

Artículo Original

Creencias fatalistas y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama Fatalistic beliefs and coping strategies in breast cancer patients

Fabiola Orihuela-Cortés¹, Rosa Lilia Castillo-López², Edgar Landa-Ramírez^{3,4}, Oscar Galindo-Vázquez⁵.

¹ Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad Veracruzana.. Xalapa, Veracruz, México.

² Terapéutico: Centro de Psicoterapia Especializada. Xalapa, Veracruz, México.

³ Programa de Psicología de Urgencias, Hospital General Dr. Manuel Gea González

⁴ Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México

⁵ Instituto Nacional de Cancerología INCan. Gobierno de México

RESUMEN

Introducción: El cáncer de mama (CaMa) es un problema de salud pública mundial. Es el tipo de cáncer más común y la principal causa de muerte por enfermedades oncológicas en esta población. **Objetivo:** Analizar la relación entre las creencias fatalistas y las estrategias de afrontamiento en mujeres recientemente diagnosticadas con CaMa, así como explorar posibles diferencias según la escolaridad, zona de residencia y estadio clínico. **Materiales y métodos:** La muestra estuvo conformada por 130 mujeres mexicanas en atención ambulatoria, atendidas en un centro de tercer nivel en oncología. Se aplicaron dos cuestionarios: a) Inventario de Fatalismo de Powe para evaluar creencias fatalistas (predestinación, inutilidad del tratamiento y pensamientos de muerte); y b) Inventario de Estrategias de Afrontamiento (IEA) para evaluar estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas. El análisis estadístico incluyó correlaciones de Spearman y pruebas no paramétricas: Friedman para comparar niveles de los factores de afrontamiento; U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para comparar grupos según escolaridad, residencia y estadio clínico. **Resultados:** Las participantes utilizaron principalmente estrategias de afrontamiento adaptativas, especialmente reestructuración cognitiva (rango promedio = 7.47). Sin embargo el pensamiento desiderativo-estrategia desadaptativa-también tuvo niveles altos (rango promedio = 5.77). Las creencias fatalistas “predestinación” se asociaron positivamente con estrategias desadaptativas: pensamiento desiderativo ($r = 0.19$; $p = 0.05$) y evitación de problemas ($r = 0.19$; $p = 0.05$); y negativamente con reestructuración cognitiva ($r = 0.17$; $p = 0.05$). Las mujeres sin escolaridad formal y residentes de zonas rurales presentaron niveles más elevados de creencias fatalistas y un patrón de afrontamiento relacionado con estrategias desadaptativas. No se observaron diferencias significativas según el estadio clínico. **Conclusiones:** Las creencias fatalistas se asocian con la manera en que las mujeres enfrentan el diagnóstico de CaMa. Identificarlas cuando se tiene un diagnóstico reciente puede ser clave para implementar intervenciones psicológicas que promuevan estrategias de afrontamiento adaptativas, especialmente en contextos de vulnerabilidad sociodemográfica.

Palabras clave: cáncer de mama; creencias fatalistas; estrategias de afrontamiento.

SUMMARY

Introduction: Breast cancer (BC) is a major global public health concern. It is the most prevalent type of cancer and the leading cause of mortality from oncological diseases among women. **Objective:** To analyze the relationship between fatalistic beliefs and coping strategies in women recently diagnosed with breast cancer, and to explore possible differences based on educational level, place of residence, and clinical stage of the disease. **Materials and Methods:** The sample consisted of 130 Mexican women receiving care at a tertiary oncology center. Two questionnaires were administered: a) The Powe Fatalism Inventory to assess fatalistic beliefs (predestination, treatment ineffectiveness, and thoughts of death); and b) the Coping Strategies Inventory to evaluate coping strategies (adaptive and maladaptive). Statistical analyses included Spearman correlations and non-parametric tests: Friedman to compare levels of coping factors; Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests to compare groups according to educational level, area of residence, and clinical stage. **Results:** Participants primarily used adaptive coping strategies, especially cognitive restructuring (mean rank = 7.47). However, wishful thinking -a maladaptive strategy- also showed high levels (mean rank = 5.77). Fatalistic belief “predestination” was positively associated with maladaptive strategies: wishful thinking ($r = 0.19$; $p = 0.05$) and problem avoidance ($r = 0.19$; $p = 0.05$); and negatively associated with cognitive restructuring ($r = 0.17$; $p = 0.05$). Women with no formal education and those living in rural areas reported higher levels in fatalistic beliefs and a coping pattern associated with maladaptive strategies. No significant differences were found according to clinical stage. **Conclusions:** Fatalistic beliefs influence how women face a breast cancer diagnosis. Identifying these beliefs in the early stages of care may be key to implementing psychological interventions aimed at promoting more adaptive coping strategies, particularly in socio-demographically vulnerable populations.

Keywords: Breast cancer; fatalistic beliefs; coping strategies.

