



---

**UNIVERSIDAD VERACRUZANA**

**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS  
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**CREENCIAS FATALISTAS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO  
EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE**

**DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

Presenta

**MTRA. ROSA LILIA CASTILLO LÓPEZ**

**Comité tutorial:**

**Dra. María Luisa Marván Garduño (Directora)**

**Dr. Edgar Landa Ramírez (Asesor)**

**Dr. Roberto Lagunes Córdoba (Asesor)**

**Xalapa-Enríquez, Veracruz**

**Septiembre 2019**

**Dra. Sara Ladrón de Guevara**

Rectora

**Dra. María Magdalena Hernández Alarcón**

Secretaria Académica

**Dr. Ángel R. Trigos Landa**

Directora General de Investigaciones

**Dr. Pedro Gutiérrez Aguilar**

Director General de Área de Ciencias de la Salud

**Dr. José Rigoberto Gabriel Argüelles**

Director General de la Unidad de Estudios de Posgrado

**Dr. Ricardo García Valdez**

Director del Instituto de Investigaciones Psicológicas

**Dra. María Erika Ortega Herrera**

Coordinadora Académica del Doctorado en Psicología

## **Reconocimientos**

Al Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, por el continuo esfuerzo que realiza por alcanzar la excelencia académica en sus alumnos y muy especialmente por haberme acogido desde mis estudios de licenciatura.

A la Dra. Ma. Luisa Marván Garduño por su dedicación, compromiso y por compartir conmigo sus conocimientos y su experiencia durante toda mi formación académica. Es y siempre será mi ejemplo a seguir.

Al Dr. Roberto Lagunes Córdoba y al Dr. Edgar Landa Ramírez que me apoyaron en todo momento para la realización del presente trabajo como parte de mi comité tutorial.

A mi jurado por sus valiosos comentarios que enriquecieron este trabajo: Dr. Oscar Galindo Vázquez, Dra. Socorro Herrera Meza y Dra. María Erika Ortega Herrera.

A mi familia, en especial a mis padres y mis hermanas por apoyarme y ser parte de este logro.

A mis amigos por motivarme en el proceso. Gracias Aye, Jessi y Marifer.

A todas las pacientes que aceptaron participar, sin ellas no habría sido posible realizar este estudio.

# Índice

<b>Resumen</b> .....	7
<b>Introducción</b> .....	9
<b>Encuadre epistemológico</b> .....	11
<b>Marco teórico</b> .....	12
<b>Cáncer de mama</b> .....	12
Epidemiología del cáncer de mama.....	12
Etapas del cáncer de mama.....	14
Factores de riesgo .....	16
Esquemas de tratamiento para el cáncer de mama.....	19
<b>Creencias fatalistas</b> .....	24
Conceptualización del modelo de fatalismo en cáncer.....	25
Creencias fatalistas del cáncer de mama .....	29
Medición de fatalismo en pacientes con CaMa.....	36
<b>Afrontamiento</b> .....	39
Conceptualización del modelo de afrontamiento en cáncer .....	40
Estrategias de afrontamiento al cáncer de mama.....	43
Medición de afrontamiento en pacientes con CaMa.....	52
<b>Justificación y planteamiento del problema</b> .....	55
<b>Preguntas de investigación</b> .....	56
<b>Objetivos</b> .....	56
Objetivo general.....	56
Objetivos específicos .....	56
<b>Hipótesis</b> .....	57
<b>Método</b> .....	58
Tipo de estudio. ....	58
Participantes. ....	58
Procedimiento.....	59
Variables .....	60
Técnicas de recolección de datos.....	62
Aspectos éticos.....	64
Análisis de datos.....	65
<b>Estudio 1</b> .....	66
Análisis psicométricos de los instrumentos.....	66
<b>Estudio 2</b> .....	67
Análisis inferenciales.....	67
<b>Resultados</b> .....	68
Características generales de la muestra .....	68
<b>Estudio 1</b> Análisis psicométricos de los instrumentos.....	70
Inventario de Fatalismo de Powe .....	70

Inventario de Estrategias de Afrontamiento .....	72
<b>Estudio 2 Análisis inferenciales.....</b>	<b>76</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>81</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>88</b>
<b>Apéndice A. Diagrama prisma y términos de revisión de literatura.....</b>	<b>101</b>
<b>Apéndice B. Términos MeSH y palabras clave utilizados en las revisiones de literatura sobre fatalismo y afrontamiento. ....</b>	<b>102</b>
<b>Apéndice C. Ficha de datos sociodemográficos.....</b>	<b>103</b>
<b>Apéndice D. Cuestionario de satisfacción en la comunicación médico-paciente y dudas acerca del diagnóstico y tratamiento médico. ....</b>	<b>104</b>
<b>Apéndice E. Inventario de Estrategias de Afrontamiento .....</b>	<b>105</b>
<b>Apéndice F. Inventario de Fatalismo de Powe.....</b>	<b>107</b>
<b>Apéndice G.....</b>	<b>108</b>

## Lista de tablas y figuras

Tabla 1. Estadios del cáncer de mama y sus características. ....	12
Tabla 2. Estudios encontrados en la revisión de literatura sobre creencias fatalistas en pacientes con cáncer de mama .....	29
Tabla 3. Estudios encontrados en la revisión de literatura sobre estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama .....	40
Tabla 4. Características sociodemográficas y clínicas de las participantes.....	55
Tabla 5. Características clínicas de las participantes.....	55
Tabla 6. Estructura factorial del IFPE-C en pacientes con CaMa.....	58
Tabla 7. Estructura factorial del IEA (matriz rotada).....	60
Tabla 8. Nivel de las estrategias de afrontamiento de las pacientes.....	62
Tabla 9. Comparación de Estrategias de afrontamiento por grupos de escolaridad.....	63
Tabla 10. Comparación de Creencias fatalistas por grupos de escolaridad.....	64
Tabla 11. Correlaciones entre las dimensiones de las estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las creencias fatalistas .....	65

## Resumen

El cáncer de mama representa un grave problema de salud pública, pues ocupa los primeros lugares de incidencia y mortalidad por cáncer a nivel mundial. Existen barreras psicosociales que obstaculizan las conductas saludables relacionadas con el cáncer, entre las que se encuentran las creencias fatalistas. Además, recibir un diagnóstico de cáncer requiere un proceso de adaptación psicológica que permita a las pacientes afrontar adecuadamente el diagnóstico y los tratamientos. El objetivo de la presente investigación fue explorar las creencias fatalistas y las estrategias de afrontamiento al cáncer de mama, y analizar la relación entre estas variables. Además, se analizaron las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados y se compararon los resultados de acuerdo a la escolaridad y al nivel de satisfacción con el médico.

La muestra fue de 130 pacientes con cáncer de mama del Instituto Nacional de Cancerología. Los instrumentos utilizados fueron: a) Inventario de Fatalismo de Powe en Español, Inventario de Estrategias de Afrontamiento, b) cuestionario de datos sociodemográficos y c) cuestionario de satisfacción en la comunicación médico-paciente y dudas sobre el diagnóstico y tratamiento. El estudio se dividió en dos estudios: 1) validación de los inventarios en población oncológica mexicana. Se observó que poseen propiedades psicométricas adecuadas. 2) análisis inferenciales, encontrándose una correlación positiva entre todas las dimensiones de las creencias fatalistas y las estrategias de afrontamiento desadaptativas. También se observó que las pacientes con menor escolaridad reportaron mayores creencias fatalistas y más estrategias de afrontamiento desadaptativas. Por último, se encontró que las pacientes que percibían dudas sobre diagnóstico y/o tratamiento presentaron mayores estrategias de afrontamiento centradas en pensamientos desiderativos y

evitación de problemas relacionados con el cáncer. A partir de los hallazgos, se plantea la necesidad de diseñar intervenciones psicológicas que disminuyan las creencias fatalistas sobre el cáncer, que promuevan la adecuada comunicación médico-paciente y que fomenten el apego a estrategias de afrontamiento adaptativas, especialmente en pacientes con baja escolaridad.

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



## **Introducción.**

El cáncer es una enfermedad caracterizada por la presencia de nuevas células que crecen en diversas partes del cuerpo y se extienden sin control. Según datos de la Organización Mundial de la salud (OMS), cáncer de mama es el tipo de cáncer que se presenta con mayor frecuencia en las mujeres en todo el mundo (OMS, 2016); en México es también la principal causa de muerte en mujeres (Ferlay et al., 2018). El cáncer de mama es considerado una enfermedad que provoca una desestabilización de los proyectos de vida y conlleva importantes pérdidas, principalmente la pérdida de la salud, la estabilidad económica, así como cambios en la vida sexual (Giraldo-Mora, 2009).

El recibir un diagnóstico de cáncer implica que el individuo haga juicios sobre la enfermedad y utilice operaciones cognitivas que le permitan identificar su gama de posibilidades para manejar la situación (Adamczak, 1996). Las herramientas cognitivas para hacer frente a situaciones de este tipo están determinadas en gran medida por el significado que se le da a la enfermedad. Este significado es el resultado de las representaciones de cada cultura, los conocimientos populares, y las creencias individuales (Giraldo-Mora, 2009).

Las creencias fatalistas sobre el cáncer se refieren a la idea de que la presencia de esta enfermedad está predeterminada por fuerzas externas y que además, una vez diagnosticado, el cáncer provocará inevitablemente la muerte de quien lo padece (Abraido-Lanza et al., 2007; Powe y Finnie, 2003). Este tipo de creencias pueden determinar la conducta de los pacientes para elegir estrategias de afrontamiento ante la enfermedad (Abraido-Lanza et al., 2007).

Identificar el tipo de afrontamiento utilizado permitiría anticipar potenciales dificultades para la adecuada adaptación a la enfermedad, en este sentido, el afrontamiento puede ser un indicador efectivo de la forma en la que las pacientes con cáncer se adaptan al diagnóstico y al tratamiento (Haber, 2000).

En el presente trabajo se analizó la relación entre las creencias fatalistas y las estrategias de afrontamiento que siguen las pacientes con cáncer de mama, y de que forma, tanto las estrategias como las creencias, varían en pacientes con diversas características como la escolaridad, la comunicación con el médico y los conocimientos acerca de la enfermedad y/o tratamiento.

### **Encuadre epistemológico**

La presente investigación tiene una base en el paradigma metodológico cuantitativo. En este paradigma es indispensable el proceso de recolección de datos que permita la comprobación de hipótesis previamente planteadas por el investigador. Además, los datos recolectados deberán ser susceptibles de medición y serán sometidos a análisis estadísticos para establecer patrones de comportamiento que favorezcan propuestas teóricas (Hernández, Fernández y Baptista, 2008). A su vez, este paradigma se sustenta en el positivismo, el cual tiene sus orígenes con Auguste Comte entre el siglo XIX y el XX. Comte enunció que el conocimiento científico es aquel que procede de la experiencia, de tal forma que se rechaza cualquier noción a priori y todo concepto total y absoluto. Por lo anterior, el hecho resulta ser la única realidad científica, y así, la experiencia y la inducción son métodos exclusivos de la ciencia.

Por otro lado, los contenidos de este estudio también se insertan en el campo de la psicología de la salud, desde la cual se integran diversas teorías y explicaciones cognitivas, conductuales, de desarrollo y sociales relacionadas con el proceso salud-enfermedad (Morrison y Bennett, 2008). Los modelos teóricos que sirvieron de base para el desarrollo de este estudio se sostienen en el enfoque cognitivo-conductual, el cual se define como el análisis científico de los procesos mentales con el fin de comprender la conducta humana (Mayer, 1985).

## **Marco teórico**

### **Cáncer de mama**

En el 2014, la Sociedad Americana de Oncología Clínica, definió el cáncer como un conjunto de enfermedades que comienzan con el crecimiento descontrolado acelerado y desordenado de las células de cualquier parte del organismo, las cuales pueden mutar y proliferarse. Específicamente el cáncer de mama (CaMa) es definido como una enfermedad maligna caracterizada por la proliferación de estas células en distintos tejidos de la glándula mamaria, que forman un tumor que invade los tejidos vecinos y puede llegar hasta órganos distantes (OMS, 2016).

### **Epidemiología del cáncer de mama**

A nivel mundial, los perfiles epidemiológicos han cambiado en las últimas décadas, de forma que la frecuencia de enfermedades crónico-degenerativas no trasmisibles ha aumentado y las enfermedades infecciosas han disminuido (OMS, 2017). Entre las enfermedades crónico-degenerativas se encuentra el cáncer, que ocupa el segundo lugar en tasas de mortalidad, provocando 8.8 millones de muertes a nivel mundial (OMS, 2017). El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) indicó, en sus reportes mas recientes en 2017 que en México el cáncer ocupó el tercer lugar como causa de muerte, ocasionando 84142 defunciones, superado sólo por enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus.

El CaMa representa un grave problema de salud, pues ocupa el segundo lugar de incidencia y el quinto lugar en mortalidad a nivel mundial (Ferlay et al., 2015). Específicamente en mujeres es el más diagnosticado, además es la principal causa de muerte en mujeres en países

en vías de desarrollo (Ferlay et al., 2015). En América Latina y el Caribe , el CaMa representa 51.9% de los nuevos casos de cáncer y 13% de las defunciones por tumor maligno (Ferlay et al., 2018). Al respecto, es importante destacar que muchos países de esta región enfrentan desafíos para brindar atención a los pacientes con cáncer en general, entre estos retos están: a) financiación inadecuada, b) desigualdad en la distribución de recursos y servicios, c) deficiente capacitación al personal, d) baja distribución de personal y equipo de atención médica, y e) falta de atención adecuada para algunas poblaciones, sobre todo en ciertos sectores socioeconómicos, geográficos y étnicos (Goss et al., 2013). Este problema va en aumento y representa un peligro para la salud y la economía en la región de América Latina.

En México, según los reportes mas recientes, el CaMa ocupó en 2018 el segundo lugar de incidencia y es la principal causa de muerte en mujeres, provocando el 10% de las muertes ocasionadas por tumores malignos (Ferlay et al., 2018). En mujeres en edad reproductiva (30 a 49 años), el CaMa es el que más predomina y junto con el cervicouterino representan entre 25 y 30% de muertes por tumor maligno en este grupo de edad (Gómez- Dantés et al., 2016).

En 2015, el INEGI reportó la incidencia anual de tumor maligno de mama en población mayor a 20 años. Se realizó un cálculo por cada 100,000 habitantes en el periodo de 2007 a 2014 y se encontró que la incidencia del CaMa en México va en aumento año con año, pues en 2007 se calcularon 21.4 casos por cada 100,000 habitantes y en 2014 fueron 28.7 por cada 100,000. Además, organizaciones internacionales han reportado estimaciones que indican que para el 2030 habrá un total de 34425 casos de CaMa en nuestro país, esto es más de la mitad de los 20444 casos que había en el año 2012. Por lo que respecta a las proyecciones de mortalidad, se estima que para el 2030 morirán 10324 mujeres a causa del CaMa, lo que

representa casi el doble de las 5680 muertes que se registraron en 2012 por CaMa en México (Ferlay et al., 2015).

### **Etapas del cáncer de mama**

Las etapas del cáncer son conocidas como estadios. El Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos (NIH) definió que el estadio incluye cuatro componentes: a) la extensión del cáncer, es decir, qué tan grande es el tumor, b) la invasividad, que tiene que ver con características propias del tumor que le permiten invadir otros tejidos o permanecer encapsulado, c) si el cáncer ha tomado ganglios linfáticos y d) la expansión, que se refiere a la proliferación a otros órganos. La estadificación debe realizarse como parte del diagnóstico, ya que permite identificar el avance de la enfermedad, establecer un pronóstico e identificar el mejor plan de tratamiento para cada paciente (NIH, 2015).

Para realizar la estadificación se utiliza el sistema TNM, llamado así debido a que cada letra representa un componente, la T se refiere al tamaño del tumor, la N se refiere al número de nódulos o ganglios linfáticos tomados y la M se refiere a la metástasis a distancia. El sistema TNM permite formular decisiones terapéuticas de acuerdo con la categoría establecida para cada caso específico, además de tomar en cuenta otros aspectos como la presencia de receptores hormonales en el tejido tumoral, menopausia y el estado general del paciente (American Joint Committee on Cancer Staging System, 2002).

Los valores que se pueden dar a cada componente del sistema TNM van del 0 al 4, una vez establecido el valor de cada componente se realiza una estadificación general que también oscila entre 0 y IV (American Joint Committee on Cancer Staging System, 2002). De forma que,

una persona con CaMa deberá ser estadificada en alguna de las 4 categorías resultantes de la combinación de los valores obtenidos en el TNM. Entre más grande sea el número del estadio otorgado, mayor será el avance de la enfermedad al momento de la estadificación. Las combinaciones posibles se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. *Estadios del cáncer de mama y sus características.*

<b>Estadio</b>	<b>Clasificación TNM</b>	<b>Características</b>
0	Tis*, N0, M0	La presencia de células anormales que no se han esparcido a tejido cercano (In situ).
IA	T1, N0, M0	Cáncer de mama invasivo, el tumor mide hasta 2 centímetros y el cáncer aún no se ha extendido más allá de la mama, no hay ganglios linfáticos afectados.
IB	T0, N1, M0	No hay tumor en la mama, pero en los ganglios linfáticos se encuentran pequeños grupos de células cancerígenas >0,2 mm pero <2 mm.
	T1, N0, M0	Tumor <2cm y pequeños grupos de células cancerígenas >0,2mm pero <2mm en los ganglios.
IIA	T0, N1, M0	Ausencia de tumor, con células cancerígenas >2mm en 1 o 3 ganglios axilares.
	T1, N1, M0	Presencia de tumor, células cancerígenas en ganglios linfáticos cerca del esternón.
	T2, N0, M0	Tumor que mide 2cm o menos, mide entre 2 y 5cm
IIB	T2, N1, M0	Tumor que mide entre 2 y 5cm, grupo de células cancerígenas >0,2mm pero <2mm.
	T3, N0, M0	Tumor >5cm pero sin propagación hacia ganglios linfáticos.

