. ¿Has pensado que tus relaciones sociales dependen mucho de tu imagen corporal?
- 15. ¿Crees que los senos un factor primordial de tu feminidad?
- 17. Verte reflejada en un espejo ¿te hace sentir mal respecto a tu imagen corporal?

TERCERA CATEGORIA

- 4. ¿Te has sentido satisfecha con tus cualidades y atributos femeninos?
- 9. ¿Tienes sentimientos, pensamientos y percepciones negativas en relación con tu propio cuerpo?
- 12. ¿Crees que tu feminidad se ve relacionado con la seguridad y la confianza en sí mismo?
- 16. ¿Su autoconcepto y percepción de sí misma ha influido en su comportamiento, actitudes o pensamientos?
- 19. ¿Te has fijado más en tu feminidad después de escuchar o leer comentarios (hacia ti) de otras personas?