Autor de correspondencia: Fabiola Orihuela-Cortés. Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad Veracruzana. Veracruz, Veracruz, México. Correo electrónico: lorihuela@uv.mx

Fecha de Recepción: 9 de septiembre de 2025

Fecha de Aceptación: 9 de febrero de 2026

Introducción

El cáncer de mama (CaMa) constituye un problema de salud pública a nivel mundial que afecta predominantemente a mujeres. Es el tipo de cáncer más común y la principal causa de muerte por enfermedades oncológicas en esta población. (1) En México, ocupa el primer lugar en incidencia y mortalidad, especialmente entre las mujeres de 60 a 74 años. (2) Se estima que cada día mueren 21 mujeres por CaMa y, de mantenerse esta tendencia, para 2040 podría aumentar a 36 defunciones diarias. (3)

El diagnóstico de CaMa suele ir acompañado de emociones adversas como miedo, ansiedad y estrés psicológico. (4) La etapa clínica en la que se diagnostica tiene implicaciones pronósticas importantes, ya que los estadios más avanzados de la enfermedad se asocian con menor probabilidad de éxito del tratamiento, mayores efectos secundarios y un costo económico más elevado. (5)

Al momento del diagnóstico, las pacientes enfrentan un gran desafío para lograr un ajuste psicológico adecuado, lo cual puede lograrse mediante el uso efectivo de estrategias de afrontamiento. En la década de los ochenta, Lazarus y Folkman (6) desarrollaron la teoría del afrontamiento al estrés, que describe un proceso de evaluación cognitiva por el cual las personas determinan si cuentan con los recursos necesarios para enfrentar situaciones estresantes. Según esta teoría, el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales utilizadas para controlar o tolerar el estrés.

Las pacientes diagnosticadas con CaMa recurren a diversas estrategias de afrontamiento, ya sean adaptativas o desadaptativas, frente a las demandas que impone la enfermedad: el diagnóstico, el pronóstico, las decisiones terapéuticas, los efectos adversos del tratamiento y los cambios en su vida cotidiana. (7, 8,10) Patoo et al. (7) recomiendan evaluar el afrontamiento en pacientes con CaMa para intervenir oportunamente y disminuir sensaciones de impotencia, desesperanza y ansiedad, lo que puede mejorar su calidad de vida. Mientras que las estrategias adaptativas

ayudan a sobrellevar las exigencias de la enfermedad, las desadaptativas pueden tener efectos adversos como dificultar la adaptación a la fase del tratamiento y en general afectar su bienestar. (8) En un estudio se entrevistó a 16 mujeres con cáncer de mama en Perú, y se constató que la estrategia de afrontamiento más frecuente fue el afrontamiento emocional, muchas también recurrieron a un afrontamiento activo orientado al tratamiento médico, y otras a un afrontamiento evasivo mediante distracción o postergación de las preocupaciones. En ese contexto, las estrategias adaptativas se movilizan en función del soporte social y de la voluntad por continuar el tratamiento, mientras las respuestas evitativas o de distracción muestran la carga del malestar psíquico ante el diagnóstico. (9) En una revisión sistemática reciente sobre calidad de vida y estrategias de afrontamiento, se concluye que las estrategias adaptativas se asocian con mejor salud física y mental, mientras que las desadaptativas se vinculan con una disminución de la calidad de vida. (10)

Por otra parte, las creencias que una persona tiene sobre su enfermedad, por ejemplo, su percepción de control, influyen en las estrategias de afrontamiento que adopta. (11) La creencia de que un diagnóstico de cáncer equivale inevitablemente a una sentencia de muerte, puede actuar como una barrera psicosocial que inhibe la adopción de conductas saludables. (12) En este sentido Powe (13) propuso un Modelo de Fatalismo frente al cáncer como la creencia de que la enfermedad está predeterminada y que su diagnóstico conduce inevitablemente a la muerte. Este modelo contempla cuatro componentes: 1) miedo, es decir, el temor ante la posibilidad de tener esta enfermedad; 2) predeterminación, la idea de que la enfermedad obedece a causas externas al individuo; 3) pesimismo, pensamientos centrados en los aspectos negativos del cáncer, y 4) inevitabilidad de la muerte, la creencia de que el diagnóstico siempre lleva al fallecimiento y que el paciente no puede hacer nada para evitarlo.

En estudios realizados con pacientes con CaMa, se ha observado que las creencias fatalistas pueden favorecer el uso de estrategias de

afrontamiento desadaptativas. En este sentido, se ha documentado que dichas creencias pueden exacerbar el miedo a la recurrencia de la enfermedad, así como aumentar los síntomas de depresión y ansiedad. (14) Incluso se ha documentado que, en algunos casos, estas creencias pueden llevar a las pacientes a rechazar el tratamiento oncológico. (15)

A pesar de los avances en la comprensión de las creencias fatalistas y las estrategias de afrontamiento en pacientes con esta enfermedad en otros contextos, resulta esencial estudiar estos fenómenos en la población mexicana debido a que las mujeres diagnosticadas con CaMa en México enfrentan factores contextuales que pueden influir de manera significativa en la forma en que interpretan y afrontan la enfermedad, así como sus implicaciones, entre los cuales destacan el tiempo limitado de consulta con el personal médico especializado y los prolongados periodos de incertidumbre entre sus citas médicas. (16-18) Dado lo anterior, el objetivo de este estudio es analizar la relación entre las creencias fatalistas sobre el cáncer y las estrategias de afrontamiento en mujeres recién diagnosticadas con CaMa. Un segundo objetivo fue estudiar las diferencias en estas variables según la escolaridad, el lugar de residencia (urbano o rural) y el estadio clínico de la enfermedad.