IIIA	T0, N2, M0 o T1, N2, M0 o T2, N2, M0 o T3, N1o N2, M0	Sin tumor, detección de células cancerígenas en 4-9 ganglios axilares o cercanos al esternón. o Tumor >5cm y grupos de células cancerígenas en ganglios >0.2mm y <2mm. o Tumor >5cm y cáncer propagado en 1-3 ganglios linfáticos axilares o cerca del esternón.
IIIB	T4, N0 o N1 o N2, M0	Tumor de tamaño indefinido, propagación de células cancerígenas a la pared torácica o piel de la mama, inflamación o úlcera, y propagación a 9 ganglios linfáticos axilares.
IIIC	Cualquier T, N3, M0	Tumor de cualquier tamaño, propagación de células cancerígenas a la pared torácica o piel de la mama, propagado a >10 ganglios linfáticos axilares
IV	Cualquier T, N, M1	El cáncer de ha propagado más allá de la mama y ganglios linfáticos hacia otros órganos del cuerpo como pulmones, piel, huesos, hígado y cerebro.

Fuente: American Joint Comitte on Cancer Staging System, 2002. \* Tis = Tumor in situ.

### Factores de riesgo

El desarrollo del CaMa es multifactorial, entre los factores más comunes está la edad, raza, sexo y los antecedentes heredo-familiares, estos factores son, además, aspectos que no pueden ser modificados por el paciente, pero existen también otros factores que dependen del estilo de vida de cada persona y que, por lo tanto, pueden modificarse o controlarse. Algunos de estos aspectos son el sobrepeso, el consumo de estrógenos exógenos y la lactancia. Es importante tomar en cuenta que ciertos factores tendrán más influencia de riesgo que otros (OMS, 2017).

El proceso de envejecimiento es el mayor factor de riesgo para el cáncer de mama. Esto se debe a que, como vivimos más, hay más oportunidades para el daño genético (mutaciones) en el cuerpo. Y a medida que envejecemos, nuestros cuerpos son menos capaces de reparar



este daño genético. Se ha reportado que en la mayoría de los casos, la enfermedad se desarrolla en mujeres de más de 55 años. (American Cancer Society, 2019).

Con respecto a la raza se dice que las mujeres de raza blanca tienen ligeramente mayores probabilidades de padecer CaMa que las de raza negra. Sin embargo, entre las mujeres menores de 45 años de edad, el CaMa es más común en las mujeres de raza negra, y son éstas las que tienen más probabilidades de fallecer debido a este padecimiento sin importar su edad. Las mujeres asiáticas, hispanas e indio-estadounidenses tienen un menor riesgo de padecer y morir debido al CaMa (American Cancer Society, 2019).

Los antecedentes familiares de cáncer son un factor de riesgo debido a que algunas mutaciones en ciertos genes se asocian a un riesgo elevado de ciertos tipos raros de cáncer. Sin embargo, debido a su rareza, estas mutaciones explican sólo una pequeña parte de la carga total de cáncer mamario, al respecto se ha reportado que alrededor del 5% al 10% de los casos de cáncer de mama son hereditarios (OMS, 2017).

Otro factor es la exposición prolongada a estrógenos endógenos, como la menarca temprana o la menopausia tardía. Además, las hormonas exógenas también son un factor de riesgo para el desarrollo del CaMa, por lo que quienes usan anticonceptivos orales y tratamientos de sustitución hormonal tienen mayor riesgo que las mujeres que no usan esos tratamientos (OMS, 2017). Específicamente en mujeres postmenopáusicas, el sobrepeso representa un riesgo elevado de padecer cáncer de mama ya que el tejido graso es la principal fuente de estrógenos que posee el cuerpo después de la menopausia, entonces, una mayor cantidad de

tejido graso implica un mayor nivel de estrógenos, lo que puede aumentar el riesgo de CaMa (American Cancer Society, 2019).

Por otro lado, las mujeres que nunca han tenido un embarazo a término o que lo han tenido después de los 30 años, tienen un mayor riesgo de desarrollar CaMa. En el caso de las mujeres que tienen hijos, la lactancia puede ser un factor protector que reduce levemente el riesgo de padecer CaMa, especialmente si continúan amamantando durante un año y medio a dos años, sin embargo, este punto ha sido difícil de estudiar, ya que la lactancia prolongada no es común (American Cancer Society, 2019).

Con respecto a la dieta, el alcohol es considerado el factor de riesgo dietético de mayor relevancia. La ingesta moderada de alcohol aumenta la concentración de estrógenos endógenos que se relacionan con riesgo aumentado de CaMa (Chabner, Lynch y Longo, 2009).

Existen otros aspectos que pueden ser considerados factores de riesgo de CaMa, sin embargo, las investigaciones aún no indican con claridad si en realidad tienen un efecto en el diagnóstico de este padecimiento. Hay un interés especial en los compuestos del ambiente que contienen propiedades similares a las del estrógeno. Por ejemplo, las sustancias encontradas en plásticos, cosméticos, productos del cuidado personal y pesticidas. En teoría, estos podrían afectar el riesgo de padecer CaMa, sin embargo, actualmente ninguna investigación muestra una clara asociación entre el riesgo de CaMa y la exposición a estas sustancias (American Cancer Society, 2019). Otro aspecto que se ha estudiado ampliamente es la exposición al humo de tabaco. En los últimos años algunos estudios han demostrado

que fumar por mucho tiempo podría estar relacionado con un mayor riesgo de padecer CaMa, sin embargo, hasta el momento sólo se ha concluido que la evidencia es sugestiva, pero no suficiente para establecer una relación entre el hábito de fumar y el riesgo de CaMa (American Cancer Society, 2019).

### **Esquemas de tratamiento para el cáncer de mama**

Según la American Society of Clinical Oncology (ASCO, por sus siglas en inglés; 2018), para tratar adecuadamente el CaMa se requiere del trabajo conjunto de médicos especialistas en diferentes áreas, entre las que se encuentran la cirugía oncológica, radio-oncología y oncología médica, de forma que se elabore un plan integral para la paciente que combine distintos tipos de tratamientos. Estas combinaciones dependerán de la biología y del comportamiento del cáncer en cada paciente, ya que los tumores son diferentes en cada persona; por ejemplo, algunos son más pequeños, pero crecen rápidamente y otros son más grandes, pero crecen con lentitud. Por lo anterior, las opciones y recomendaciones de tratamiento son personalizadas y dependen de varios factores, algunos de ellos son: a) el subtipo de tumor, b) el estadio del cáncer, c) la edad de la paciente, d) el estado de salud general, e) el estado de la menopausia y f) la presencia de mutaciones en los genes heredados. A continuación, se detallan los principales tipos de tratamientos, los cuales han sido inicialmente probados en ensayos clínicos y posteriormente recomendados por la ASCO (2018) y la American Cancer Society (2019): tratamiento hormonal, quirúrgico, radioterapia y quimioterapia.

#### **Tratamiento hormonal**

El crecimiento celular de algunos órganos y tejidos, como la glándula mamaria, está regulado por hormonas, lo cual provoca que los tumores originados en estas zonas puedan ser sensibles

a la hormonoterapia o terapia endocrina. Este tratamiento tiene el objetivo de provocar un bloqueo hormonal, mediante el uso de diversos fármacos, a fin de prevenir el crecimiento de un tumor pequeño, aunque también se puede utilizar posterior a la quimioterapia para prevenir la recurrencia a nivel local (ASCO, 2018).

Los efectos secundarios que la terapia hormonal puede causar dependerán en gran medida de los fármacos utilizados, entre los más comunes están la fatiga, sequedad vaginal, sudoraciones, bochornos, dolor muscular, rigidez o dolor en las articulaciones y, en algunos casos, complicaciones de mayor gravedad como cáncer de útero, esto principalmente en mujeres posmenopáusicas (American Cancer Society, 2019).

### **Tratamiento quirúrgico**

La cirugía busca facilitar la interacción entre los demás tratamientos oncológicos para brindar un plan terapéutico integral (Correa et al., 2016), el objetivo es eliminar los tumores hasta donde sea posible, incluso eliminando parte del tejido sano. Posterior a este tratamiento se procede a valorar la continuidad con los demás tratamientos del plan establecido (ASCO, 2018). El tratamiento quirúrgico puede dividirse de forma general en dos: conservador y radical; el primero busca principalmente la curación mediante la extracción del tumor y parte del tejido sano, conservando la mama con apariencia y textura lo más parecidas a como eran antes del tratamiento (Brito y Pérez, 2014). El segundo busca extraer el tumor, la mama completa y algunas veces también los ganglios linfáticos axilares a fin de evitar, hasta donde sea posible, que células dañadas permanezcan en el cuerpo del paciente (Brito y Pérez, 2014).

### **Tratamiento de radioterapia**

El tratamiento de radioterapia es el uso de partículas u ondas de alta energía, tales como los rayos X, rayos gamma y rayos de electrones o protones, con la finalidad de eliminar o dañar

las células cancerosas, evitando la recurrencia a nivel local (American Cancer Society, 2019). La aplicación se realiza mediante la exposición del área afectada, en este caso la mama o áreas cercanas como la axila o el cuello.

Regularmente el régimen de radioterapia consiste en una cantidad específica de exposiciones del paciente en un periodo determinado. El régimen puede iniciarse antes o después de la cirugía. Cuando este tratamiento se inicia antes del quirúrgico es llamado neo adyuvante y busca disminuir el tamaño de un tumor grande para facilitar su extracción. Cuando se inicia después, se denomina adyuvante y se usa con mayor frecuencia después del tratamiento conservador de la mama, en aquellos casos en los que hubo muchos ganglios linfáticos afectados o cuando la piel que recubre la mama o la pared torácica también resultaron afectadas (ASCO, 2018).

Este tratamiento también puede causar efectos secundarios como fatiga, inflamación de la mama, enrojecimiento o decoloración/hiperpigmentación de la piel y dolor o ardor en la piel donde se aplicó la radiación, algunas veces con ampollas o descamación y posiblemente inflamación del tejido pulmonar (American Cancer Society, 2019).

### **Tratamiento de quimioterapia**

Los tratamientos de quimioterapia son un tipo de tratamiento sistémico que se caracteriza por la combinación de diferentes medicamentos. El objetivo de este tratamiento es atacar las células del cuerpo humano que tienen un desarrollo anormal, controlando su crecimiento y evitando que se reproduzcan (American Cancer Society, 2019).

La quimioterapia puede administrarse, igual que en la radioterapia, antes (neoadyuvante) o después (adyuvante) de la cirugía, si se hace antes, el objetivo es reducir el tamaño de un tumor grande, si se realiza después, se busca evitar el riesgo de recurrencia de la enfermedad. El método de aplicación de los medicamentos es principalmente por el torrente sanguíneo con el fin de atacar las células cancerosas de todo el cuerpo. La quimioterapia se rige con base en uno o varios programas que consisten en una cantidad específica de aplicaciones de medicamentos, a lo que se le llama ciclos, los cuales que se administran en un periodo determinado por el médico. Los ciclos pueden constar de aplicaciones de medicamento semanalmente, cada dos, tres o cuatro semanas, lo que dependerá principalmente de lo que haya funcionado mejor en ensayos clínicos realizados en cada régimen en particular (ASCO, 2018).

Cabe resaltar que este tratamiento puede provocar diversos efectos secundarios, los cuales obedecen a varios factores: las características del paciente, los fármacos utilizados, el régimen y la dosis utilizados. Estos efectos suelen presentarse sólo durante el tratamiento y pueden incluir principalmente fatiga, riesgo de infección, náuseas, vómitos, caída de cabello, pérdida del apetito, diarrea, daño cardíaco, daño en el sistema nervioso o cánceres secundarios. Sin embargo, la mayoría se pueden prevenir o controlar satisfactoriamente durante el tratamiento con medicamentos complementarios y generalmente desaparecen después de finalizarlo (American Cancer Society, 2019).

En resumen, el CaMa representa un grave problema de salud pública, tanto a nivel mundial como en México. Además, las proyecciones del panorama epidemiológico a mediano plazo no son alentadoras en nuestro país, por lo que es relevante fomentar en la población una

cultura de prevención, en la que los factores de riesgo sean de conocimiento de todos, de forma que el diagnóstico pueda ser lo más oportuno posible, es decir, en los estadios iniciales de la enfermedad, ya que los tratamientos ofrecen resultados más favorables en estas etapas. Además, se requiere que una vez detectado a tiempo el cáncer, las pacientes reciban la atención necesaria por parte del equipo de salud, esto con el fin de fomentar el apego a tratamiento y sobre todo la adecuada adaptación a la enfermedad, ya que si esto no se cumple, la enfermedad continúa su curso y cada vez se torna más complicado lograr la recuperación de la salud.

Ahora bien, el área encargada del estudio de los factores psicológicos relacionados con la etiología del cáncer y su evolución, así como de la generación de intervenciones que atiendan las reacciones psicológicas del paciente oncológico, su familia y el personal asistencial, a lo largo de todo el proceso de la enfermedad es la psicooncología (Middleton, 2001). De esta área se desprenden diversos campos de estudio, entre ellos se encuentran las creencias que el paciente tiene al respecto de la enfermedad, así como las estrategias que éste utiliza para hacer frente al diagnóstico y tratamiento. Lo anterior es el tema de estudio de la presente investigación y se aborda a detalle en los siguientes apartados.

## **Creencias fatalistas**

Las creencias son características individuales de cada persona, las cuales dan forma al comportamiento y pueden ser adquiridas a través de la socialización primaria, usualmente, las creencias son duraderas y pueden ser vistas como un vínculo entre la socialización y el comportamiento (Abraham y Sheeran, 2005).

Desde algunas teorías, como la del Modelo de Creencias en Salud, las creencias han sido identificadas como un tipo de barrera que limita los comportamientos relacionados con la salud, es decir, son aspectos potencialmente negativos de una acción concreta, los cuales funcionan como limitaciones para la ejecución de una conducta enfocada a enfrentar un problema de salud (Becker, Maiman, Kirscht, Haefner y Drachman, 1977).

Las barreras limitan el comportamiento de salud de las personas. Entre estas barreras pueden encontrarse las creencias fatalistas, las cuales, en el ámbito de la salud, son vistas como una combinación de miedo, predeterminación, impotencia y sobre todo pesimismo; son concebidas como la percepción de que los eventos relacionados con temas de salud están fuera del control de los individuos (Straughan y Seow, 1998). Este tipo de creencias tienen gran influencia en las conductas de salud de las personas (Abraido-Lanza et al., 2007; Bettencourt, Talley, Molix, Schlegel y Westgate, 2008) y desencadenan sensaciones de ansiedad y distrés, ya que una persona con estas creencias tiende a asumir que el resultado de la enfermedad será negativo (Bettencourt et al., 2008). Por lo anterior, se comprende que las personas con creencias fatalistas presenten una tendencia hacia la evitación de información relacionada con la enfermedad (Miles, Voorwinden, Chapman y Wardle, 2008).



### **Conceptualización del modelo de fatalismo en cáncer**

Las creencias fatalistas sobre el cáncer, también llamadas fatalismo del cáncer, se refieren a la idea de que la presencia de esta enfermedad está predeterminada y que además, una vez diagnosticado, el cáncer provocará inevitablemente la muerte de quien lo padece (Powe y Johnson, 1995).

Los fundamentos teóricos del fatalismo en cáncer se desarrollaron en 1995 por Powe y Johnson, quienes estudiaron este constructo en población afroamericana, aunque afirmaron que no hay argumentos para que no pueda ser aplicado a otras poblaciones. Los autores concluyeron que el fatalismo tiene un impacto negativo en las conductas de detección oportuna del cáncer. Cabe aclarar que el modelo de fatalismo en cáncer se desarrolló para población no oncológica, sin embargo, esto no implica que se pueda aplicar con población ya diagnosticada, pues aunque las creencias son adquiridas a través de la socialización del individuo con su entorno, no son una característica exclusiva de ciertas poblaciones, son más bien, aspectos individuales de cada persona, que como se dijo antes, dan forma al comportamiento (Abraham y Sheeran, 2005). Por lo tanto, las creencias fatalistas podrían estar presentes tanto en las personas sin diagnóstico oncológico, como en las ya diagnosticadas.

Powe y Johnson (1995) plantearon que los fundamentos del fatalismo están estrechamente relacionados con dos constructos: a) la angustia, que es entendida como la percepción de un colapso del significado del presente y la desesperación sobre el futuro, lo cual provoca en las personas un estado de temor, además de una pérdida de la esperanza (Russell y Jewell, 1992).

Esto se potencializa cuándo el individuo se encuentra dentro de un contexto socioeconómico bajo, de pobreza, discriminación, dificultad para el acceso a los servicios de salud, y en general en condiciones desfavorables, b) el nihilismo, que es entendido como la experiencia de afrontar una falta de sentido, falta de amor y desesperanza en la vida (West, 1982), lo cual supone una pérdida de sentido y de optimismo frente a situaciones abrumadoras para el individuo. Entonces, estos dos aspectos, la angustia y nihilismo, son el fundamento para el desarrollo del fatalismo, principalmente en poblaciones que viven en contextos desfavorables.

Desde la perspectiva que plantean Powe y Johnson (1995), el fatalismo en cáncer tiene un papel crucial que se enfoca en el temor, la impotencia y la desesperanza con respecto al estigma del cáncer. Esto implica que una persona fatalista perciba el cáncer como una lucha inútil debido a la imposibilidad de superarlo, ya que lo relaciona ampliamente con la muerte. Por lo tanto, los autores aseveran que para las personas fatalistas tiene poco sentido adoptar conductas de detección oportuna de la enfermedad como un método de disminución de la mortalidad por cáncer. Esta perspectiva fatalista, aunada a otras barreras como la desigualdad socioeconómica, la falta de acceso a servicios de salud, a un medio de transporte, así como conocimientos adecuados sobre la enfermedad, han sido factores relevantes en la no adherencia a pruebas de detección oportuna de cáncer (Akhigbe y Akhigbe, 2012; Leyva et al., 2014; Marván, Ehrenzweig y Castillo-López, 2016). Es así que el fatalismo representa un problema de tipo social con efectos perjudiciales a la salud.