Material y Métodos

Muestra

La población estuvo conformada por mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de mama, en estadios clínicos sin metástasis (in situ, I, II o III), que estuvieran siendo atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan), institución pública ubicada en la capital del país. El tipo de muestreo empleado fue no probabilístico por conveniencia, dado que se invitó a participar a todas las mujeres que cumplían con los criterios de inclusión conforme acudían a consulta. (19) Los criterios de inclusión fueron: a) tener como máximo una semana de haberse confirmado el diagnóstico oncológico, b) ser mayor de edad, y c) ser mexicana. Los datos sociodemográficos y

clínicos de las participantes se obtuvieron a través de los expedientes clínicos electrónico.

Procedimiento

Este estudio forma parte del proyecto “Cáncer de mama y psicooncología”, aprobado por el Comité de Ética e Investigación del INCan. Al revisar los expedientes clínicos de las pacientes, se identificaron a las que cumplían con los criterios de inclusión, y se les invitó a participar en el estudio. Se obtuvo una tasa de aceptación del 86%.

Las pacientes que aceptaron firmaron un consentimiento informado y fueron encuestadas por una psicóloga con estudios de maestría y experiencia en la atención psicológica a mujeres con CaMa. La encuesta fue aplicada, posterior a la consulta médica, de manera oral en un cubículo privado, para garantizar la comprensión total de los reactivos. Se les dijo a las participantes que no existían respuestas correctas o incorrectas, que podían retirarse en cualquier momento, y que la información proporcionada sería confidencial; que solo la encuestadora tendría acceso a los cuestionarios, y que los resultados serían utilizados exclusivamente con fines de investigación. El tiempo total de cada encuesta fue de 30 minutos aproximadamente.

Instrumentos

- Inventario de Fatalismo de Powe, basado en el modelo teórico homónimo, (20) y validado en población oncológica mexicana. (21) Consta de reactivos con opciones de respuesta dicotómicos (sí/no), agrupados en tres factores: 1) Inutilidad del tratamiento: expresa la creencia de que el diagnóstico y el tratamiento no cambiarán el desenlace fatal (ej. “Yo pienso que, si alguien tiene cáncer, no importa si se lo encuentran temprano o tarde, de todos modos va a morir de cáncer”). 2) Predestinación: refleja la idea de que el cáncer es consecuencia de fuerzas externas o del destino (ej. “Yo pienso que, si a una persona le da cáncer, así le tocaba”). 3) Pensamientos de muerte: se refiere a la idea de que el cáncer es ineludiblemente mortal (ej. “Yo pienso que, si le da cáncer a una persona, ese es el modo del cual le tocaba morir”). Los tres factores explicaron en conjunto el 73.7 % de la varianza común. La

confiabilidad del instrumento para el presente estudio se calculó mediante el Alpha de Cronbach, y fue de 0.85, 0.92 y 0.73 para los tres factores respectivamente.

- Inventario de Estrategias de Afrontamiento (IEA), validado en México. (22) Es una escala tipo Likert de cinco puntos (0 = en absoluto, 4 = totalmente), con reactivos agrupados en ocho factores, organizados en dos grandes categorías: estrategias adaptativas y desadaptativas. Aunque el instrumento ya se había utilizado en población oncológica mexicana, no se había determinado sus propiedades psicométricas en dicha población, por lo que en este estudio se realizó un análisis factorial mediante el procedimiento de extracción de Mínimos Cuadrados no Ponderados y se hizo una rotación Varimax. (23) Este procedimiento se repitió tantas veces como fue necesario para obtener una estructura factorial estable, y se eliminaron los reactivos que tuvieron una carga factorial menor a 0.40. (24) La consistencia interna se evaluó por medio del coeficiente Alfa de Cronbach. Se replicaron los ocho factores originales, que explican el 61.5% de la varianza total. Los factores de estrategias adaptativas son: 1) Resolución de problemas, que son estrategias cognitivas y conductuales para modificar la situación que produce el estrés (alpha de Cronbach $\alpha=0.78$). 2) Reestructuración cognitiva, que son estrategias cognitivas para cambiar el significado de la situación que produce estrés ($\alpha=0.86$). 3) Apoyo social, que es la búsqueda de apoyo emocional ($\alpha=0.83$). 4) Expresión emocional, que son las estrategias para liberar las emociones que acompañan al estrés ($\alpha=0.90$). Por su parte, los factores de estrategias desadaptativas son: 1) Evitación de problemas, que es la negación o la evitación de pensamientos o conductas que se han relacionado con la situación que produce estrés ($\alpha=0.77$). 2) Pensamiento desiderativo, que son pensamientos acerca del deseo de que la realidad no fuera estresante ($\alpha=0.87$). 3) Retirada social, que es el distanciamiento de amistades, familiares y personas asociadas con el proceso estresante ($\alpha=0.84$). 4) Autocrítica, que

es el juicio crítico hacia sí misma por la situación estresante, o su mal manejo ($\alpha=0.92$).

Análisis de datos

Los análisis se realizaron utilizando el software SPSS versión 25. Debido a que los datos no mostraron una distribución normal, se recurrió a estadísticos no paramétricos. Se aplicaron correlaciones de Spearman para indagar la relación entre creencias fatalistas y estrategias de afrontamiento. Para la interpretación de los coeficientes de correlación se emplearon los siguientes rangos 0.00-0.10 nula, 0.10-0.39 baja, 0.40-0.69 moderada, 0.70-0.89 alta, y 0.90-1.00 muy alta. (25) Además, se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < .05$. Se utilizó la prueba Friedman para comparar entre sí los niveles de los ocho factores del afrontamiento. Se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis (con sus respectivos análisis post hoc) para comparar los resultados según el nivel de escolaridad, la zona de residencia (urbana o rural) y el estadio clínico (in situ, I, II o III) de las participantes.

Resultados

Se recolectaron los datos de 130 pacientes con una edad promedio de 51.5 ± 12.6 años. El 51.5% de las participantes tenían una relación de pareja, el 23.1% se identificó como soltera, el 16.2% como divorciada o separada y el 9.2% como viuda. En cuanto a la ocupación, el 53.8% se dedicaba al trabajo doméstico no remunerado, el 20.0% contaba con empleo formal y el 26.2% no tenía empleo remunerado al momento de la evaluación. Respecto a la zona de residencia, la mayoría (68.5%) vivía en áreas urbanas y el 31.5% en zonas rurales. En términos educativos, el 10.8% no contaba con estudios formales, el 40.0% tenía escolaridad básica, el 26.9% media y el 22.3% superior. Finalmente, el estadio clínico de la enfermedad al momento del diagnóstico correspondió a etapas 0 y I en el 17.7% de las participantes, etapa II en el 56.2% y etapa III en el 26.2%.

En la Tabla 1 se muestran los ocho factores de las estrategias de afrontamiento, ordenados con base en sus puntajes obtenidos. El factor predominante fue reestructuración cognitiva,

Tabla 1. Niveles de estrategias de afrontamiento en las pacientes con CaMa.

Estrategia	Tipo	Rango promedio
Reestructuración cognitiva	Adaptativa	7.47
Apoyo social	Adaptativa	6.23
Pensamiento desiderativo	Desadaptativa	5.77
Resolución de problemas	Adaptativa	4.64
Expresión emocional	Adaptativa	4.22
Evitación de problemas	Desadaptativa	3.67
Retirada social	Desadaptativa	2.07
Autocritica	Desadaptativa	1.95

que forma parte de las estrategias adaptativas. Se observa que solo uno de los factores correspondientes a las estrategias desadaptativas -pensamiento desiderativo- se ubicó entre los primeros cuatro lugares. Los demás factores de estrategias desadaptativas presentaron los puntajes más bajos, lo que indica que las pacientes con CaMa tienden a utilizar mayormente estrategias de afrontamiento adaptativas ($p < .0001$).

Se encontraron varias correlaciones significativas entre las creencias fatalistas y las estrategias de afrontamiento, aunque de magnitud moderada. El factor de creencias fatalistas “predestinación” mostró una correlación positiva baja con dos de las estrategias desadaptativas: pensamiento

desiderativo ($r = 0.19$; $p = 0.05$) y evitación de problemas ($r = 0.19$; $p = 0.05$), mientras que mostró una correlación negativa baja con una estrategia adaptativa: reestructuración cognitiva ($r = 0.17$; $p = 0.05$). El factor “pensamientos de muerte” tuvo correlaciones positivas bajas con dos estrategias desadaptativas: retirada social ($r = 0.19$; $p = 0.05$) y pensamiento desiderativo ($r = 0.18$; $p = 0.05$); asimismo tuvo correlaciones negativas bajas con las cuatro estrategias adaptativas: resolución de problemas ($r = -0.20$, $p = 0.05$), expresión emocional ($r = -.20$, $p = 0.05$), apoyo social ($r = -.21$, $p = 0.05$), y reestructuración cognitiva ($r = -.38$, $p = 0.01$). Por último, el factor “inutilidad del tratamiento” mostró una correlación positiva baja con una estrategia desadaptativa: pensamiento desiderativo ($r = .17$, $p = 0.05$) y una negativa baja con una estrategia adaptativa: reestructuración cognitiva ($r = -.24$, $p = 0.05$) (Tabla 2).

En la Tabla 3 se muestran los puntajes de las creencias fatalistas de acuerdo con la escolaridad de las participantes. Quienes no tenían escolaridad presentaron niveles significativamente más elevados en los tres tipos de creencias fatalistas en comparación con el resto de las participantes: predestinación ($p < .0001$), pensamientos de muerte ($p < .0001$) e inutilidad del tratamiento ($p = .010$).

También se observaron diferencias significativas en tres factores de estrategias de afrontamiento según la escolaridad. Las pacientes sin escolaridad formal obtuvieron puntuaciones más

Tabla 2. Correlaciones entre las dimensiones de afrontamiento y las dimensiones de las creencias fatalistas.