Una vez identificada la base del surgimiento del fatalismo en cáncer, Powe y Johnson (1995) esbozaron la necesidad de identificar en los individuos la presencia de estas creencias,

destacando cuatro componentes del fatalismo: 1) miedo, que se refiere a la sensación de temor con respecto a la presencia del cáncer, 2) predeterminación, esto es la creencia de que la enfermedad ya estaba establecida por fuerzas externas al individuo, 3) pesimismo, que implica un enfoque centrado en los aspectos negativos del cáncer y 4) inevitabilidad de la muerte, que se refiere a la creencia de que la enfermedad provocará la muerte de quien lo padece, sin que el individuo pueda hacer algo para prevenirlo. Estos cuatro aspectos componen el Modelo de Fatalismo de Powe, el cual requiere dos complementos indispensables: a) factores sociodemográficos, como la raza, edad, género, escolaridad y nivel socioeconómico; y b) los conocimientos acerca de la enfermedad. El conjunto de estos factores tiene un impacto en las conductas de salud de las personas y específicamente, según lo reportado por Powe (1996), impacta en las conductas de detección oportuna del cáncer.

En suma, el Modelo de Fatalismo de Powe fue creado para explorar creencias fatalistas en población no oncológica afroamericana en un contexto desfavorable, sin embargo, es un modelo que ya se ha aplicado en otras poblaciones y lo reportado por los autores originales se ha replicado. Por ejemplo, Niederdeppe y Levy (2007) encontraron que las creencias fatalistas están fuertemente influenciadas por diversos aspectos culturales y son más comunes en las personas con bajo nivel educativo y socioeconómico. Estos hallazgos también se han encontrado en estudios posteriores. Por ejemplo, en una investigación realizada en Estados Unidos se encontró que las personas que viven en zonas rurales reportaron más creencias fatalistas sobre la prevención del cáncer, en comparación con personas que viven en zonas urbanas (Befort, Nazir, Engelman y Choi, 2013).

La mayor parte de las investigaciones que han relacionado las creencias fatalistas y el cáncer se han realizado con población no oncológica, y están centradas en indagar la influencia que estas creencias tienen en la participación de las personas en programas de detección oportuna de la enfermedad (Akhigbe y Akhigbe, 2012; Befort et al., 2013; Leyva et al., 2014; Marván et al., 2016). En un estudio realizado con mujeres mexicanas sin historial personal de cáncer, se exploraron creencias fatalistas sobre el cáncer cervicouterino y se encontró que alrededor del 30% de las participantes creían que no había mucho que ellas pudieran hacer para prevenir esta enfermedad (Marván et al., 2016). Este hallazgo es consistente con otra investigación realizada con población estadounidense, en la que se reportó que 29% de las participantes consideraron que no había mucho que pudieran hacer para reducir sus posibilidades de contraer cáncer, además se encontró que más de la mitad de las participantes consideraron que pensar en el cáncer les hacía pensar automáticamente en la muerte (Kobayashi y Smith, 2016).

Con respecto al CaMa, se han encontrado resultados similares, por ejemplo, en un estudio realizado en Nigeria, también con mujeres sin historial de cáncer, se exploraron las creencias fatalistas y se encontró que la mayoría de las mujeres se consideraron susceptibles a padecer CaMa, pero a pesar de eso, no se realizaban pruebas de detección de cáncer ya que consideraban que no había nada que ellas pudieran hacer para prevenirlo (Akhigbe y Akhigbe, 2012). Estos resultados se siguen reportando en investigaciones más actuales, por ejemplo, en Turquía se encontró que las creencias fatalistas se asociaron con un aumento en la percepción de gravedad de la enfermedad y con ciertas barreras para realizarse la autoexploración mamaria (Kulakci, Kuzlu, Veren y Kose, 2016).

Las creencias fatalistas sobre el cáncer en personas ya diagnosticadas con esta enfermedad se han analizado escasamente. La única revisión que existe del estado del arte sobre fatalismo data de 2003 (Powe y Finnie, 2003), y en ella se encontraron 15 publicaciones en las que se relacionó el fatalismo con el cáncer, pero sólo tres incluyeron participantes diagnosticados con esta enfermedad. En uno de estos tres estudios se analizó la relación entre la desesperanza, la preocupación ansiosa y las creencias fatalistas, pero no se encontraron relaciones significativas entre las variables (Bjork, Hopp y Jones, 1999). En otro de los estudios se exploró la relación entre el ajuste psicológico, el espíritu de lucha y las creencias fatalistas en pacientes con CaMa, y se observó una correlación negativa entre el espíritu de lucha y este tipo de creencias, aunque no se observaron relaciones significativas entre éstas últimas y el ajuste psicológico a la enfermedad (Classen, Koopman, Angell y Spiegel, 1996). En la tercera investigación se evaluó la relación entre las creencias fatalistas y la autoeficacia en pacientes fumadores y no fumadores diagnosticados con cáncer de pulmón, cabeza y cuello; en esta investigación se encontró una relación negativa entre la autoeficacia y este tipo de creencias (Schnoll et al., 2002).

### **Creencias fatalistas del cáncer de mama**

Para la presente investigación se realizó una revisión de la literatura sobre creencias fatalistas en pacientes con CaMa en las bases de datos PsycInfo, PubMed y CINAHL (ver apéndice A), empleando los términos MeSH y palabras que se muestran en el apéndice B. Las búsquedas se realizaron entre los meses de abril y mayo de 2017 y se hizo una actualización de búsqueda en abril de 2019. Los criterios de inclusión para la selección de los artículos fueron: a) que fueran estudios observacionales y/o correlacionales, b) que las participantes

tuvieran diagnóstico de CaMa, y c) que fueran estudios cuyo objetivo fuera analizar las creencias fatalistas y/o el afrontamiento, estas últimas debido a que la revisión incluyó las dos variables principales de la presente investigación. Los criterios de exclusión fueron: a) estudios de opiniones de expertos y b) estudios repetidos. Se encontraron cinco investigaciones observacionales o correlacionales, mismas que se describen en la Tabla 2.

Tabla 2. Estudios encontrados en la revisión de literatura sobre creencias fatalistas en pacientes con cáncer de mama.

Autor	Objetivo	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Gullatte, Brawley, Kinney, Powe y Mooney, 2010	Examinar la influencia de la religiosidad, la espiritualidad y el fatalismo del cáncer en el retraso del diagnóstico y en la etapa del CaMa.	la Correlacional, retrospectivo.	129 mujeres afroamericanas de entre 30 y 84 años con CaMa.	a) Religious Problem Solving Scale b) Religious Coping Activity Scale, c) Powe Fatalism Inventory modificado.	la mayoría de las mujeres demoraron más de 3 meses en buscar atención médica, pero no se encontraron asociaciones entre las tres variables predictoras y el tiempo para buscar atención.	Este estudio se basó en el autoinforme y el recuerdo, y utilizó una muestra por conveniencia. El estudio fue retrospectivo y las participantes habían recibido al menos un ciclo de quimioterapia. Por lo tanto, las creencias religiosas, espirituales y de fatalismo podrían estar alteradas después del diagnóstico.

Sheppard, Davis, Boisvert, Jennings y Montalvo, 2011	Examinar la aceptabilidad de una escala modificada de fatalismo de cáncer en pacientes con CaMa y describir factores demográficos y socioculturales que se correlacionan con las actitudes de fatalismo.	Descriptivo, correlacional, transversal.	26 mujeres afroamericanas, 42 a 73 años, que no tenían CaMa metastásico.	a) adaptación del Powe Fatalism Inventory b) Religious Coping Styles Scale	Las mujeres mayores tuvieron puntuaciones de fatalismo significativamente más altas en comparación con las mujeres más jóvenes. Las tasas de fatalismo fueron bajas. Las calificaciones de esperanza y de afrontamiento religioso en colaboración fueron altas.	El diseño transversal limita la capacidad para evaluar si las opiniones de las mujeres eran diferentes antes del diagnóstico. El tamaño de muestra limita la capacidad de generalizar los hallazgos a otras muestras de mujeres negras. La adaptación de las preguntas pudo haber impactado la confiabilidad de la escala.
Cheng, Sit, Twinn, Cheng y Thorne, 2013	Explorar el papel del fatalismo para afrontar la supervivencia en mujeres chinas con CaMa.	Cualitativo, transversal	29 mujeres chinas con CaMa.	Entrevistas de profundidad	a) La mujeres participaron activamente en la regulación emocional y manejo del	Los aspectos sociodemográficos, como la educación, junto con las características contextuales, como el



autocuidado para apoyo entre pares de enfrentar la estas participantes, supervivencia, podrían ejercer una pesar de eso, se influencia positiva en consideraron sus percepciones de fatalistas y la experiencia de aceptaron su afrontamiento, incapacidad para limitando la cambiar el capacidad de resultado final del generalizar los cáncer. hallazgos a la mayor población de sobrevivientes de CaMa en China.

Gonzales, Hurtado de Mendoza, Santoyo-Olsson y Nápoles, 2016	Evaluar la relación entre el apoyo social emocional y el bienestar emocional entre inmigrantes latinas con CaMa y probar si el	Ensayo controlado aleatorizado.	150 mujeres latinas de habla hispana que tenían un año de diagnóstico de CaMa.	Encuesta telefónica. a) Subescala Emotional support de la escala Medical Outcomes Study Social Support Survey	El apoyo emocional se asoció con el bienestar emocional. Hubo un efecto indirecto significativo del apoyo emocional en el bienestar	La medida de un solo reactivo de la historia de depresión puede haber estado sujeta a sesgo de recuerdo. Además, no se pudo explorar cómo la aculturación podría moderar las
--	--	---------------------------------	--	---	---	--

fatalismo y la  
aceptación,  
median esta  
relación.

- b) dos reactivos del emocional a través asociaciones  
Powe Fatalism del fatalismo. El observadas porque,  
Inventory apoyo emocional por diseño, todas las  
c) Tres reactivos de puede aumentar el mujeres tenían  
la Benefit Finding bienestar de las niveles bajos de  
Scale sobrevivientes de aculturación.  
d) la sub escala de cáncer latinas que  
emotional Well- hablan español al  
being del Functional reducir el  
Assessment of fatalismo del  
Cancer Therapy QoL cáncer.  
instrument  
e) Un reactivo sobre  
depresión.

El primer estudio se realizó en Estados Unidos con mujeres afroamericanas diagnosticadas con CaMa en cualquier estadio clínico. Se examinó la influencia de la religiosidad, la espiritualidad y el fatalismo en el tiempo que las pacientes tardan en buscar atención médica. Ninguna de las tres variables de estudio tuvo relación con el retraso en el tiempo de búsqueda de atención médica, pero si se encontró que las participantes con escolaridad baja, solteras y que además dijeron mantener “conversaciones con Dios” sobre los cambios que percibían en su mama, retrasaron más la búsqueda de atención. La mayoría de las participantes eran altamente religiosas y espirituales, pero no fatalistas; los autores atribuyen esta falta de creencias fatalistas sobre el CaMa a la información que recibieron acerca de su situación de salud y sus opciones de tratamiento después del diagnóstico (Gullatte, Brawley, Kinney, Powe y Mooney, 2010).

El segundo estudio también se realizó en Estados Unidos, con pacientes afroamericanas con CaMa pero sin metástasis. Su objetivo fue describir los factores sociodemográficos relacionados con actitudes de fatalismo en cáncer. Se encontró que 80% de las participantes tuvieron al menos un tipo de creencia fatalista, aunque no se especifica cuál fue el que más predominó; además las mujeres de mayor edad tuvieron puntuaciones de fatalismo significativamente más altas en comparación con las mujeres más jóvenes (Sheppard, Davis, Boisvert, Jennings y Montalvo, 2011).

En otra de las investigaciones que se realizó en China se efectuaron entrevistas para explorar el papel del fatalismo en el afrontamiento en mujeres supervivientes al CaMa. Se encontró que a pesar de que las mujeres participaban activamente en su regulación emocional y autocuidado, el fatalismo también estaba presente, pues tenían la creencia de que eran

incapaces de cambiar el resultado final del cáncer a pesar de los esfuerzos conductuales que ellas hicieran. Estos resultados pueden parecer contradictorios, pero los autores atribuyen esta contradicción a aspectos propios del sistema cultural chino, pues comentan que el fatalismo en la cultura china se basa en la conceptualización del Ming, el cual es visto como una fuerza invisible que gobierna el curso de la vida del individuo, incluyendo el nacimiento, el envejecimiento, la enfermedad y la muerte; pero que al mismo tiempo la gente tiene el poder de lidiar con las adversidades de la vida y ganar fuerza interior. Lo anterior deja clara la importancia del papel que juega el contexto sociocultural en la construcción del sistema de creencias y particularmente en las creencias fatalistas (Cheng, Sit, Twinn, Cheng y Thorne, 2013).

La última investigación se realizó en Estados Unidos con pacientes latinas de habla hispana que se encontraban en estadio clínico I a III. Se evaluó la relación mediadora del fatalismo entre el apoyo emocional social y el bienestar emocional. Se encontró una relación negativa entre el apoyo emocional y el fatalismo, y este último se correlacionó negativamente con el bienestar emocional. También se encontró un efecto indirecto significativo del apoyo emocional sobre el bienestar emocional, a través del fatalismo como variable mediadora (Gonzales, Hurtado de Mendoza, Santoyo-Olsson y Nápoles, 2016).

### **Medición de fatalismo en pacientes con CaMa.**

Existen algunos instrumentos para medir el fatalismo en el área de la salud, sin embargo, existe la limitación de que no son específicos para contextos oncológicos. Hasta donde se sabe, solo existe un instrumento para medir los niveles de fatalismo acerca del cáncer, que es

el Inventario de Fatalismo de Powe (PFI por sus siglas en inglés), instrumento que se desarrolló en Estados Unidos (Powe y Johnson, 1995). El PFI está basado en el Modelo de Fatalismo de Powe (1995). Debido a que modelo fue desarrollado en el contexto de la población afroamericana, el PFI se creó justamente con esa población, específicamente con personas sin diagnóstico de cáncer. PFI tiene 15 reactivos, los cuales se agrupan en cuatro factores que corresponden a los cuatro componentes del modelo teórico de base (miedo, predeterminación, pesimismo e inevitabilidad de la muerte), y explican el 59% de la varianza, con una consistencia interna de 0.87 (Powe y Johnson, 1995).

Se han hecho algunas críticas al PFI, ya que los cuatro componentes del constructo fatalismo parecen no estar reflejados de forma adecuada, pues algunos de ellos parecen superponerse entre sí, y otros, como el miedo, parecen ser más una consecuencia del fatalismo que un componente de éste. Lo anterior ha significado una crítica a la multidimensionalidad de la escala, pues se cree que tres (inevitabilidad de la muerte, pesimismo y predeterminación) de los cuatro componentes podrían conformar un solo factor que represente de forma más clara el fatalismo, al menos al respecto del cáncer (Shen, Condit y Wright, 2009). A pesar de ello, diversos autores han utilizado el PFI en población sin cáncer y han encontrado que el fatalismo se asocia con variables como la evitación de información sobre el cáncer (Powe y Finnie, 2003), o la poca conciencia sobre este padecimiento (Altintas, Ayyildiz, Veren, y Topan, 2017). Sin embargo, es indispensable tomar en cuenta que en pacientes ya diagnosticados con cáncer, la percepción y creencias sobre esta enfermedad pueden ser distintas a las del resto de la población. En este sentido, en la revisión de literatura se encontraron algunos estudios en los que se han explorado las creencias fatalistas en pacientes con cáncer usando ya sea el PFI completo o sólo algunos de sus reactivos. Y aunque, como

ya se describió en apartados previos, se han reportado resultados interesantes pero, hasta donde se sabe, las creencias fatalistas no han sido exploradas en población diagnosticada con cáncer en países hispano parlantes, lo cual resulta indispensable si tomamos en cuenta la presencia del fatalismo en personas sin cáncer que radican en países de habla hispana.

En síntesis, en todas las investigaciones encontradas en la revisión de literatura se tomó como base el Modelo de Fatalismo de Powe y en la mayoría se utilizó el PFI, ya se completo o sólo algunos de sus reactivos. A pesar de que estas investigaciones plantean importantes hallazgos sobre el tema, es necesario continuar estudiando el fatalismo en población ya diagnosticada, así como la relación que puede tener con otras variables psicológicas que limiten o favorezcan el proceso de adaptación al continuo de la enfermedad. Además, es necesario que se tome en cuenta que los instrumentos de medición deberán ser validos y confiables para cada población en particular.

## **Afrontamiento**

El afrontamiento ha sido definido como un proceso en el que se hacen constantes esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar el estrés psicológico, generado por situaciones internas o externas que son percibidas como amenazantes o desbordantes para una persona (Lazarus y Folkman, 1984).

El hecho de que una persona reciba un diagnóstico de cáncer, así como el tener que someterse a diversos tratamientos con efectos secundarios a veces incapacitantes, provoca que muchos pacientes presenten niveles elevados de estrés psicológico (Cano, 2005). Además, se ha reportado que el diagnóstico de cáncer impacta en diversas áreas de la vida de las pacientes, pues se ha asociado con cambios en la percepción de la imagen corporal (Fobair et al., 2006), la sexualidad (Emilee, Ussher y Perz, 2010), el distrés (Bleiker, Pouwer, van der Ploeg, Leer y Adèr, 2000), la depresión y ansiedad (Montazeri et al., 2000) y en general con afectaciones en la calidad de vida (Sandgren, Mullens, Erickson, Romanek y McCaul, 2004). Por lo anterior, este grupo de pacientes requiere de un proceso que les permita adaptarse a los cambios que se presentan a consecuencia del diagnóstico (Gilbar, 2005).

El afrontamiento que la paciente tenga ante el cáncer, puede ser crucial para la adaptación a la enfermedad. En pacientes con diagnóstico de cáncer, se ha reportado que el hecho de percibir la enfermedad como un daño o pérdida, se relaciona con el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas, las cuales están centradas en la evitación, es decir, el paciente se aleja cognitiva y conductualmente de lo relacionado con el tratamiento del cáncer. En contraste, el percibir la enfermedad como un reto se relaciona con el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas o aproximativas, fomentando así la búsqueda de información sobre

el diagnóstico y actividades de cumplimiento de los regímenes de tratamiento; especialmente cuando se considera la posibilidad de un resultado positivo de la enfermedad (Franks y Roesch, 2006).