		Predestinación	Pensamientos de muerte	Inutilidad del tratamiento
Desadaptativas	Retirada social	.098	.195*	.127
	Autocritica	.029	.088	.028
	Pensamiento desiderativo	.198*	.182*	.178*
	Evitación de problemas	.193*	.072	.076
Adaptativas	Resolución de problemas	-.109	-.206*	-.143
	Expresión emocional	-.082	-.201*	-.074
	Apoyo social	-.062	-.210*	-.099
	Reestructuración cognitiva	-.171*	-.386**	-.246*

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tabla 3. Creencias fatalistas según el nivel de escolaridad de las participantes.

		Escolaridad			
		Ninguna	Básica	Media	Superior
Creencia fatalista	Predestinación	100.00 ^{a,b,c}	70.31 ^a	54.26 ^b	53.79 ^c
	Pensamientos de muerte	86.14 ^{a,b,c}	67.42 ^a	59.26 ^b	59.62 ^c
	Inutilidad del tratamiento	85.64 ^{a,b}	65.76	61.87 ^a	62.38 ^b

altas en dos factores desadaptativos: pensamiento desiderativo ($p = .027$) y evitación de problemas ($p = .019$). En contraste, tuvieron puntuaciones más bajas en reestructuración cognitiva, que es una estrategia adaptativa ($p = .003$). En esta última estrategia se encontraron diferencias entre los cuatro grupos de escolaridad, observándose los puntajes más elevados en las pacientes con escolaridad superior (Tabla 4).

Por último, al comparar los resultados de acuerdo con el estadio clínico en el que se encontraban las pacientes, no se encontraron diferencias significativas ni en las creencias fatalistas ni en las estrategias de afrontamiento.

Discusión

El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre las creencias fatalistas sobre el cáncer y las estrategias de afrontamiento en mujeres recién

Tabla 4. Estrategias de afrontamiento según el nivel la escolaridad de las participantes.

		Escolaridad				
		Ninguna	Básica	Media	Superior	p
Estrategias adaptativas	Resolución de problemas	53.79	61.15	76.60	65.55	n.s.
	Apoyo social	61.18	57.05	76.10	69.95	n.s.
	Expresión emocional	59.25	62.11	76.90	60.84	n.s.
	Reestructuración cognitiva	32.96 ^{a,b,c}	65.79 ^c	77.27 ^b	66.48 ^a	.003
	Autocrítica	59.61	70.56	64.89	60.02	n.s.
Estrategias desadaptativas	Pensamiento desiderativo	88.93 ^a	69.11 ^b	59.36 ^b	55.86 ^{a,b}	.027
	Evitación de problemas	77.36 ^a	75.15	56.96	52.78 ^a	.019
	Retirada social	60.79	67.18	64.39	66.10	n.s.

En cuanto a la zona de residencia de las participantes (urbana o rural), se identificaron dos diferencias significativas. Las mujeres de zona rural presentaron más creencias fatalistas de predestinación ($p = .0032$), así como un mayor uso de la estrategia desadaptativa evitación de problemas ($p = .046$) (Tabla 5).

Tabla 5. Creencias fatalistas según la zona de residencia de las participantes.

		Zona de residencia		
		Rural	Urbana	p
Creencia fatalista	Predestinación	81.00	60.44	.0032
	Evitación de problemas	77.00	61.74	.046

diagnosticadas con CaMa. Además, se exploraron las diferencias de acuerdo con la escolaridad, la zona de residencia y el estadio clínico de la enfermedad.

Uno de los hallazgos más relevantes fue que las participantes utilizaron predominantemente estrategias adaptativas de afrontamiento, en particular la reestructuración cognitiva. Este hallazgo es relevante considerando que la reestructuración cognitiva es un componente central de intervenciones basadas en terapia cognitivo-conductual, que han mostrado eficacia para reducir síntomas de depresión y ansiedad, así como para mejorar la calidad de vida en mujeres con CaMa. (26) El hecho de que esta

estrategia haya sido la más utilizada en el presente estudio sugiere que, al menos en esta muestra, constituye un recurso central de afrontamiento, posiblemente por su utilidad para mantener el equilibrio emocional ante la enfermedad. En esta población, la alta frecuencia de reestructuración cognitiva podría estar vinculada al acompañamiento psicooncológico y a la disponibilidad de información clara en el centro de atención donde se reclutó la muestra, ya que al tratarse de un Instituto especializado en el tratamiento del cáncer, puede favorecer estrategias más activas y orientadas a la regulación emocional desde etapas tempranas del diagnóstico.

Las correlaciones encontradas entre las creencias fatalistas y las estrategias de afrontamiento sugieren que, en general, estas creencias se asocian más con patrones desadaptativos. Los tres tipos de creencias evaluadas -predestinación, pensamientos de muerte e inutilidad del tratamiento- mostraron correlaciones positivas con al menos una estrategia desadaptativa, y correlaciones negativas con al menos una adaptativa. Esto indica que, cuando las creencias fatalistas están más presentes, también lo están formas de afrontamiento menos adaptativas para la regulación emocional, y se observa un menor uso de recursos adaptativos. Cabe mencionar que, aunque las correlaciones encontradas fueron de magnitud baja, esto no excluye su relevancia clínica, ya que el afrontamiento ante el cáncer es un proceso multifactorial. Estas asociaciones podrían explicarse por variables culturales que influyen en la manera de enfrentar la enfermedad, por lo cual se sugiere que futuras investigaciones integren variables no consideradas en este estudio, como creencias sociales sobre el cáncer, apoyo social o alfabetización en salud. Además, estos resultados coinciden con los de una revisión meta-analítica en la que se reportan asociaciones entre el fatalismo y comportamientos de afrontamiento menos saludables. (27) Por su parte, en un estudio realizado en Singapur se encontró que el fatalismo ante el cáncer actúa como mediador entre ciertas creencias culturales