En este contexto, identificar el tipo de afrontamiento utilizado permitiría anticipar potenciales dificultades para la adecuada adaptación a la enfermedad, por lo que el afrontamiento puede representar un indicador efectivo de la forma en la que los pacientes con cáncer se adaptan al diagnóstico y el tratamiento (Haber, 2000).

### **Conceptualización del modelo de afrontamiento en cáncer**

Después realizar una revisión de literatura, se identificaron tres constructos utilizados comúnmente para abordar el afrontamiento población oncológica: a) los estilos de afrontamiento, b) las estrategias de afrontamiento, y c) el ajuste mental al cáncer. A continuación se describe cada uno.

Los estilos de afrontamiento son entendidos como formas estables y consistentes de afrontar el estrés, y surgen del modelo de estrés y afrontamiento propuesto por Lazarus y Folkman (1984). A partir de este modelo, Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis (1986) plantearon una estructura multidimensional para explicar las categorías del afrontamiento. Estas dimensiones, de forma general, se agrupan en dos estilos de afrontamiento: uno es el dirigido al problema y se enfoca en realizar acciones para resolver las demandas que surgen de él. El segundo está dirigido a la emoción, lo que implica una regulación de las respuestas emocionales que resultan del problema.



Posteriormente, Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989) plantearon una segunda estructura, también basada en el modelo original propuesto por Lazarus y Folkman (1984), conocida como estrategias de afrontamiento. Estas estrategias se definen como acciones específicas que pueden variar dependiendo del contexto de la situación estresante. Los autores extrajeron tres niveles de análisis de esta estructura. El nivel más general permite identificar dos tipos de estrategias: a) las adaptativas o centradas en la aproximación, que representan esfuerzos cognitivos y conductuales para encarar y controlar directamente el evento estresante, y b) desadaptativas o centradas en la evitación, las cuales implican una reducción de la tensión mediante el escape del estresor. Más adelante se abordará este modelo a detalle.

Por otro lado, se ha utilizado también el constructo de ajuste mental al cáncer, el cual se define como las respuestas cognitivas y conductuales del paciente ante el diagnóstico de cáncer (Watson, Greer, Blake y Shrapnell, 1984). Aunque en diversas investigaciones se aborda este constructo, no queda clara la teoría que lo fundamenta, pues solo se proporciona la definición conceptual y el instrumento con el que se puede evaluar el constructo. Dicho instrumento consta de cuatro factores que han sido manejados como equivalentes a dimensiones teóricas, a saber: 1) Espíritu de lucha, 2) Desamparo o Desesperanza, 3) Preocupación ansiosa y 4) Fatalismo (Watson et al., 1988).

En resumen, tanto los estilos como las estrategias de afrontamiento tienen su base en el modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984). La principal diferencia entre ellos radica en que los estilos de afrontamiento son tendencias comportamentales

establecidas por el individuo que suele utilizar ante eventos estresantes; mientras que las estrategias son herramientas que elige el individuo dependiendo de la situación estresante, es decir, son susceptibles de modificación. En cuanto al constructo del ajuste mental al cáncer, se concluye que, a pesar de ser ampliamente utilizado en la literatura actual de afrontamiento, no se encontró en la revisión de literatura un marco teórico que lo fundamente.

En la presente investigación se tomó el modelo teórico de Estrategias de Afrontamiento, ya que el diagnóstico de CaMa se ha identificado como un evento particularmente estresante para las pacientes, en el cual la forma de afrontar puede no ser igual que la que comúnmente se afronta en otros eventos estresantes de la vida cotidiana.

Ahora bien, siguiendo este modelo de estrategias de afrontamiento se plantea una estructura jerárquica que inicia con ocho dimensiones de orden primario: 1) Solución de problemas, 2) Reestructuración cognitiva, 3) Expresión emocional, 4) Apoyo social, 5) Evitación de problemas, 6) Pensamiento desiderativo, 7) Autocrítica y 8) Aislamiento social. Posteriormente, se traza un segundo orden formado por cuatro nuevas dimensiones creadas a partir de la agrupación empírica de los ocho componentes del orden primario: a) Manejo adecuado centrado en el problema, que contiene los aspectos 1 y 2, b) Manejo adecuado centrado en la emoción, que incluye los aspectos 3 y 4, c) Manejo inadecuado centrado en el problema, que se conforma de los puntos 5 y 6, y d) Manejo inadecuado centrado en la emoción, que incluye los aspectos 7 y 8. Por último se crean dos dimensiones de tercer orden que surgen de la agrupación empírica los componentes del segundo orden: I) Estrategias adaptativas que incluye los puntos a y b, y sugieren esfuerzos activos y aproximativos y II)

Estrategias desadaptativas que incluyen los puntos c y d y se enfocan en esfuerzos pasivos y evitativos (Tobin et al., 1989).

El modelo de Tobin y colaboradores (1989) se creó originalmente con población general estadounidense, sin embargo, se ha aplicado a otras poblaciones en diversas partes del mundo, y se ha enfocado al afrontamiento de diversas complicaciones de salud (Tix y Frazier, 1998; Najavits, Weiss y Shaw, 1999; Livneh, Antonak, Gerhardt, 2000; Bachanas et al., 2001) Además, ha sido utilizado en población mexicana ya diagnosticada con cáncer (Haro-Rodríguez et al., 2014).

### **Estrategias de afrontamiento al cáncer de mama**

El procedimiento de la revisión de literatura fue el mismo que se escribe en el apartado de creencias fatalistas. Para las estrategias de afrontamiento se encontraron ocho investigaciones observacionales y/o correlacionales. En varias de ellas, se identificaron algunos aspectos sociodemográficos y psicológicos asociados con el afrontamiento en pacientes con CaMa, entre los que destacan la edad, la espiritualidad, la depresión, la ansiedad, y algunos factores de personalidad. En la tabla 3 se muestran los estudios encontrados.

Tabla 3. Estudios encontrados en la revisión de literatura sobre estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama.

Autor	Objetivo	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Alcalar, Ozkan, Kucucuk, Aslay y Ozkan, 2012	Examinar la correlación entre niveles de depresión con estilos de afrontamiento y errores cognitivos en mujeres tratadas por CaMa.	Correlacional, transversal.	110 pacientes turcas con CaMa que se habían sometido a una cirugía al menos 6 meses antes, habían completado el tratamiento adyuvante y no habían experimentado metástasis.	a) Automatic Thoughts Questionnaire, b) Cognitive Errors Questionnaire, c) Mental Adjustment to Cancer Scale y d) Beck Depression Inventory	Se observó una relación causal entre la depresión, los patrones cognitivos y la ansiedad. El grado de depresión está inversamente relacionado con el tipo de afrontamiento de espíritu de lucha y el nivel educativo.	La estructura transversal limitó la medida en que se puede deducir la causalidad entre los patrones cognitivos y la depresión. Además, el pequeño número de pacientes que se encuentran en el grupo de depresión dificultó establecer resultados más definitivos sobre la relación entre depresión, errores cognitivos y formas de afrontamiento.
Feher y Maly, 1999	Identificar y examinar	Cualitativo, transversal.	33 mujeres mayores de 65 años, dentro de los	Entrevista estructurada con	La fe religiosa y espiritual brindó a las	una limitación es que la muestra del estudio

	estrategias de afrontamiento religiosas y espirituales entre mujeres ancianas con CaMa recién diagnosticado.		6 meses posteriores al diagnóstico.	preguntas abiertas	pacientes el apoyo emocional necesario para afrontar el CaMa, buscar apoyo social y mejorar la capacidad de dar sentido a su vida, en particular durante su experiencia de cáncer.	no se basó en la población general. Además, el sesgo de selección pudo haber desempeñado un papel relevante en el sentido de que las mujeres ancianas que aceptaron ser entrevistadas pudieron haber representado opiniones diferentes de las que se negaron.
González, Wang-Letzkus, Lim, Flores, Nápoles, 2016	Identificar y comparar las estrategias de supervivencia de las sobrevivientes de CaMa Chino-estadounidense, Coreano-estadounidense y	Cualitativo, transversal.	21 sobrevivientes de CaMa Chino-estadounidense, 11 Coreano-estadounidense y 9 México-américas	Entrevista mediante grupos focales.	Las mujeres informaron el uso de 8 estrategias de afrontamiento (espirituales, búsqueda de beneficios, fatalismo, optimismo, espíritu de lucha, búsqueda	El estudio fue transversal, por lo que no es posible determinar si las estrategias de afrontamiento cambian con el tiempo o si son características de

México-americanas.					información, negación y auto-distracción). Los modelos de afrontamiento deben considerar la diversidad de sobrevivientes de cáncer y la variabilidad en las estrategias de afrontamiento entre la minoría étnica cultural.	fases específicas de la supervivencia del cáncer. Otra limitación es que no se le pidió a los participantes que divulgaran su afiliación religiosa específica.
Saita, Acquati y Kayser, 2015	Examinar la influencia de rasgos de personalidad y las relaciones cercanas en el estilo de afrontamiento de las mujeres con CaMa.	Correlacional, transversal.	72 pacientes italianas que recibieron tratamiento para el CaMa en etapa temprana.	a) Interpersonal Adaptation Questionnaire, b) Inclusion of the Other in the Self Scale, c) Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale.	Las mujeres que obtuvieron una calificación alta en asertividad y ansiedad social tenían más probabilidades de utilizar estrategias de afrontamiento activas. La fuerza percibida de las relaciones predijo el uso de un estilo de afrontamiento activo.	1) la muestra fue bastante homogénea en términos de etnicidad y estatus socioeconómico, por lo que no fue posible explorar las diferencias culturales. 2) El diseño fue transversal, por lo que no se pudo

							identificar la estabilidad de los estilos de afrontamiento a lo largo de la enfermedad. 3) El tamaño de la muestra afectó la selección de factores predictivos para los análisis de regresión.
Schnoll, Harlow, Stolbach y Brandt, 1998	Examinar las relaciones predictivas entre el estadio de la enfermedad, la edad, el estilo de afrontamiento y el ajuste psicológico.	Explicativo, transversal	100 diagnosticadas CaMa.	mujeres con	a) Mental Adjustment to Cancer Scale. b) subescalas de ansiedad y depresión del Brief Symptom Inventory y the Functional Living Index – Cancer.	Se encontró un modelo que mostró que las mujeres más jóvenes y aquellas en etapa más temprana de la enfermedad usaron mayores niveles de la estrategia de afrontamiento, como un espíritu de lucha y niveles más bajos de las estrategias de	En general, los resultados del estudio integran hallazgos contradictorios con respecto a la relación entre la edad, el estadio de la enfermedad y el ajuste psicológico al ilustrar el papel de mediación del estilo de afrontamiento.

c) Cuestionario de datos sociodemográficos. afrontamiento como desesperanza, preocupación ansiosa y fatalismo que, a su vez, se relacionaron con un mejor ajuste psicológico.

Umezawa, You, Kagawa-Singer, Leake y Maly, 2012	Examinar la asociación entre la creencia en el control divino y el afrontamiento.	Correlacional, transversal.	257 mujeres latinas de edad avanzada, afroamericanas y blancas no hispanas con CaMa recién diagnosticado.	a) Escala Belief in Divine Control y b) Brief COPE. Mediante entrevista telefónica.	Las creencias en el control divino se relacionaron positivamente con la reformulación positiva, afrontamiento activo y planificación en todos los grupos étnicos. La creencia en el control divino se relacionó positivamente con la aceptación y se relacionó negativamente con el manejo de la evitación	El estudio está limitado en generalización y certeza. 1) Las relaciones causales no pueden atribuirse a las asociaciones medidas por una encuesta transversal. 2) La escala de creencias en el control divino solo consistía en dos reactivos.
---	---	-----------------------------	---	---	--	--



					entre las latinas de baja aculturación.
Wang, Tu, Liu, Yeh y Hsu, 2013	1) Determinar la estructura factorial de la Mini-Mental Adjustment to Cancer. 2) Identificar correlaciones entre estrategias de afrontamiento y el estrés.	Correlacional, transversal.	340 taiwaneses CaMa divididas en dos grupos, uno de pacientes recién diagnosticados (un mes) y otro de pacientes de supervivencia a largo plazo (cinco años).	a) Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale. b) Hospital Anxiety and Depression Scale.	El modelo de cinco factores mostró un ajuste adecuado pero no excelente a los datos del Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale. El espíritu de lucha se correlacionó negativamente con la angustia entre la muestra recién diagnosticada pero no en las sobrevivientes a largo plazo. Se encontró que el fatalismo se correlacionó positivamente con la angustia.

Watson et al., 1991	Examinar las relaciones entre el control emocional, el ajuste al cáncer y la morbilidad psicológica.	Correlacional, transversal.	359 mujeres de entre 18 y 75 años con CaMa en etapa temprana que fueron atendidas entre uno y tres meses después del diagnóstico.	a) Courtauld Emotional Control Scale. b) Mental Adjustment to Cancer Scale. c) Hospital Anxiety and Depression Scale.	Los resultados indicaron una asociación significativa entre la tendencia a controlar las reacciones emocionales y una actitud fatalista hacia el cáncer. Se observó una asociación significativa entre el control de la ira y una actitud indefensa. La morbilidad psicológica también se relacionó con el tipo de ajuste al cáncer.	Las respuestas medidas fueron transversales, no longitudinales y por ello puede haber una variación considerable y un cambio en el afrontamiento dependiendo de la enfermedad y el momento en que se evalúa esta variable.
---------------------	--	-----------------------------	---	---	--	--

Con relación a la edad, se encontraron artículos que datan de 1990. Los resultados mostraron que las mujeres de edad más avanzada, que padecían cáncer en el último estadio, fueron las que reportaron más desesperanza, más fatalismo, más preocupación ansiosa, más depresión y ansiedad, menor espíritu de lucha y una peor calidad de vida en comparación con las más jóvenes que se encontraban en estadios iniciales de la enfermedad (Schnoll et al., 1998). Por otro lado, se encontró también que en mujeres mayores de 65 años, la fe religiosa y espiritual proporciona el apoyo emocional y social necesario para tratar el CaMa, además de que brinda a estas pacientes la capacidad de dar sentido en su vida cotidiana (Feher y Maly, 1999). En investigaciones más recientes se reportó que, efectivamente, la religiosidad puede favorecer la adaptación emocional en las pacientes con CaMa, lo cual se ha estudiado en poblaciones latinas que viven en EUA. Por ejemplo, se ha reportado que entre más creencias en el control divino existan, menor es el uso de la negación como forma de afrontamiento (Umezawa et al., 2012). En otro estudio, en el que se incluyeron mujeres mexicanas, se observó que éstas presentaron un afrontamiento fatalista, concretamente enfocado a la religiosidad, sin embargo, los autores de este estudio concluyeron que las oraciones religiosas son una fuente de salud emocional y espiritual durante el continuo de la enfermedad (González et al., 2016).

Al respecto de las variables psicológicas, se encontró que las pacientes con altos niveles de ansiedad social y asertividad son más proclives a utilizar el espíritu de lucha como respuesta de afrontamiento. Además, las relaciones de apoyo fortalecidas influyen en que las mujeres afronten con espíritu de lucha, y con una preocupación que favorece la búsqueda de información sobre la enfermedad (Saita, Acquati y Kayser, 2015). Por otro lado, existen algunas respuestas de afrontamiento que se relacionan con algunos síntomas de depresión y

ansiedad, tales como el desamparo/desesperanza, el fatalismo y la preocupación ansiosa. En particular, se reportó que una respuesta fatalista ante el diagnóstico de cáncer está altamente asociada con la tendencia a presentar síntomas depresivos (Watson et al., 1991). En estudios más recientes, se encontró que el espíritu de lucha es un predictor inverso de la depresión, es decir, funcionaría como un protector. El espíritu de lucha también se ha relacionado con el distrés. En este sentido, existe una correlación inversa entre estas dos variables en pacientes con reciente diagnóstico. Además, existe una correlación positiva entre la respuesta de afrontamiento fatalista y el malestar emocional, tanto en pacientes sobrevivientes como en las recién diagnosticadas (Alcalá et al., 2012; Wang, Tu, Liu, Yeh y Hsu, 2013).

### **Medición de afrontamiento en pacientes con CaMa.**

En la literatura revisada se describen dos formas de explorar el afrontamiento en pacientes oncológicos, las entrevistas y las escalas. Las entrevistas fueron utilizadas en estudios de corte cualitativo, y su estructura se diseñó exclusivamente para tales investigaciones. Se han utilizado entrevistas tanto semi-estructuradas como a profundidad, y se han aplicado tanto de forma individual como mediante grupos focales (Cheng, Sit, Twinn, Cheng y Thorne, 2013; Gonzalez et al., 2016).