(optimismo, pesimismo, superstición y pensamiento dialéctico ingenuo) y conductas de prevención del cáncer. (28) Aunque en el estudio citado no se aborda directamente el afrontamiento, los resultados refuerzan la idea de que el fatalismo influye en la forma en que las personas procesan y responden ante la enfermedad. En este sentido, el fatalismo, entendido como percepción de falta de control o inevitabilidad, puede contribuir a reforzar creencias que dificultan una adaptación activa, más que reflejar pasividad absoluta. (28)

Comprender de qué manera las creencias fatalistas se relacionan con el afrontamiento ante el cáncer es relevante para el diseño de intervenciones psicoeducativas que desafíen dichas creencias y favorezcan estrategias de afrontamiento más funcionales. Es importante considerar que el fatalismo no es un constructo unidimensional, Shahid et al. (12), proponen que puede adoptar al menos dos formas diferenciadas: el fatalismo pasivo o clásico, caracterizado por la creencia de que el destino está completamente determinado y que las acciones individuales no modifican los resultados; y el fatalismo activo, que implica una aceptación del destino, pero acompañada de una creencia en la propia agencia y responsabilidad. Esta distinción es conceptualmente relevante, ya que la mayoría de los instrumentos -incluido el utilizado en este estudio- exploran la forma pasiva del fatalismo. Incorporar esta diferenciación en futuras investigaciones podría enriquecer la comprensión del papel psicológico del fatalismo en el contexto del cáncer.

En los análisis por escolaridad, se observó que las mujeres sin estudios formales presentaron mayores niveles de creencias fatalistas, así como un uso más frecuente de estrategias desadaptativas y un menor uso de recursos cognitivos como la reestructuración cognitiva. Si bien la asociación entre escolaridad y estrategias de afrontamiento requiere más investigación, estudios previos han documentado que un menor nivel educativo se asocia de forma consistente con creencias fatalistas más arraigadas. Por ejemplo, Keller et al. (29) aplicaron el mismo cuestionario de fatalismo que

el aplicado en este trabajo a mujeres que acudían a realizarse una mastografía, y encontraron que los niveles bajos de escolaridad se asocian a fuertes creencias fatalistas. Estos resultados podrían explicarse por desigualdades estructurales persistentes en personas con baja escolaridad, como el acceso limitado a información médica comprensible y la poca familiaridad con procesos oncológicos especializados, lo que puede fortalecer interpretaciones fatalistas y dificultar el uso de estrategias cognitivas como la reestructuración. En este sentido, la baja escolaridad no solo restringe el acceso a información médica, sino que también puede favorecer interpretaciones más pesimistas o deterministas de la enfermedad. Esto sitúa a las mujeres sin estudios en una posición de mayor vulnerabilidad psicológica, y plantea la necesidad de intervenciones focalizadas que consideren tanto su nivel educativo como su marco de creencias. También se encontraron diferencias significativas según la zona de residencia. Las participantes de zonas rurales mostraron mayores creencias de predestinación y mayor uso de la estrategia evitación de problemas. Estos hallazgos podrían estar vinculados a barreras estructurales que enfrentan las mujeres rurales en México, como el acceso limitado a información, a atención médica especializada, a redes de apoyo social y la menor disponibilidad de servicios psicosociales. En un estudio reciente realizado en Estados Unidos, también se encontró que las personas de zonas rurales tienen mayores creencias fatalistas sobre el cáncer. (30) Esto sugiere que las condiciones del ámbito rural pueden potenciar la adopción de creencias que dificultan la participación activa en la prevención y el manejo de la enfermedad, y refuerzan la necesidad de diseñar intervenciones diferenciadas que mejoren el acceso a información especializada, adapten el contenido según el nivel educativo y atiendan las condiciones específicas de las zonas rurales. Los hallazgos encontrados con relación a la escolaridad y a la zona de residencia resaltan la importancia de fortalecer los esfuerzos de alfabetización en salud en México,

particularmente en poblaciones con menor escolaridad y en zonas rurales. Mejorar la comprensión de la enfermedad, sus tratamientos y el papel activo de la persona en su cuidado puede contribuir a reducir las creencias fatalistas y promover estrategias de afrontamiento más adaptativas. Esto implica diseñar intervenciones culturalmente pertinentes, capacitar al personal de salud e integrar la educación para la salud como parte fundamental de la atención oncológica.