Se han utilizado diversas escalas medición para explorar el afrontamiento en pacientes con CaMa, una de ellas es la escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC), que es un cuestionario de auto reporte compuesto originalmente por 40 reactivos y cuatro factores: 1) Espíritu de lucha, 2) Desamparo o Desesperanza, 3) Preocupación ansiosa y 4) Fatalismo (Watson et al., 1988). El MAC se ha utilizado como medida de estrategias o estilos de

afrontamiento (Schwartz et al., 1992), sin embargo este instrumento fue desarrollado originalmente para la evaluación de las respuestas al cáncer. Una problemática del instrumento es su variabilidad en la estructura factorial, pues en las en diversas investigaciones en que se ha utilizado se han extraído desde cuatro hasta seis factores, y cambia tanto la interpretación de cada factor como la composición de los reactivos (Anagnostopoulos, Kolokotroni, Spanea, Chrysochoou, 2006; Saita, Acquati y Kayser, 2015). Existe una versión corta llamada Mini-MAC, en la que se incluyeron los cuatro factores originales con un número menor de reactivos, y se añadió un quinto factor (Watson et al., 1994). Cabe mencionar que aunque es una escala muy utilizada en la actualidad, la consistencia interna de algunos factores ha resultado ser considerablemente baja en varios países (Fong y Ho, 2015; Kang et al., 2008; Wang et al., 2013)

Otra escala comúnmente utilizada para medir afrontamiento en pacientes con CaMa es la escala COPE, cabe aclarar que éstas no son siglas a pesar de que todas las letras están en mayúsculas. La versión original de este instrumento está compuesta de 60 reactivos (Carver, Scheier y Weintraub, 1989), y posteriormente se creó una versión corta compuesta por 28 reactivos agrupados en 14 subescalas (Carver, 1997). El instrumento se diseñó originalmente para medir afrontamiento en población general, sin embargo, ya se validó en población mexicana con CaMa (Ornelas et al., 2013). Este instrumento, tanto en su versión original como en su versión validada para pacientes con CaMa, tanto mexicanas como de otros países reportó consistencias internas bajas en algunos factores. (Fillion, Kovacs, Gagnon y Endle, 2002; Ben-Zur, Gilbar y Lev, 2001; Yusoff, Low y Yip, 2010)

Por último, el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (IEA) se creó originalmente con 72 reactivos que evaluaban afrontamiento en población general (Tobin, Holroyd, Reynold y Kigal, 1989), y posteriormente se creó una versión corta de 40 reactivos (Cano, Rodríguez y Martínez, 2007), la cual se validó en población mexicana reportando una consistencia interna adecuada (Nava, Ollua, Vega y Soria, 2010). La versión corta se compone de ocho factores primarios, dos factores de segundo orden y dos de tercer orden: 1) estrategias de aproximación y 2) estrategias de evitación. A pesar de que la validación se realizó con población general, este instrumento ya se ha utilizado con pacientes mexicanas con CaMa (Haro et al., 2014). Aunque sigue siendo indispensable obtener las propiedades psicométricas del IEA en población mexicana con CaMa.

En suma, en la presente investigación se tomará como base el modelo teórico de Estrategias de Afrontamiento, el cual se ha aplicado en poblaciones de varias partes del mundo, explorando el afrontamiento de diversas complicaciones de salud incluyendo el cáncer. Un aspecto importante a destacar es que en la mayoría de las investigaciones encontradas se utilizó la escala MAC, como instrumento de medición, ya sea en su versión original o la versión corta. Como se mencionó en el apartado anterior, la escala MAC carece de un marco teórico sólido que lo fundamente, por lo que este instrumento podría carecer de validez de constructo, además de que, como ya se dijo, en las diversas validaciones psicométricas que se han hecho, se han reportado bajos valores de consistencia interna (Fong y Ho, 2015; Kang et al., 2008; Wang et al., 2013). Ahora bien, los resultados presentados deben interpretarse tomando en cuenta este contexto. Así pues, resulta indispensable continuar estudiando el afrontamiento en población con CaMa, haciendo énfasis en la necesidad de utilizar instrumentos de medición válidos y confiables, que cuenten con un modelo teórico sólido.

## **Justificación y planteamiento del problema**

Debido a que el CaMa es la principal causa de muerte en mujeres en México, y a que ocupa uno de los primeros lugares de incidencia, es de vital importancia promover estrategias de afrontamiento centradas en la adaptación a la enfermedad. Una de las variables que pudiera estar relacionada con este tipo de estrategias son las creencias fatalistas, ya que las creencias que tiene un paciente sobre su enfermedad facilitan o limitan ciertas conductas relacionadas con la salud (Dilts, Hallbom y Smith, 1996).

A pesar de que en numerosas investigaciones se han explorado las creencias fatalistas relacionadas con el cáncer, la mayoría se enfocan al estudio de cómo estas creencias se asocian con las conductas de prevención de la enfermedad (Marván et al, 2016). Sin embargo, hasta el momento se ha dejado de lado el estudio de las creencias fatalistas en personas ya diagnosticadas, así como la relación que éstas pudieran tener con variables de interés como la adherencia a tratamientos médicos o las estrategias de afrontamiento, pues como se sabe, el diagnóstico de CaMa es un generador de angustia para muchas mujeres (Dabrowski et al., 2007), por lo que la adaptación al continuo de la enfermedad es crucial. Esta adaptación se ve influenciada, entre otros factores, por las estrategias de afrontamiento, de hecho, el uso de ciertas estrategias de afrontamiento limita el ajuste psicológico de las pacientes durante el proceso de diagnóstico y tratamiento del CaMa, lo que puede afectar la calidad de vida de éstas (Kvillermo y Bränström, 2014). Es por ello que resulta indispensable realizar investigaciones enfocadas a la identificación de estrategias de afrontamiento y creencias fatalistas en este tipo de pacientes.

Por otro lado, en cuanto a los instrumentos de medición, tanto de creencias fatalistas como de estrategias de afrontamiento, en población oncológica mexicana se han observado algunas

limitaciones en la literatura. Primero, a pesar de que el Inventario de Fatalismo de Powe es el más utilizado para explorar el fatalismo en cáncer, este instrumento no ha sido validado para población mexicana ya diagnosticada con esta enfermedad. Segundo, aunque en diversos estudios se han utilizado instrumentos como el MAC o el COPE para explorar afrontamiento en pacientes oncológicos, estos dos instrumentos no han reportado propiedades psicométricas sólidas y estables. Lo anterior establece la necesidad de estudiar las propiedades psicométricas de estos instrumentos en población mexicana con cáncer y de forma particular con CaMa.

En futuras investigaciones, el conocimiento generado en la presente podrá servir como herramienta base para elaborar mejores evaluaciones e intervenciones psicológicas orientadas a la adaptación en las diversas etapas del CaMa.

### **Preguntas de investigación**

¿Cuales son las creencias fatalistas y estrategias de afrontamiento en pacientes con CaMa?

¿Cual es la relación entre creencias fatalistas y estrategias de afrontamiento en pacientes con CaMa?

### **Objetivos**

#### **Objetivo general**

Identificar creencias fatalistas y estrategias de afrontamiento en pacientes con CaMa, y conocer la relación entre estas dos variables.

#### **Objetivos específicos**

- Explorar las creencias fatalistas en pacientes con CaMa.
- Identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan las pacientes con CaMa.



- Analizar la relación entre las creencias fatalistas y las estrategias de afrontamiento en pacientes con CaMa.
- Comparar las creencias fatalistas y las estrategias de afrontamiento en pacientes con diferentes niveles de escolaridad.
- Comparar las creencias fatalistas y las estrategias de afrontamiento de acuerdo a la percepción de la comprensión que tienen las pacientes sobre su diagnóstico y tratamiento.
- Comparar las creencias fatalistas y las estrategias de afrontamiento de acuerdo al nivel de satisfacción de las pacientes con respecto a la comunicación con su médico tratante.

### **Hipótesis**

- Las estrategias de afrontamiento desadaptativas se relacionan con niveles elevados de creencias fatalistas.
- Las estrategias de afrontamiento adaptativas se relacionan con niveles bajos de creencias fatalistas.
- Las pacientes con bajos niveles de escolaridad presentan mayores creencias fatalistas y estrategias de afrontamiento desadaptativas que las que tienen escolaridad alta.
- Las pacientes que perciben tener una mala comprensión sobre su diagnóstico y su tratamiento presentan mayores creencias fatalistas y estrategias de afrontamiento desadaptativas, en comparación con que las que perciben tener un mejor entendimiento.

- Las pacientes con menor nivel de satisfacción en la comunicación con su médico tratante presentan mayores creencias fatalistas y estrategias de afrontamiento desadaptativas, en comparación con las que están más satisfechas.

## **Método**

### **Tipo de estudio.**

Se realizó un estudio de tipo correlacional, con un diseño no experimental transversal. Fue correlacional debido a que se buscó identificar la relación entre las variables de estudio, fue no experimental debido a que se realizó una medición de las variables de estudio mediante la aplicación de los instrumentos de medición y no se sometió a las pacientes a ningún tipo de experimentación, y fue transversal debido a que sólo se tomó una medición por cada variable planteada (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

### **Participantes.**

La muestra estuvo conformada por pacientes mujeres con diagnóstico de CaMa que fueron atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan). Se realizó un muestreo por conveniencia y se reclutó una muestra de 157 pacientes, considerando los siguientes criterios:

#### **Criterios de inclusión:**

- Tener diagnóstico de cáncer de mama en cualquier estadio en el que no hubiera metástasis (estadios In situ, I, II o III).
- Tener 18 años o más.
- Dar su consentimiento verbal para participar en el estudio.

### **Criterios de exclusión:**

- Haber recibido atención psicológica posterior al diagnóstico y previo a recolección de datos.
- Ser paciente con recurrencia de la enfermedad.
- Tener diagnóstico de cáncer de un segundo tumor primario.

### **Procedimiento**

Se solicitaron los permisos correspondientes en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) para llevar a cabo la investigación. Una vez autorizada, se contactó al departamento de Cáncer de Mama, a través del servicio de psicooncología para establecer la logística y el cronograma de actividades.

La invitación a las participantes y obtención de datos se realizó de la siguiente manera:

- 1) Una investigadora identificó a las pacientes con reciente diagnóstico que cumplieron con los criterios de inclusión, a través del Servicio de Unidad Funcional de CaMa del departamento de tumores mamarios del INCan.
- 2) La investigadora contactó a las pacientes en la sala de espera mientras aguardaban a ser llamadas para pasar al servicio de Unidad Funcional de CaMa. Ahí se les hizo la invitación a participar, explicándoles con detalle en qué consistía la investigación.
- 3) A aquellas pacientes que aceptaron participar se les leyó el consentimiento informado y se le solicitó su autorización verbal y su firma.
- 4) Se aplicaron cuatro instrumentos, los cuales se describirán más adelante.
- 5) Finalmente se revisaron las historias clínicas de las pacientes participantes para recolectar la información sobre el diagnóstico oncológico. Debido a que los

instrumentos de aplicaron antes de que se hiciera la revisión de expedientes electrónicos, el número de muestra sufrió modificaciones, las cuales se explican en la sección de resultados.

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en el servicio de Tumores Mamarios del INCan entre abril y agosto de 2017. El tiempo promedio en el que las participantes respondieron la totalidad de los cuestionarios fue de 30 minutos, y la aplicación se llevó a cabo de forma individual y oral con el fin de asegurar que todas las pacientes entendieran bien todos los reactivos. En todos los casos se les hizo hincapié en que no había respuestas correctas o incorrectas, y se aseguró el anonimato de las respuestas. El diagrama del procedimiento se muestra en el apéndice G.

## **Variables**

### **Variable dependiente: Creencias fatalistas sobre el cáncer o fatalismo**

Definición conceptual: las creencias fatalistas sobre el cáncer se refieren a la idea de que la presencia de esta enfermedad está predeterminada por fuerzas externas y que además, una vez diagnosticado, el cáncer provocará inevitablemente la muerte de quien lo padece (Abraido-Lanza et al., 2007; Powe y Finnie , 2003).

Definición operacional: respuestas a las preguntas del Powe Fatalism Inventory (PFI; Powe y Johnson, 1995) en su versión en español (López-McKee, McNeill, Eriksen, y Ortiz, 2007).

### **Variable dependiente: Estrategias de afrontamiento**

Definición conceptual: las estrategias de afrontamiento son acciones específicas para manejar el estrés psicológico generado por una situación percibida como amenazante (Pelechano, 2000). Las estrategias de afrontamiento adaptativas, también llamadas aproximativas, son las

que representan esfuerzos cognitivos y conductuales para encarar y controlar directamente el evento estresante; mientras las estrategias desadaptativas o centradas en la evitación, implican una reducción de la tensión y el estrés mediante el escape del estresor (Tobin et al, 1989).

Definición operacional: respuestas a las preguntas del Coping Strategies Inventory (CSI; Tobin et al., 1989) en su versión en español: Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Nava-Quiroz, Ollua, Vega, y Soria, 2010).

#### **Variable independiente: Escolaridad**

Definición conceptual: nivel educativo del paciente.

Definición operacional: se hicieron cuatro grupos con base en el nivel educativo de las pacientes; 1) analfabetas, 2) educación básica (primaria y secundaria), 3) educación media (bachillerato) y 4) educación superior (licenciatura o posgrado).

#### **Variable independiente: Percepción de la comprensión sobre el diagnóstico y tratamiento:**

Definición conceptual: valoración que el paciente realiza sobre sus conocimientos acerca de su diagnóstico y tratamiento médico.

Definición operacional: respuestas a las preguntas 1 a 3 del cuestionario sobre satisfacción en la comunicación médico-paciente y dudas acerca del diagnóstico y tratamiento médico.

#### **Variable independiente: Satisfacción en la comunicación médico-paciente**

Definición conceptual: valoración que realiza el paciente sobre la relación que se establece con el prestador de servicios de salud (Ruiz-Moral et al., 2011). En la presente investigación,

cuando se habla del prestador de servicios de salud se hace referencia únicamente al médico-oncólogo tratante.

Definición operacional: respuesta a la pregunta 4 del cuestionario sobre satisfacción en la comunicación médico-paciente y dudas acerca del diagnóstico y tratamiento médico.

### **Técnicas de recolección de datos**

Se recolectaron los siguientes datos:

#### 1. Datos sociodemográficos

Se realizó un cuestionario de datos sociodemográficos con el que se obtuvo la siguiente información: edad, escolaridad, empleo, estado civil, número de hijos y lugar de residencia.

#### 2. Datos sobre diagnóstico.

Se obtuvo la siguiente información de la historia clínica de cada paciente con respecto al diagnóstico de cáncer: fecha del diagnóstico, estadio clínico, y tratamiento oncológico indicado.

#### 3. Satisfacción en la comunicación médico-paciente y dudas acerca del diagnóstico y tratamiento médico.

Se realizaron preguntas acerca de la satisfacción en la comunicación médico-paciente y acerca del diagnóstico y tratamiento médico. Las preguntas tuvieron cuatro opciones de respuesta que iban desde “nada satisfecha” hasta “muy satisfecha” y desde “no tengo ninguna duda” hasta “tengo muchas dudas”. Estas preguntas y sus opciones de respuesta se decidieron después de una análisis y revisión por expertos en psicología de la salud y psicometría del INCan.

#### 4. Medición de las creencias fatalistas sobre el cáncer

Se utilizó el Powe Fatalism Inventory (PFI), (Powe y Johnson, 1995) que mide creencias fatalistas sobre el cáncer y se compone de 15 reactivos que se agrupan en cuatro factores. Las respuestas son de tipo dicotómica (sí o no). El PFI fue traducido y adaptado al español con mujeres mexicanas por López-McKee, McNeill, Eriksen, y Ortiz (2007). Esta versión contiene los mismos 15 reactivos y cuatro factores que el PFI, pero se nombró Spanish Powe Fatalism Inventory (SPFI) y fue la versión que se aplicó en la presente investigación. Los autores no establecieron puntos de corte, pero sí reportaron que los factores subyacentes del SPFI explican 57% de la varianza, con una consistencia interna que va de 0.84 a 0.87. Las subescalas son:

- Miedo
- Predeterminación
- Pesimismo
- Inevitabilidad de la muerte

#### 5. Medición de las estrategias de afrontamiento

Se utilizó el Coping Strategies Inventory (CSI; Tobin et al., 1989) que está basado en el *Ways of Coping Questionnaire* realizado por Folkman y Lazarus (1988). El CSI mide estrategias de afrontamiento y está conformado por 40 reactivos agrupados en ocho factores. Las respuestas del instrumento están en escala tipo Likert (de cinco puntos). El CSI tiene una versión en español llamada Inventario de Estrategias de Afrontamiento (IEA), la cual fue traducida y validada inicialmente en población española por Cano, Rodríguez y García

(2007) y posteriormente en población mexicana por Nava-Quiroz, Ollua, Vega y Soria (2010). Igual que la versión original, el IEA se conforma por 40 reactivos y ocho factores, sus cargas factoriales variaron de 0.39 hasta 0.87 y explicaron el 61% de varianza. La confiabilidad de los factores (alfas de Cronbach) varió de 0.70 hasta 0.86. Los factores son:

1. Resolución de problemas
2. Reestructuración cognitiva
3. Apoyo social
4. Expresión emocional
5. Evitación de problemas
6. Pensamiento desiderativo
7. Retirada social
8. Autocrítica

Los primeros cuatro factores están agrupados en un factor más general llamado Estrategias adaptativas, y los segundos cuatro factores se agrupan, a su vez, en otro factor llamado Estrategias desadaptativas.

En la presente investigación se obtuvieron las propiedades psicométricas tanto del IEA como del SPFI, de este último se realizó una adaptación para la población mexicana con CaMa. Los valores obtenidos se detallan en la sección de resultados.

### **Aspectos éticos.**

Los daños potenciales relacionados con la investigación se consideran mínimos, ya que no se guió a ninguna decisión diagnóstica o terapéutica de acuerdo a los resultados de este estudio. Sólo se recolectaron los datos antes descritos.



A las pacientes que se les invitó a colaborar en la presente investigación se les explicó de forma clara y sin ambigüedades el objetivo del estudio, la confidencialidad de los datos, el procedimiento, los riesgos y beneficios. La investigadora aclaró a las participantes que se podían retirar del estudio si no se sentían cómodas al responder los instrumentos, sin que con ello se viera afectado el tratamiento y sus derechos como paciente del INCan.

Después de la comprensión de lo explicado, a aquéllas que aceptaron participar se les leyó el documento de Consentimiento Informado y se les solicitó su autorización verbal y su firma para continuar con la aplicación.

Todos los procedimientos se siguieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II, investigación. se anexa hoja de consentimiento informado, en donde, entre otras cosas se incluye la siguiente información: a) que las preguntas del cuestionario podrían causar una molestia leve debido a que tocan temas del estado emocional, b) si así sucediera, la persona entrevistadora es una psicóloga capacitada que podría brindar asesoría y apoyo para resolver dicho malestar emocional, c) en caso de ser requerido, se puede brindar un apoyo psicológico estructurado por parte del personal perteneciente al servicio de Psicología o se puede canalizar a un centro especializado para recibir el apoyo psicológico.

### **Análisis de datos**

Para realizar los análisis estadísticos se utilizó el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 21. Inicialmente se aplicó la prueba de Kolmogórov-Smirnov, encontrando una distribución no normal de los datos (valores de  $p < 0.05$ ), por lo que se

determinó utilizar estadística no paramétrica. En un primer momento se obtuvieron las propiedades psicométricas del Inventario de Fatalismo de Powe (IFP) y del Inventario de Estrategias de afrontamiento (IEA). Posteriormente se realizaron análisis inferenciales. Las pruebas usadas fueron las siguientes:

## **Estudio 1**

### **Análisis psicométricos de los instrumentos**

Para los dos instrumentos utilizados se realizaron las siguientes pruebas: Prueba de Esfericidad de Bartlett y prueba Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo. Para establecer el poder discriminativo de los reactivos se siguió el método de grupos extremos, utilizando la prueba U de Mann-Whitney para comparar la puntuación total del cuestionario entre 27% de las participantes que obtuvieron las puntuaciones más altas y 27% de las que tuvieron las puntuaciones bajas (Anastasi y Urbina, 2009). Todos los valores de probabilidad  $<0.05$  se consideraron significativos.

El análisis factorial se realizó mediante el procedimiento de extracción de Mínimos Cuadrados no Ponderados y se hizo una rotación Oblimin con normalización Kaiser para el IFP y rotación Varimax para el IEA (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010). 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 (Anastasi y Urbina, 2009).

La consistencia interna se evaluó por medio del coeficiente Alfa de Cronbach para cada uno de los factores y para el cuestionario global. De acuerdo a Cronbach y Shavelson (2004) un valor de  $\alpha \geq 0.70$  refleja una consistencia interna aceptable,  $\geq 0.80$  alta y  $\geq 0.90$  muy alta.

También se realizaron correlaciones de Pearson entre los factores resultantes del cuestionario. Finalmente, para el IFP se calcularon los terciles del cuestionario resultante para establecer puntos de corte de las puntuaciones altas, intermedias y bajas.

Para los dos instrumentos se consideraron los siguientes criterios con el fin de determinar la cantidad de factores subyacentes: 1) proporción de varianza explicada, 2) gráfico de sedimentación y 3) coherencia teórica en la agrupación de reactivos.

## **Estudio 2**

### **Análisis inferenciales**

Una vez establecida la estructura factorial y confiabilidad de los instrumentos se procedió a realizar análisis univariados para identificar las diferencias de las creencias fatalistas y estrategias de afrontamiento, de acuerdo a las siguientes variables: a) escolaridad, b) satisfacción de las pacientes con respecto a la comunicación con su médico tratante, c) percepción de la comprensión que tienen las pacientes sobre su diagnóstico y tratamiento. Se utilizaron las pruebas de U de Mann Whitney y Kruskal Wallis.

Por último, se realizaron análisis de correlaciones con coeficiente de Spearman para identificar si existe relación entre las creencias fatalistas y las estrategias de afrontamiento.

Para identificar relaciones predictivas entre las creencias fatalistas, las estrategias de afrontamiento y las variables médicas y sociodemográficas se planteó realizar un modelo de regresión, sin embargo, no fue posible realizarlo debido al tamaño de la muestra.

## Resultados

### Características generales de la muestra

Se recolectaron y capturaron datos de 157 pacientes de entre 21 y 85 años, aunque se eliminaron 37 debido a que después de la aplicación de los instrumentos se realizaron cambios en su estadio clínico y ya no cumplían con los criterios de inclusión. De esta forma la muestra se conformó por un total 130 pacientes cuya edad promedio fue de 51.5 años (DE=12.6).

Las características sociodemográficas de la muestra indican que la mayoría de las participantes estaban casadas, eran amas de casa, vivían en zonas urbanas y su escolaridad máxima fue básica (ver Tabla 4). Con respecto a la características clínicas, se reportó que más de la mitad de las pacientes se encontraban en un estadio 3 al momento del diagnóstico, además se observó que la mayoría de las pacientes reportaron tener dudas sobre su diagnóstico o tratamiento y también la mayoría se sintió satisfecha con la comunicación con su médico (ver Tabla 5).

Tabla 4. *Características sociodemográficas de las participantes*

<i>Características sociodemográficas</i>	Frecuencia	Porcentaje
Estado civil		

Soltera	30	23.1%
Casada/unión libre	67	51.5%
Divorciada/separada	21	16.2%
Viuda	12	9.2%
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	70	53.8%
Con empleo	26	20.0%
Sin empleo	34	26.2%
<b>Zona de residencia</b>		
Rural	32	31.5%
Urbana	98	68.5%
<b>Escolaridad</b>		
Analfabeta	14	10.8%
Básica	52	40.0%
Media	35	26.9%
Superior	29	22.3%

---

Tabla 5. *Características clínicas de las participantes*

<i>Características clínicas</i>	Frecuencia	Porcentaje
<b>Estadio clínico</b>		
0 y 1	23	17.7%
2	73	56.2%
3	34	26.2%
<b>Percepción de la comprensión sobre el diagnóstico o tratamiento</b>		
Tienen dudas	84	64.6%
No tienen dudas	46	35.4%
<b>Satisfacción en la comunicación médico-paciente</b>		
Nada	16	12.3%
Medianamente	38	29.2%
Mucho	76	58.5%

---

## **Estudio 1    Análisis psicométricos de los instrumentos**

### **Inventario de Fatalismo de Powe**

Para determinar la factibilidad del análisis factorial exploratorio se calculó el índice de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO=.73$ ), y la prueba de esfericidad de Bartlett ( $Ji^2=593.68$ ;  $gl=28$ ;  $p<0.001$ ) observándose una intercorrelación adecuada para realizar el análisis factorial.

La regla Kaiser de autovalores superiores a 1 y el gráfico de sedimentación sugirieron la extracción de 4 factores que explicaban un 72.3% de la varianza total. No obstante, uno de los factores compuesto por tres reactivos no tenía congruencia teórica con el constructo fatalismo en el contexto de la población oncológica, por lo que se decidió eliminar dicho factor.

Para interpretar la organización de los reactivos en los tres factores, se realizó una rotación Oblimin debido a que éstos presentaron correlaciones superiores a 0.32 (valores comprendidos entre 0.32 y 0.85). Se eliminaron cuatro reactivos debido a que presentaban correlaciones inferiores a 0.40 en los tres factores. En la tabla 6 se presenta la matriz rotada con la saturación factorial de los ocho reactivos finales distribuidos en tres factores que explicaron un 73.7% de la varianza total.

Por otro lado, la confiabilidad de la escala total y de los tres factores fue la siguiente: 1) El factor 1 se compuso de tres reactivos y se nombró *Inutilidad del tratamiento*, ( $\alpha=0.92$ ); un ejemplo es “*Yo pienso que el cáncer matará a una persona, no importa cuándo lo encuentren*

o cómo lo curen. 2) El factor 2 se nombró *Predestinación* ( $\alpha=0.73$ ), esta dimensión incluye tres reactivos; un ejemplo de ellos es “*Yo pienso que si a una persona le va a dar cáncer, le va a dar no importa lo que haga.* 3) El factor 3 incluye dos reactivos y se llamó *Pensamientos de muerte* ( $\alpha=0.85$ ); un ejemplo de los reactivos es “*Yo pienso que si a una persona le da cáncer, ese es el modo del cual le tocaba morirse*”. Por último, para escala total se obtuvo un alfa de 0.80 y se le cambió el nombre, llamándole *Inventario de Fatalismo de Powe en Español-Cáncer (IFPE-C)*.

Tabla 6. *Estructura factorial del IFPE-C en pacientes con CaMa*

Reactivos	Factor 1 $\alpha=0.85$	Factor 2 $\alpha=0.91$	Factor 3 $\alpha=0.73$
Yo pienso que si a una persona le va a dar cáncer, le va a dar no importa lo que haga.		.867	
Yo pienso que si a una persona le da cáncer, así le tocaba.		.956	
Yo pienso que si a una persona le toca que le de cáncer, le va a dar cáncer.		.843	
Yo pienso que si a una persona le da cáncer, esa persona se va a morir pronto.			.994
Yo pienso que si le da cáncer a una persona, ese es el modo del cual le tocaba morir.			.620
Yo pienso que si alguien tiene cáncer, no importa si se lo encuentran temprano o tarde, porque de todos modos va a morir de cáncer.	.755		
Yo pienso que si alguien tiene cáncer y recibe tratamiento para curarse, de todas maneras se va a morir de esta enfermedad.	.924		
Yo pienso que el cáncer matará a una persona, no importa cuándo lo encuentren o cómo lo curen.	.789		

<sup>1</sup> Inutilidad del tratamiento, <sup>2</sup> Predestinación, <sup>3</sup> Pensamientos de muerte

### **Inventario de Estrategias de Afrontamiento**

Para determinar la factibilidad del análisis factorial exploratorio se calculó el índice de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=.76), y la prueba de esfericidad de Bartlett



( $J_i^2=2849.49$ ;  $gl=595$ ;  $p<0.001$ ), observándose una intercorrelación adecuada para realizar el análisis factorial.

La regla Kaiser de autovalores superiores a 1 y el gráfico de sedimentación sugirieron la extracción de 8 factores que explicaban un 61.5% de la varianza total. Se conservaron los ocho factores debido a que todos coincidieron con la estructura factorial del instrumento validado en población mexicana.

Para interpretar la organización de los reactivos en los ocho factores, se realizó una rotación Varimax debido a que no se presentaron correlaciones superiores a 0.32. Se eliminaron cinco reactivos debido a que presentaban correlaciones inferiores a 0.40 con los ocho factores. En la tabla 7 se presenta la matriz rotada con la saturación factorial de los 35 reactivos finales distribuidos en ocho factores que explicaron un 61.5 % de la varianza total. No fue necesario realizar una nueva interpretación teórica de los factores subyacentes debido a que se conservó una estructura similar a la del instrumento validado en México (Nava et al, 2010).

Por otro lado, los índices de confiabilidad fueron los siguientes: 1) Resolución de problemas:  $\alpha=0.779$ ; 2) Autocrítica:  $\alpha=0.923$ ; 3) Expresión emocional:  $\alpha=0.895$ ; 4) Pensamiento desiderativo:  $\alpha=0.866$ ; 5) Apoyo social:  $\alpha=0.832$ ; 6) Reestructuración cognitiva: .858; 7) Evitación de problemas:  $\alpha= 0.773$ ; y 8) Retirada social:  $\alpha=0.839$ .

Tabla 7. Estructura factorial del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (matriz rotada).

<i>Reactivos del Inventario de Estrategias de Afrontamiento</i>	1-	2*	3-	4*	5-	6-	7*	8*
Me recriminé por permitir que esto ocurriera.	.910							
Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias.	.860							
Me critiqué por lo ocurrido.	.857							
Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché.	.825							
Me culpé a mí misma.	.696							
Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo.		.805						
Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían.		.752						
Me fijé en el lado bueno de las cosas.		.689						
Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas.		.640						
Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de forma diferente.		.634						
Supé lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran.		.587						
Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase.			.825					
Deseé que la situación nunca hubiera empezado.			.808					
Deseé poder cambiar lo que había sucedido.			.742					
Deseé no encontrarme nunca más en esa situación.			.715					
Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes.			.647					
Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés.				.808				
Expresé mis emociones, lo que sentía.				.803				
Dejé desahogar mis emociones.				.785				

Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir.	.662	
Hablé con una persona de confianza.	.705	
Encontré a alguien que escuchó mi problema.	.700	
Dejé que mis amigos me echaran una mano.	.698	
Pasé algún tiempo con mis amigos.	.642	
Evité pensar o hacer nada.	.757	
Traté de olvidar por completo el asunto.	.705	
Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más.	.593	
No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado.	.581	
Me comporté como si nada hubiera pasado.	.577	
Traté de ocultar mis sentimientos.		.811
Oculté lo que pensaba y sentía.		.645
No dejé que nadie supiera como me sentía.		.643
Luché para resolver el problema.		.706
Me esforcé para resolver los problemas de la situación.		.680
Hice frente al problema.		.561

---

<sup>1</sup> Resolución de problemas, <sup>2</sup> Autocrítica, <sup>3</sup> Expresión emocional, <sup>4</sup> Pensamiento desiderativo, <sup>5</sup> Apoyo social, <sup>6</sup> Reestructuración cognitiva, <sup>7</sup> Evitación de problemas, <sup>8</sup> Retirada social.

- Estrategias adaptativas

\* Estrategias desadaptativas

## Estudio 2 Análisis inferenciales

### Estrategias de afrontamiento

Se midieron los factores de las dos dimensiones de estrategias de afrontamiento y se realizaron comparaciones entre los factores que componen cada una de las dimensiones. Con respecto a las dimensión de estrategias adaptativas se encontró que el factor predominante fue *Reestructuración cognitiva*, le siguió *Apoyo social*, posteriormente *Resolución de problemas* y por último, *Expresión emocional*. Por lo que respecta a la dimensión de estrategias desadaptativas, se encontró que el factor con mayor puntaje fue *Pensamiento desiderativo*, seguido de *Evitación de problemas* y por último *Retirada social* y *Autocrítica* ( $\chi^2=633$ ;  $gl=7$ ;  $p<0.0001$ ) (ver tabla 8).

Tabla 8. Nivel de las estrategias de afrontamiento de las pacientes

	Rango promedio	p
Reestructuración cognitiva	897.96	
Pensamiento desiderativo	729.96	
Apoyo social	676.86	
Resolución de problemas	555.19	0.0001
Expresión emocional	506.50	
Evitación de problemas	409.41	
Retirada social	194.67	
Autocrítica	193.45	

También se realizaron análisis de comparación de las estrategias de afrontamiento por grupos de escolaridad. Con respecto a las estrategias de afrontamiento adaptativas, se observó que en los factores de *Resolución de problemas* y *Reestructuración cognitiva* las pacientes con puntuaciones más bajas fueron las de escolaridad analfabeta. En lo que concierne a las

estrategias de afrontamiento desadaptativas, se observó que en el factor de *Pensamiento desiderativo* las pacientes con mayor puntaje fueron las de escolaridad analfabeta, y fueron estas mismas, seguidas de las de educación básica, las que obtuvieron mayores niveles en el factor *Evitación de problemas*. Los resultados se muestran en la Tabla 9.

Tabla 9. *Comparación de estrategias de afrontamiento por grupos de escolaridad.*

	<i>Escolaridad</i>				$X^2$ (gl=3)	p
	<i>Analfabeta</i>	<i>Básica</i>	<i>Media</i>	<i>Superior</i>		
	Rango promedio	Rango promedio	Rango promedio	Rango promedio		
<i>Estrategias de afrontamiento</i>						
Resolución de problemas	53.79	61.15	76.60	65.55	6.2	0.009
Apoyo social	61.18	57.05	76.10	69.95	6.2	n.s.
Expresión emocional	59.25	62.11	76.90	60.84	4.4	n.s.
Reestructuración cognitiva	32.96	65.79	77.27	66.84	14.0	0.003
Autocrítica	59.61	70.56	64.89	60.02	2.2	n.s.
Pensamiento desiderativo	88.93	69.11	55.86	59.36	9.2	0.27
Evitación de problemas	77.36	75.15	56.96	52.78	9.6	0.19
Retirada social	60.79	67.18	64.39	66.10	3.7	n.s.

Nota: n.s. = no significativo.

También se compararon los niveles de estrategias de afrontamiento entre aquellas pacientes que percibían haber comprendido todo lo relacionado con su diagnóstico o tratamiento y las que no; y entre las que se sentían satisfechas con la comunicación con su médico y las que no. Se encontró que aquellas pacientes que percibían dudas sobre diagnóstico/tratamiento presentaron mayores estrategias de afrontamiento centradas en un *pensamiento desiderativo* ( $U=1508.00$ ;  $p=0.036$ ) y *evitación de los problemas* relacionados con el cáncer ( $U=1504.00$ ;

$p=0.037$ ); por su parte, aquellas pacientes que no tuvieron dudas reportaron mayores estrategias de afrontamiento centradas en la búsqueda de apoyo social ( $U=1520.00$ ;  $p=0.011$ ).

Por otro lado, al comparar las estrategias de afrontamiento de acuerdo al nivel de satisfacción de las pacientes con respecto a la comunicación con su médico tratante, se encontró que las pacientes con menor satisfacción en la comunicación con su médico presentaron mayores estrategias de afrontamiento centradas en un pensamiento desiderativo sobre el diagnóstico ( $Ji^2=1.52$ ;  $gl=2$ ;  $p<0.003$ ), en contraste, aquellas que reportaron mayor satisfacción en la comunicación con su médico presentaron mayores estrategias de afrontamiento centradas en la reestructuración cognitiva sobre el diagnóstico ( $Ji^2=9.69$ ;  $gl=2$ ;  $p<0.008$ ).

### **Creencias fatalistas**

Por lo que respecta a las creencias fatalistas, se midieron los tres factores de estas creencias y posteriormente se realizaron comparaciones de estas mediciones. Se encontró que el factor predominante fue el de *Predestinación* (*rango promedio* = 264.7), seguido por el de *Inutilidad del tratamiento* (*rango promedio* = 165) y por último el de *Pensamientos de muerte* (*rango promedio* = 157) ( $\chi^2=113$ ;  $gl=2$ ;  $p<0.0001$ ).

Por otro lado, se realizaron análisis de comparación de las creencias fatalistas por grupos de escolaridad. Se encontraron diferencias significativas en todas las dimensiones de las creencias fatalistas, así como en el fatalismo total. Se observó que las pacientes analfabetas y con escolaridad básica fueron las que tuvieron niveles más elevados de fatalismo (Tabla 10).

Tabla 10. *Comparación de Creencias fatalistas por grupos de escolaridad*

	<i>Escolaridad</i>				X <sup>2</sup> (gl)	p
	<i>Analfabeta</i>	<i>Básica</i>	<i>Media</i>	<i>Superior</i>		
	Rango promedio	Rango promedio	Rango promedio	Rango promedio		
<i>Creencias fatalistas</i>						
Predestinación	100.00	70.31	54.26	53.79	21.9 (3)	0.0001
Pensamientos de muerte	86.14	67.42	59.26	59.62	18.4 (3)	0.0001
Inutilidad del tratamiento	85.64	62.38	61.87	65.76	11.3(3)	0.010

Por último, se compararon los niveles de creencias fatalistas entre aquellas pacientes que percibían haber comprendido lo relacionado con su diagnóstico o tratamiento y las que no; y entre las que se sentían satisfechas con la comunicación con su médico y las que no. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

### **Correlaciones entre estrategias de afrontamiento y creencias fatalistas**

Por último, se realizaron también análisis de correlaciones de Spearman para identificar la relación entre las creencias fatalistas y las estrategias de afrontamiento, y se observaron correlaciones moderadas pero estadísticamente significativas entre las variables (Tabla 11). Entre las correlaciones que resultaron estadísticamente significativas se observó que cuando las creencias de predestinación aumentan, la resolución de problemas disminuye; también se observa que cuando las creencias de que el tratamiento es inútil aumentan, la reestructuración cognitiva disminuye; por último, resaltó que cuando los pensamientos de muerte aumentan, todas las estrategias de afrontamiento desadaptativas disminuyen.