Finalmente, el hecho de que no se encontraran diferencias significativas según el estadio clínico en el que se encontraban las pacientes, podría deberse a que ninguna de ellas estaba en estadio IV, que se caracteriza por la presencia de metástasis. La ausencia de diferencias podría indicar que, en estadios iniciales y poco avanzado del cáncer, las necesidades emocionales y la percepción de amenaza son relativamente similares, especialmente cuando el diagnóstico es reciente. Se sugiere que en futuras investigaciones, se analice si la extensión de la enfermedad influye en las percepciones sobre el pronóstico o en el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas. Como señalan Islam et al. (31), las estrategias de afrontamiento tienden a modificarse conforme avanza la enfermedad, y aquellas de tipo adaptativo pueden contribuir a una mejor calidad de vida y a una disminución del malestar psicológico.

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, no se incluyeron pacientes en estadio IV, lo que restringe el análisis de los resultados en contextos clínicos más avanzados. Además, aunque la muestra se obtuvo en una institución de tercer nivel de atención que atiende a pacientes de todo el país, no se utilizó un muestreo probabilístico, lo que podría limitar la representatividad de ciertos perfiles de pacientes y generar un posible sesgo de selección. Por otro lado, al utilizar cuestionarios de autoinforme, las respuestas podrían estar influenciadas por sesgos de deseabilidad social. Este formato puede incrementar la influencia de factores relacionales, es decir, características de la persona entrevistadora (p. ej., tono de voz,

expresión facial) que pueden incidir en las respuestas, así como la percepción de estar siendo evaluadas. Estas condiciones pueden llevar a algunas participantes a modificar sutilmente sus respuestas para evitar vergüenza o para no parecer “ignorantes” o “negativas”. Futuras investigaciones podrían beneficiarse de muestras más amplias y diversas -tanto en términos sociodemográficos como clínicos- para profundizar en la comprensión de la relación entre creencias fatalistas y afrontamiento. También se sugiere explorar en qué medida las pacientes tienen acceso real a servicios de atención psicosocial, como apoyo psicológico, grupos de acompañamiento emocional y orientación social, ya que estos recursos pueden influir en la forma en que enfrentan la enfermedad, particularmente en contextos de vulnerabilidad. A pesar de estas limitaciones, los hallazgos del presente estudio refuerzan la idea de que las creencias sobre el cáncer afectan la manera en que las pacientes enfrentan la enfermedad una vez diagnosticada. En este sentido, la identificación oportuna de creencias fatalistas en contextos clínicos puede facilitar intervenciones psicológicas que promuevan estrategias más funcionales de afrontamiento y favorezcan el bienestar.

Conclusiones

Los resultados de este estudio confirman la relevancia de considerar las creencias fatalistas como un componente clave en el análisis del afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. Estas creencias no solo influyen en la forma en que se interpreta la enfermedad, sino también en los recursos psicológicos que se utilizan para enfrentarla. Asimismo, se observaron diferencias importantes según el nivel educativo y la zona de residencia, lo que sugiere que estas variables deben ser consideradas al momento de diseñar intervenciones psicosociales. En síntesis, los hallazgos subrayan la importancia de abordar no solo los aspectos médicos de la enfermedad, sino también las creencias y recursos psicológicos con los que las pacientes enfrentan el diagnóstico. Integrar este enfoque en la atención oncológica puede contribuir a mejorar la calidad de vida de

las pacientes, favorecer su adaptación emocional y fortalecer su participación activa en el tratamiento.

Referencias

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229–63. doi: 10.3322/caac.21834
2. INEGI. Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el Cáncer [Internet]. 2025 Ene 30 [citado 2025 Jul 01]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/sala-deprensa/aproposito/2025/EAP_DMvsCancer25.pdf
3. Hernández M. La principal causa de muerte de mexicanas mayores de 30 años [Internet] *Gaceta UNAM.* 2022 Oct 17. Disponible en: <https://www.gaceta.unam.mx/la-principal-causa-de-muerte-de-mexicanas-mayores-de-30-ano>
4. Yan J, Wang F, Yu X. Effects of mindfulness therapy on breast cancer patients with depression or anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Actas Esp Psiquiatr.* 2025;53(2):422–32. doi:10.62641/aep.v53i2.1949
5. Breast Cancer Research Foundation. About breast cancer [Internet]. 2025 [citado 2025 Jul 01]. Disponible en: <https://www.bcrf.org/about-breast-cancer>
6. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
7. Patoo M, Allahyari AA, Moradi AR, Payandeh M, Hassani L. Studying the relation between mental adjustment to cancer and health-related quality of life in breast cancer patients. *Int J Cancer Manag.* 2018;11(7). doi:10.5812/ijcm.8407
8. Nguyen HT, Srirat C, Chaiard J. Mental adjustment and quality of life in breast cancer patients receiving operations and chemotherapy, the Socialist Republic of Vietnam. *Nurs J CMU.* 2022;49(1):13–24.