Tabla 11. *Correlaciones entre las dimensiones de las estrategias de afrontamiento y las dimensiones de las creencias fatalistas.*

	<i>Creencias fatalistas</i>		
	Predestinación	Pensamientos de muerte	Inutilidad del tratamiento
<i>Estrategias de afrontamiento</i>			
Retirada social	-.058	.292**	.152
Autocritica	-.018	.126	-.018
Pensamiento Desiderativo	.150	.119	.138
Evitación de problemas	.136	.042	-.030
Resolución de problemas	-.368**	-.229*	-.151
Expresión emocional	.068	-.211*	-.124
Apoyo social	.132	-.192*	-.142
Reestructuración cognitiva	.038	-.389**	-.234*

\*> .05, \*\*>.01



## Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo estudiar las creencias fatalistas y las estrategias de afrontamiento en pacientes con CaMa. Para lograr el objetivo fue necesario dividir el estudio en dos fases; la primera fase se enfocó en adaptar los instrumentos que exploran creencias fatalistas y estrategias de afrontamiento. La segunda, en explorar las variables de estudio, identificar las relaciones entre ellas, así como comparar estas variables con base en los niveles de escolaridad, la percepción de la comprensión que tienen las pacientes sobre su diagnóstico y tratamiento y el nivel de satisfacción de las pacientes con respecto a la comunicación con su médico tratante.

En la primera fase, se logró la adaptación y validación del Inventario de Fatalismo de Powe en Español-Cáncer (IFPE-C), el cual posee propiedades psicométricas adecuadas, así como una estructura factorial interpretable para el contexto de la población oncológica. El instrumento se compone de ocho reactivos agrupados en tres factores: *Predestinación*, *Pensamientos de muerte*, e *Inutilidad del tratamiento*. Se destaca que aún cuando el IFPE-C posee una extensión más pequeña y una estructura factorial distinta a la de sus antecesores, el PFI y el SPFI, logró explicar un mayor porcentaje de varianza. También resalta la identificación de un factor que explora las creencias sobre la utilidad del tratamiento oncológico, cualidad que no poseen las versiones anteriores (Powe y Johnson, 1995; López-McKee et al., 2007). Además, la forma en la que se agruparon los ocho reactivos en los tres factores, enfatiza la congruencia teórica del instrumento con el constructo Fatalismo en población diagnosticada con cáncer.

Por otro lado, se logró adaptar el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (IEA) a la población oncológica mexicana. El instrumento conservó la misma estructura factorial que el original y el adaptado a la población mexicana en general (Tobín et al., 1989; Nava-Quiroz et al, 2010). Aunque se redujo el número de reactivos, se logró explicar un mayor porcentaje de varianza en comparación con las dos versiones existentes del IEA en español (Cano et al., 2007; Nava-Quiroz et al, 2010). En cuanto a la evaluación de afrontamiento se identificaron en la literatura diversas problemáticas psicométricas en los principales instrumentos que evalúan este constructo en población oncológica, estos son el MAC, Mini-MAC, COPE y COPE breve (Watson et al., 1988; Carver, Kumari y Scheier, 1989; Carver, 1997), con respecto al MAC y Mini-MAC se ha observado en una variabilidad de su estructura factorial (Anagnostopoulos, Kolokotroni, Spanea, Chryssochoou, 2006; Saita, Acquati y Kayser, 2015) así como el reporte de valores bajos en la consistencia interna (Kang et al., 2008; Wang et al., 2013; Fong y Ho, 2015). Al respecto del COPE y de su versión breve (Carver, 1997), la cual esta validada en población oncológica mexicana (Ornelas et al., 2013), la problemática observada es que tanto en su versión original como en su versión validada para pacientes con CaMa, mexicanas y de otros países, se reportaron consistencias internas bajas en algunos factores. (Fillion, Kovacs, Gagnon y Endle, 2002; Ben-Zur, Gilbar y Lev, 2001; Yusoff, Low y Yip, 2010). Las limitaciones mencionadas en los instrumentos de medición han representado un reto para la adecuada identificación de la forma en la que las pacientes con CaMa afrontan la enfermedad, por lo que los resultados obtenidos a partir de la adaptación del IEA será de utilidad para obtener evaluaciones psicológicas confiables sobre las

estrategias de afrontamiento en pacientes con CaMa que faciliten un abordaje adecuado por parte del personal de salud.

Con respecto a la segunda fase, se observaron diversos hallazgos, el primero fue que las creencias fatalistas en todas sus dimensiones son más comunes en personas con escolaridad baja y sin estudios. Esto se ha reportado ya en otras investigaciones en las que se ha explorado el fatalismo sobre el cáncer en población que no padece esta enfermedad, observándose que estas creencias fueron más frecuentes en personas con bajo nivel educativo, que además vivían en zonas rurales y pertenecen a estratos socioeconómicos bajos (Befort et al., 2013; Niederdeppe y Levy, 2007). Esto podría explicarse teniendo en consideración que las personas de nivel educativo más bajo tienen menos acceso a información sobre temas de salud, así como acceso limitado a servicios sanitarios (OMS, 2010). Incluso, en la última revisión publicada sobre fatalismo en temas oncológicos se reportó que este constructo se presenta con más frecuencia en personas que carecen de servicios médicos (Powe y Finnie, 2003).

También se observó que las pacientes con escolaridad baja presentaron niveles más bajos en algunas de las estrategias de afrontamiento adecuado, estas fueron *Resolución de problemas* y *Reestructuración cognitiva*, las cuales corresponden a componentes netamente cognitivos del modelo de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984). Los resultados encontrados corresponden con lo reportado en otros estudios en los que se encontró que aquellos pacientes con menor educación y menores ingresos eran más propensos a preferir un rol pasivo en el proceso de la enfermedad (Colley et al., 2017). En contraparte, se ha reportado que los pacientes oncológicos mexicanos con mayor escolaridad presentan un afrontamiento más

adaptativo, siendo la *Reestructuración Cognitiva* una de las dimensiones que resultó con niveles más altos en este grupo poblacional (Haro-Rodríguez et al., 2014). Al respecto, algunos autores consideran que los estilos y estrategias de afrontamiento adaptativos mejoran la calidad de vida (Mera y Ortiz, 2012) y son particularmente beneficiosos para enfrentar los factores estresantes relacionados con el cáncer de mama (Kvillermo y Bränström, 2014). Una posible explicación sobre lo antes descrito es que algunas habilidades cognitivas se suelen desarrollar durante el curso de la educación formal (Gómez, 2017), por lo que se comprende que cuando el ser humano trunca sus estudios se dificulta el desarrollo de estas habilidades. Por lo anterior, parece razonable que los grupos desfavorecidos y con menos acceso a los recursos de afrontamiento puedan asumir más estrategias desadaptativas cuando se enfrentan a una crisis de salud, en comparación con los grupos más favorecidos.

Otro de los hallazgos fue que la dimensión de *Evitación de problemas*, la cual se considera como un componente conductual del modelo, fue más común en pacientes de escolaridad baja. Lo anterior se puede explicar considerando que fueron estas mismas pacientes las que presentaron niveles bajos en *Resolución de problemas* y *Reestructuración cognitiva*, entonces, es comprensible que cuando existen dificultades en los mecanismos cognitivos se reflejen consecuencias a nivel conductual (Beck, 2002). Respecto a este punto, existen estudios que indican que los tipos de afrontamiento de la retirada y la evitación parecen ser sistemáticamente desadaptativos en el tratamiento de los factores estresantes relacionados con el cáncer de mama y se asocian con un menor funcionamiento psicológico y salud física (Kvillermo y Bränström, 2014).

Además, el resultado anterior también puede explicarse si se tiene en cuenta que aquellas pacientes que reportaron mayor satisfacción en la comunicación con su médico fueron las que presentaron mayores niveles de *Reestructuración cognitiva*. Al respecto, se ha reportado que el comportamiento de comunicación de los médicos tiene un impacto positivo en los resultados de salud del paciente, por lo que la interacción médico-paciente asume una gran importancia en el proceso de atención del cáncer (Arora, 2003).

Así mismo, se encontró que las pacientes con menor satisfacción en la comunicación con su médico presentaron mayores estrategias de afrontamiento centradas en un pensamiento desiderativo sobre el diagnóstico, en contraste, aquellas que reportaron mayor satisfacción en la comunicación con su médico presentaron mayores estrategias de afrontamiento centradas en la reestructuración cognitiva sobre el diagnóstico. Lo anterior se puede explicar si se toma en cuenta que la satisfacción de los pacientes se considera un importante componente de la calidad de la atención sanitaria (Araujo, Nogueira y Oliveira, 2017) y además, tiene un impacto en las conductas de salud de los pacientes.

Respecto a la exploración de las relaciones entre las variables de estudio, los resultados mostraron que existen relaciones entre todas las dimensiones de las creencias fatalistas y algunas de las estrategias de afrontamiento. Lo anterior resulta novedoso debido a que no se habían encontrado estudios en los que se analizara la relación entre estos dos constructos. Aunque si se encontraron reportes en los que se analizó el ajuste mental al cáncer, que muchas veces es entendido como un sinónimo de afrontamiento y que además es un constructo que incluye dentro de sus dimensiones la variable fatalismo, el instrumento que comúnmente se usa para medirlo, carece de sustento teórico y no posee propiedades psicométricas sólidas

(Castillo-López, Marván-Garduño, Galindo y Landa-Ramírez, 2017), Esta falta de sustento puede crear confusión y representa un obstáculo para la generación de evidencia coherente sobre el afrontamiento en población oncológica.

De manera puntual se observó que la dimensión de *Pensamientos de muerte* se correlacionó de forma inversa con todas las dimensiones que conforman las estrategias de afrontamiento desadaptativas, esto enmarca un antecedente claro que establece la necesidad de diseñar intervenciones psicológicas encaminadas a disminuir las ideas de muerte con relación al CaMa, sobre todo si se toma en cuenta que en aquellos casos en los que el diagnóstico se da en etapas tempranas de la enfermedad, el pronóstico suele ser favorable (American Cancer Society, 2019)

Por último, los resultados de la presente investigación deben ser interpretados en el contexto de sus limitaciones. Una de éstas es que el tamaño de la muestra a la que se tuvo acceso no permitió realizar análisis más robustos, por ejemplo no fue posible realizar análisis confirmatorio de la estructura factorial de los instrumentos y tampoco se logró realizar análisis inferenciales más sofisticados como los análisis de ecuaciones estructurales que permitieran conocer la influencia de unas variables sobre otras, por lo que es importante ampliar la muestra en futuras investigaciones. Otra limitación fue que a pesar de que las participantes provenían de diversos estados del país, la muestra por conveniencia no es representativa de la población nacional; por lo tanto, estos hallazgos tienen una generalización limitada. Finalmente, debido a que se requirió aplicar el cuestionario de forma oral para asegurar que las participantes comprendieran las preguntas, éste hecho pudiera afectar la generalización de los resultados respecto a una aplicación por escrito.

A pesar de estas limitaciones, tanto el IFPE-C como el IEA demostraron ser instrumentos válidos, confiables e interpretables en contextos oncológicos. Y los análisis inferenciales mostraron relaciones claras entre las variables de estudio, además, estas variables se comportaron de acuerdo con lo que se ha reportado en la literatura. Así mismo, como lo ha reportado Messick (1991) los hallazgos predictivos reportados con los instrumentos son una prueba adicional de la validez de éstos.

A partir de los hallazgos se desprenden algunas propuestas para futuras investigaciones: a) la necesidad de diseñar estrategias de intervención psicológica exclusivas para pacientes con CaMa y baja escolaridad, en las que se fomenten el apego a estrategias de afrontamiento adaptativas, b) implementar tratamientos psicoeducativos enfocados a la comprensión del diagnóstico y tratamiento, con lo que se fomentará la Reestructuración Cognitiva; c) diseñar intervenciones que permitan mejorar la comunicación médico/paciente, ya que esto tendría un impacto positivo en los resultados de salud del paciente, estableciendo un vínculo de confianza en la diada que favorezca la aclaración de dudas que las pacientes tengan con respecto a su diagnóstico y tratamiento; d) enfocar el diseño de las intervenciones psicológicas hacia la disminución de creencias fatalistas principalmente las centradas en pensamientos de muerte, particularmente en población con baja escolaridad; y e) continuar estudiando las asociaciones entre estas variables y algunas más como la calidad de vida en población oncológica, así como la relación que tienen con la adherencia a tratamientos médicos.

## Bibliografía

- Abraham, C. & Sheeran, P. (2005). The Health Belief Model. In: Conner, M. & Norman, P. (Eds.), *Predicting Health Behaviour: Research and practice with social cognition models*. (pp. 28-80). Glasgow: Open University Press.
- Abraido-Lanza, A. F., Viladrich, A., Flórez, K. R., Céspedes, A., Aguirre, A. N., & de la Cruz, A. A. (2007). Commentary: Fatalismo reconsidered: A cautionary note for health-related research and practice with Latino populations. *Ethnicity & Disease*, 17, 153–158.
- Adamczak, M. (1996). Psychological coping with cancer. *Reports of Practical Oncology*, 1(2), 84-85.
- Akhigbe, A., & Akhigbe, K. (2012). *Effects of health belief and cancer fatalism on the practice of breast cancer screening among Nigerian women*. INTECH Open Access Publisher.
- Alcalar, N., Ozkan, S., Kucucuk, S., Aslay, I., & Ozkan, M. (2012). Association of Coping Style, Cognitive Errors and Cancer-related Variables with Depression in Women Treated for Breast Cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 42(10), 940–947. doi.org/10.1093/jjco/hys119
- American Cancer Society. (2019). Tasas de supervivencia del cáncer de seno. Revisado en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/tasas-de-supervivencia-del-cancer-de-seno.html>
- American Cancer Society (2019). Terapia hormonal para el cáncer de seno. Revisado en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/terapia-hormonal-para-el-cancer-de-seno.html>
- American Cancer Society (2019). Radiación para el cáncer de seno. Revisado en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/radioterapia-para-el-cancer-de-seno.html>
- American Cancer Society (2019). Tratamientos sistémicos. Revisado en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento.html>
- American Cancer Society. (2019) Riesgo y prevención de cáncer de seno. Revisado en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/riesgos-y-prevencion/factores-de-riesgo-para-el-cancer-de-seno-relacionados-con-el-estilo-de-vida.html>
- American Joint Committee on Cancer Staging System for Breast Cancer. (2002). Clasificación TNM. AJCC Cancer Staging Manual, Sexta Edición.



- American Society of Clinical Oncology (ASCO) (2018). Cáncer de mama: Opciones de tratamiento. Revisado en: <http://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/opciones-de-tratamiento>
- Anastasi, A. & Urbina, S (2009). *Psychological testing*. Prentice Hal. (7 ed.): New York. p.721
- Anagnostopoulos, F., Kolokotroni, P., Spanea, E., & Chrysoschoou, M. (2006). The Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) scale: Construct validation with a greek sample of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15(1), 79–89. doi:[10.1002/pon.924](https://doi.org/10.1002/pon.924)
- Anyanwu, S. N., Egwuonwu, O. A., & Ihekwoaba, E. C. (2011). Acceptance and adherence to treatment among breast cancer patients in Eastern Nigeria. *The Breast*, 20, S51-S53.
- Araujo, L., Nogueira, E. y Oliveira, E. (2017). Relación médico-paciente en oncología: un estudio desde la perspectiva del paciente. *Revista Bioética*, 25, 563-576.
- Arora, N. K. (2003). Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social science & medicine*, 57(5), 791-806.
- Altintas, H. K., Ayyildiz, T. K., Veren, F., & Topan, A. K. (2017). The effect of breast cancer fatalism on breast cancer awareness among Turkish women. *Journal of religion and health*, 56(5), 1537-1552.
- Bachanas, P. J., Kullgren. K. A., Schwartz, K. S., Lanier, B., McDaniel, J. S., Smith, J. & Nesheim, S. (2001) Predictors of Psychological Adjustment in school age children infected with HIV. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 343-52.
- Barra Almagia, E. (2002). *Psicología de la salud*. Concepción, Chile: Universidad de Concepción.
- Beck, J. S. (2002). *La terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. España: Editorial Gedisa.
- Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P., & Drachman, R. H. (1977). The Health Belief Model and prediction of dietary compliance: a field experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 348-366.
- Befort, C. A., Nazir, N., Engelman, K., & Choi, W. (2013). Fatalistic cancer beliefs and information sources among rural and urban adults in the USA. *Journal of Cancer Education*, 28, 521-526.
- Ben-Zur, H., Gilbar, O. y Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: Patient, spouse and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63(1), 32-39.