9. Rivera-Cruzatt FD, Cubillas-Espinoza PP, Malvaceda-Espinoza EL. Afrontamiento psicológico en pacientes mujeres con cáncer de mama de un hospital de Lima Metropolitana. *Rev. Peru. Med. Exp. Salud Publica*. 2023; 39: 400-407.
10. Cervantes-Silva P, Reynaga-Ornelas L. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer mamario: revisión de literatura. *CuidArte*. 2023;12(24). doi:10.22201/fesi.23958979e.2023.12.24.84615
11. Stephenson P, Yuen E, Skaczkowski G, Spelten ER, Orbell S, Wilson C. The impact of illness perceptions and coping strategies on use of supportive care for cancer. *Cancers (Basel)*. 2021;13(10):2501. doi:10.3390/cancers13102501
12. Shahid F, Beshai S, Del Rosario N. Fatalism and depressive symptoms: active and passive forms of fatalism differentially predict depression. *J Relig Health*. 2020;59:3211–26. doi:10.1007/s10943-020-01024-5
13. Powe BD, Finnie R. Cancer fatalism – the state of the science. *Cancer Nurs*. 2003;26:454–65. doi: 10.1097/00002820-200312000-00005
14. Tsai W, Wang JH. Fatalism and psychological distress among Chinese American breast cancer survivors: mediating role of perceived self-control and fear of cancer recurrence. *Int J Behav Med*. 2023;30:705–13. doi: 10.1007/s12529-022-10136-z
15. Salisu WJ, Mirlashari J, Seylani K, Varaei S, Thorne S. Fatalism, distrust, and breast cancer treatment refusal in Ghana. *Can Oncol Nurs J*. 2022;32(2):198–205. doi: 10.5737/23688076322198205
16. Pérez-Fortis A, Fler J, Sánchez-Sosa JJ, Veloz-Martínez MG, Alanís-López P, Schroevers MJ, Ranchor AV. Prevalence and factors associated with supportive care needs among newly diagnosed Mexican breast cancer patients. *Support Care Cancer*. 2017; 25:3273-3280. doi: 10.1007/s00520-017-3741-5
17. Pérez-Fortis A, Fler J, Schroevers MJ, Alanís López P, Sánchez Sosa JJ, Eulenburg C, Ranchor AV. Course and predictors of supportive care needs among Mexican breast cancer patients: A longitudinal study. *Psychooncology*. 2018; 27:2132-2140. doi: 10.1002/pon.4778
18. Pérez-Fortis A, Schroevers MJ, Fler J, Alanís-López P, Veloz-Martínez MG, Ornelas-Mejorada RE, Sanderman R, Ranchor A, Sánchez Sosa JJ. Psychological burden at the time of diagnosis among Mexican breast cancer patients. *Psychooncology*. 2017; 6: 133-136. doi: 10.1002/pon.4098
19. Hernández-González O. Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Rev cuba med gen integral*. 2021; 37(3).
20. Powe BD, Johnson A. Fatalism as a barrier to cancer screening among African-Americans: philosophical perspectives. *J Relig Health*. 1995;34:119–26. doi: 10.1007/BF02248767
21. Castillo-López RL, Lagunes-Córdoba R, Vázquez OG, Landa-Ramírez E, Marván-Garduño ML. Validación de la versión castellana del Inventario de Fatalismo de Powe en población mexicana con cáncer. *Psicooncología*. 2019;16(1):89. doi:10.5209/PSIC.63650
22. Nava-Quiroz C, Ollua P, Vega CZ, Soria R. Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicol Salud*. 2010; 20(2): 213–20. doi: 10.25009/pys.v20i2.604
23. Ferrando PJ, Anguiano-Carrasco C. El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo*. 2010. 31(1).
24. Anastasi A, Urbina S. *Psychological testing*. 7th ed. New York: Prentice Hall; p. 721.
25. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesth Analg*. 2018;126(5): 1763-1768. doi: 10.1213/ANE.0000000000002864
26. Getu MA, Changying C, Wang P, Mboineki J, Dhakal K, Du R. The effect of cognitive behavioral therapy on the quality of life of

- breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Qual Life Res.* 2021; 30: 2853–67. doi: 10.1007/s11136-020-02665-5
27. Cohn LD, Esparza del Villar ÓA. Fatalism and health behavior: a meta-analytic review. Ciudad Juárez: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. 2015. doi.org/10.13140/RG.2.2.10843.98085
 28. Kim HK, Lwin MO. Cultural determinants of cancer fatalism and cancer prevention behaviors among Asians in Singapore. *Health Commun.* 2020. doi: 10.1080/10410236.2020.1724636
 29. Keller KG, Toriola AT, Schneider JK. The relationship between cancer fatalism and education. *Cancer Causes Control.* 2021;32(2):109–18. doi: 10.1007/s10552-020-01363-4
 30. Jensen JD, Shannon J, Iachan R, Deng Y, Kim SJ, Demark-Wahnefried W, Faseru B, Paskett ED, Hu J, Vanderpool RC, Lazovich D, Mendoza JA, Shete S, Robertson LB, Balkrishnan R, Briant KJ, Haaland B, Haggstrom DA, Fuemmeler BF. Examining rural-urban differences in fatalism and information overload: data from twelve NCI-designated cancer centers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2022;31(2):393–403. doi:10.1158/1055-9965.EPI-21-0355
 31. Islam N, Bhuiyan AKMMR, Alam A, Chowdhury MK, Biswas J, Banik PC, Molla MMA, Kowshik MM, Sarker M, Ahmed N. Coping strategy among the women with metastatic breast cancer attending a palliative care unit of a tertiary care hospital of Bangladesh. *PLoS One.* 2023;18(1):e0278620. doi: 10.1371/journal.pone.0278620.