- Bettencourt, B. A., Talley, A. E., Molix, L., Schlegel, R., & Westgate, S. J. (2008). Rural and urban breast cancer patients: Health locus of control and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, *17*, 932–939. doi:10.1002/pon.1315
- Bjorck, J. P., Hopp, D. P., & Jones, L. W. (1999). Prostate cancer and emotional functioning: Effects of mental adjustment, optimism, and appraisal. *Journal of Psychosocial Oncology*, *17*(1), 71-85.
- Bleiker, E. M., Pouwer, F., van der Ploeg, H. M., Leer, J. W. H., & Adèr, H. J. (2000). Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. *Patient Education and Counseling*, *40*(3), 209-217. doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00085-3
- Brito, G. y Pérez, I. (2014). Cirugía conservadora en el cáncer de mama. *Revista Cubana de Cirugía*. *53*, 2. 201-212.
- Cano, A. (2005). Control Emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, *2*, 71-80.
- Cano, F. J., Rodríguez, L. y García, J. (2007) Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *35*, 29-39.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*(1), 92-100. doi:[10.1207/s15327558ijbm0401\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6)
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, *56*(2), 267.
- Castillo-López, R. L., Marván Garduño, M. L., Galindo Vázquez, O., y Landa-Ramírez, E. (2017). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama: una revisión narrativa. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, *8*(1).
- Chabner, B., Lynch, T. y Longo, D. (2009) *Manual de oncología clínica Harrison* (1 ed.). México: McGraw- Hill.
- Cheng, H., Sit, J. W., Twinn, S. F., Cheng, K. K., & Thorne, S. (2013). Coping with breast cancer survivorship in Chinese women: the role of fatalism or fatalistic voluntarism. *Cancer nursing*, *36*(3), 236-244.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K., & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, *15*(6), 434.
- Colley, A., Halpern, J., Paul, S., Micco, G., Lahiff, M., Wright, F., ... & Dunn, L. B. (2017). Factors associated with oncology patients' involvement in shared decision making during chemotherapy. *Psycho-oncology*, *26*(11), 1972-1979.

- Contreras-Loya, D., Reding-Bernal, A., Gómez-Dantés, O., Puentes-Rosas, E., Pineda-Pérez, D., Castro-Tinoco, M., y Garrido-Latorre, F. (2013). Abasto y surtimiento de medicamentos en unidades especializadas en la atención de enfermedades crónicas en México en 2012. *Salud Pública de México*, 55(6), 618-626.
- Correa, J., Figueroa, J., Castaño, R., Madrid, J., Calle, M y Sanabria, A. (2016). Principios de cirugía oncológica. *Revista Colombiana de Cirugía*. 31, 185-96.
- Cronbach, L. J., & Shavelson, R. J. (2004). My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. *Educational and psychological measurement*, 64(3), 391-418.
- Dabrowski, M., Boucher, K., Ward, J., Lovell, M.M., Sandre, A., Bloch, J., ... & Buys, S. S. (2007). Clinical experience with the NCCN distress thermometer in breast cancer patients. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 5(1), 104-111.
- Dailey, G., Kim, M. S., & Lian, J. F. (2001). Patient compliance and persistence with antihyperglycemic drug regimens: evaluation of a medicaid patient population with type 2 diabetes mellitus. *Clinical therapeutics*, 23(8), 1311-1320.
- De Souza, B. F., Moraes, J. A. D., Inocenti, A., Santos, M. A. D., Silva, A. E. B. D. C., & Miasso, A. I. (2014). Women with breast cancer taking chemotherapy: depression symptoms and treatment adherence. *Revista latino-americana de enfermagem*, 22(5), 866-873.
- Del Val Gil, J., López, M., Rebollo, F., Utrillas, A. y Minguillón, A. (2001). Cáncer de mama y mastectomía. Estado actual. *Cirugía Española*. 69. 56-64.
- Díaz-Rubio, E. (2000). Aspectos generales de terapéutica oncológica. En: Die Goyanes, A., Llombart Bosh, M., Matilla Vicente, A. (Eds.). *Manual de oncología básica* (69-77). Madrid: Asociación española contra el cáncer.
- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., y Sacristán, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención primaria*, 41(6), 342-348.
- Dilts, R., Hallbom, T. y Smith, S. (1996). *Las Creencias. Caminos hacia la salud y el bienestar*. Ediciones Urano: Argentina.
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of internal medicine*, 160(14), 2101-2107.
- Emilee G., Ussher J. y Perz J (2010) Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas*, 66(4):397-407. doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.03.027

- Feher, S., & Maly, R. C. (1999). Coping with breast cancer in later life: The role of religious faith. *Psycho-Oncology*, 8(5), 408-416. doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199909/10)8:5<408::AID-PON409>3.0.CO;2-5
- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. (2018) Estimated age-standardized mortality rate in 2018, Mexico, both sexes, all ages. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer . Revisado en: [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018&mode=cancer&mode\\_population=countries&population=900&populations=484&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&nb\\_items=10&group\\_cancer=1&include\\_nmsc=1&include\\_nmsc\\_other=1&type\\_multiple=%257B%2522inc%2522%253Afalse%252C%2522mort%2522%253Atrue%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&orientation=horizontal&type\\_sort=0&type\\_nb\\_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D&population\\_group\\_globocan\\_id=](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=484&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&type_multiple=%257B%2522inc%2522%253Afalse%252C%2522mort%2522%253Atrue%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&orientation=horizontal&type_sort=0&type_nb_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D&population_group_globocan_id=)
- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. (2018) Estimated age-standardized incidence and mortality rates (World) in 2018, Latin America and the Caribbean, both sexes, all ages. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Revisado en: [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018&mode=cancer&mode\\_population=income&population=900&populations=904&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&nb\\_items=10&group\\_cancer=1&include\\_nmsc=1&include\\_nmsc\\_other=1&type\\_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Atrue%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&orientation=horizontal&type\\_sort=0&type\\_nb\\_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D&population\\_group\\_globocan\\_id=#collapse-group-0-1](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018&mode=cancer&mode_population=income&population=900&populations=904&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&type_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Atrue%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&orientation=horizontal&type_sort=0&type_nb_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D&population_group_globocan_id=#collapse-group-0-1)
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ... & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 136(5), E359-E386.
- Ferrando, P. J., y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo*, 31(1).
- Fillion, L., Kovacs, A., Gagnon, P. y Endler, N. (2002). Validation of the shortened COPE for use with breast cancer patients undergoing radiation therapy. *Current Psychology*, 21(1), 17-34. doi:10.1007/BF02903157
- Fisher, B., Dignam, J., Bryant, J., & Wolmark, N. (2001). Five versus more than five years of tamoxifen for lymph node-negative breast cancer: updated findings from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-14 randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 93(9), 684-690.

- Fleming, I.D., Braddy, L.W., Mielszkalski, G.B., Cooper, M.R. & Cooper, M.R. (1996) Bases de los principales tratamientos actuales del cáncer. En: Murphy, G.P., Lawrence, Wjr., Lenhard, R.E (Eds.). *Oncología clínica* (110-53). Washington DC: Organización Panamericana de la Salud (OPS) – American Cancer Society.
- Fobair, P., Stewart, L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, J. & Bloom, R. (2006) Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7):579–594. doi: 10.1002/pon.991
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475
- Fong, T. C. T., & Ho, R. T. H. (2015). Re-examining the factor structure and psychometric properties of the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale in a sample of 364 Chinese cancer patients. *Supportive Care in Cancer : Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 23(2), 353–8. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2367-0>.
- Franks, H. M., & Roesch, S. C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 15(12), 1027-1037. doi: 10.1002/pon.1043
- Gilbar, O. (2005). Breast cancer: Do Israeli women cope? A cross-sectional sample. *Families Systems & Health*, 23(2), 161-171.
- Giraldo-Mora, C. V. (2009). Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de mama. *Revista de salud pública*, 11(4), 514-525.
- Gonzales, F. A., Hurtado-de-Mendoza, A., Santoyo-Olsson, J., & Nápoles, A. M. (2016). Do coping strategies mediate the effects of emotional support on emotional well-being among Spanish-speaking Latina breast cancer survivors?. *Psycho-Oncology*, 25(11), 1286-1292.
- González, P., Nuñez, A., Wang-Letzkus, M., Lim, J.-W., Flores, K. F., & Nápoles, A. M. (2016). Coping with breast cancer: Reflections from Chinese American, Korean American, and Mexican American women. *Health Psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 35(1), 19–28. doi:10.1037/hea0000263
- Gómez-Dantés, H., Lamadrid-Figueroa, H., Cahuana-Hurtado, L., Silverman-Retana, O., Montero, P., González-Robledo, M., ... & Lozano, R. (2016) The burden of cancer in Mexico, 1990-2013. *Salud Pública de México*, 58(2), 118-131.

- Gómez, L. (2017). Desarrollo cognitivo y educación formal: Análisis a partir de la propuesta de L. S. Vygotsky. *Universitas Philosophica*, 69, 52-75. doi:10.11144/Javeriana.uph34-69.dcef
- Goss, P. E., Lee, B. L., Badovinac-Crnjevic, T., Strasser-Weippl, K., Chavarri-Guerra, Y., St Louis, J., ... & Liedke, P. E. (2013). Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Oncology*, 14(5), 391-436.
- Grunfeld, E. A., Hunter, M. S., Sikka, P., & Mittal, S. (2005). Adherence beliefs among breast cancer patients taking tamoxifen. *Patient education and counseling*, 59(1), 97-102.
- Gullatte, M. M., Brawley, O., Kinney, A., Powe, B., & Mooney, K. (2010). Religiosity, spirituality, and cancer fatalism beliefs on delay in breast cancer diagnosis in African American women. *Journal of Religion and Health*, 49(1), 62-72.
- Haber, S. (2000). *Cáncer de mama: Manual de tratamiento psicológico*. España: Paidós.
- Haro-Rodríguez, D., Gallardo-Vidal, L., Martínez-Martínez, M., Camacho-Calderón, N., Velázquez-Tlapanco, J., y Hernández, P. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología*, 11(1), 87-99.
- Haynes, R.B. (1979) A critical review of the “determinants” of patient compliance with therapeutic regimens. En: Sackett, D. L., Haynes, R.D. (Eds.), *Compliance with therapeutic regimens* (24-40). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Haynes, R. B., McDonald, H., Garg, A. X., & Montague, P. (2002). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database of Systematic Review*, 2(11), 7-9.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C., y Baptista, L. P. (2008). *Metodología de la Investigación*. (4a ed.). México: McGraw- Hill.
- Hershman, D. L., Shao, T., Kushi, L. H., Buono, D., Tsai, W. Y., Fehrenbacher, L., ... & Neugut, A. I. (2011). Early discontinuation and non-adherence to adjuvant hormonal therapy are associated with increased mortality in women with breast cancer. *Breast cancer research and treatment*, 126(2), 529-537.
- Hughes, D. A., Bagust, A., Haycox, A., & Walley, T. (2001). Accounting for non compliance in pharmacoeconomic evaluations. *Pharmacoeconomics*, 19(12), 1185-1197.
- Instituto Nacional del Cáncer (NIH), (2015). Diagnosis and staging. Revisado en: <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/staging>

- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2017). Características de las defunciones registradas en México durante 2017. Revisado en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2015). Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama (19) octubre.
- Iskandarsyah, A., Klerk, C., Suardi, D. R., Sadarjoen, S. S., & Passchier, J. (2014). Consulting a traditional healer and negative illness perceptions are associated with non-adherence to treatment in Indonesian women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 23(10), 1118-1124.
- Jordhoy, M. S., Fayers, P., Loge, J. H., Ahlner-Elmqvist, M., & Kaasa, S. (2001). Quality of life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *Journal of Clinical Oncology*, 19(18), 3884-3894.
- Kang, J. I., Chung, H. C., Kim, S. J., Choi, H. J., Ahn, J. B., Jeung, H.-C., & Namkoong, K. (2008). Standardization of the Korean version of Mini-Mental Adjustment to Cancer (K-Mini-MAC) scale: factor structure, reliability and validity. *Psycho-Oncology*, 17(6), 592-7. doi.org/10.1002/pon.1277
- Kobayashi, L. C., & Smith, S. G. (2016). Cancer fatalism, literacy, and cancer information seeking in the American public. *Health Education & Behavior*, 43(4), 461-470.
- Kulakci, H., Kuzlu, T., Veren, F., & Kose, A. (2016). The Effect of Breast Cancer Fatalism on Breast Cancer Awareness Among Turkish Women. *Journal of religion and health*, 1-16.
- Kvillemo, P., & Bränström, R. (2014). Coping with breast cancer: a meta-analysis. *PLoS One*, 9(11), e112733.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- Leyva, B., Allen, J. D., Tom, L. S., Ospino, H., Torres, M. I., & Abraido-Lanza, A. F. (2014). Religion, fatalism, and cancer control: a qualitative study among Hispanic Catholics. *American Journal of Health Behavior*, 38, 839.
- Livneh, H., Antonak, R. F. & Gerhardt, J. (2000) Multidimensional investigation of the structure of coping among people with amputations. *Psychosomatics*. 41, 235-44.
- López-McKee, G., McNeill, J. A., Eriksen, L. R. & Ortiz, M. (2007). Spanish translation and cultural adaptation of the Powe Fatalism Inventory. *Journal of Nursing Scholarship*, 39, 68.

- Marván, M. L., Ehrenzweig, Y. y Castillo-López, R. L. (2016). Fatalistic Beliefs and Cervical Cancer Screening Among Mexican Women. *Health care for women international*, 1-15.
- Mayer, E. R. (1985). *El futuro de la psicología cognitiva*. España: Alianza Psicológica.
- McCowan, C., Shearer, J., Donnan, P. T., Dewar, J. A., Crilly, M., Thompson, A. M. & Fahey, T. P. (2008). Cohort study examining tamoxifen adherence and its relationship to mortality in women with breast cancer. *British Journal of Cancer*, 99(11), 1763-1768.
- Mera, P. C. & Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia psicológica*, 30(3), 69-78.
- Messick, S. (1991). Validity of test interpretation and use. En *Encyclopedia of Educational Research* (6a ed.). Nueva York: McMillan.
- Middleton J. (2001). *Yo (no) quiero tener cáncer*. Santiago de Chile: Editorial Grijalbo.
- Miles, A., Voorwinden, S., Chapman, S. & Wardle, J. (2008). Psychologic predictors of cancer information avoidance among older adults: the role of cancer fear and fatalism. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 17, 1872-9.
- Montazeri, A., Harirchi, I., Vahdani, M., Khaleghi, F., Jarvandi, S., Ebrahimi, M. & Haji-Mahmoodi, M. (2000). Anxiety and depression in Iranian breast cancer patients before and after diagnosis. *European Journal of Cancer Care*, 9(3), 151-157.
- Morrison, V. y Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson y Prentice Hall.
- Murphy, C. C., Bartholomew, L. K., Carpentier, M. Y., Bluethmann, S. M. & Vernon, S. W. (2012). Adherence to adjuvant hormonal therapy among breast cancer survivors in clinical practice: a systematic review. *Breast cancer research and treatment*, 134(2), 459-478.
- Najavits, L. M., Weiss, R. D. & Shaw, S. R. (1999). A clinical profile of women with PTSD and substance dependence. *Psychology of Addictive Behaviours*. 13, 98-104.
- Nava-Quiroz, C., Ollua, P., Vega, C. Z. y Soria, R. (2010). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*, 20(2), 213-220.
- Niederdeppe, J. & Levy, A. G. (2007). Fatalistic beliefs about cancer prevention and three prevention behaviors. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 16, 998-1103. doi:10.1158/1055-9965.EPI-06-0608



- Ngoh, L.N. (2009). Health literacy: A barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence. *Journal of the American Pharmacists Association*, 49(5), e132–146.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). Cáncer de mama: prevención y control. Revisado en <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>.
- Organización Cáncer de Mama. (2016). Ser mujer. Revisado en: <http://www.breastcancer.org/es/riesgo/factores/mujer>.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Enfermedades no transmisibles. Revisado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). La educación y la salud están íntimamente unidas. Revisado en: [https://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth\\_20100920/es/](https://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/)
- Ornelas, R, Tufiño, M., Sierra, A., Guerrero, O., Riveros-Rosas, A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve. *Psicología y Salud*, 23(1), 55-62.
- Partridge, A. H., Avorn, J., Wang, P. S. & Winer, E. P. (2002). Adherence to therapy with oral antineoplastic agents. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(9), 652-661.
- Pelechano, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel.
- Pérez-Stable, E. J., Sabogal, F., Otero-Sabogal, R., Hiatt, R. A. & McPhee, S. J. (1992). Misconceptions about cancer among Latinos and Anglos. *JAMA*, 268, 3219-3223.
- Powe, B. D. (1996). Cancer fatalism among African-Americans: a review of the literature. *Nursing outlook*, 44(1), 18-21.
- Powe, B. D. & Finnie, R. (2003) Cancer fatalism – the state of the science. *Cancer Nursing*, 26, 454-465.
- Powe, B.D. & Johnson, A. (1995). Fatalism as a barrier to cancer screening among African-Americans: Philosophical perspectives. *Journal of Religion and Health*, 34, 119–126.
- Puts, M. T. E., Tu, H. A., Tourangeau, A., Howell, D., Fitch, M., Springall, E. & Alibhai, S. M. H. (2014). Factors influencing adherence to cancer treatment in older adults with cancer: a systematic review. *Annals of Oncology*, 25(3), 564-577.
- Reyes, S. A., King, T. A., Fei, K., Franco, R. & Bickell, N. A. (2016). Factors Affecting the Completion of Adjuvant Chemotherapy in Early-Stage Breast Cancer. *Annals of surgical oncology*, 23(5), 1537-1542.

- Ricks, D. (2005). *Breast Cancer Basics and Beyond: treatments, resources, self-help, good news, updates*. California, Estados Unidos. Hunter House Inc. Publishers.
- Robinson, K.M. (1997). Family caregiving: who provides the care, and at what cost?. *Nurse Economics*, 15, 243-247.
- Ruiz-Moral, R., Pérula de Torres, L. Á., Muñoz Alamo, M., Jiménez García, C., González Nebauer, V., Alba Dios, A., ... & Criado Larumbe, M. (2011). Satisfacción de los pacientes con la comunicación en las consultas de medicina de familia: comparación de tres métodos para investigar necesidades no satisfechas. *Revista Española de Salud Pública*, 85, 315-322.
- Russell, K. & Jewell, N. (1992). Cultural Impact of Health Care Access: Challenges for Improving the Health of African Americans. *Journal of Community Health Nursing*, 9, 161-191.
- Rust, C. F., Davis, C. & Moore, M. R. (2015). Medication adherence skills training for African-American breast cancer survivors: the effects on health literacy, medication adherence, and self-efficacy. *Social work in health care*, 54(1), 33-46.
- Saita, E., Acquati, C. & Kayser, K. (2015). Coping with early stage breast cancer: examining the influence of personality traits and interpersonal closeness. *Frontiers in Psychology*, 6, 88. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00088
- Sandgren, A. K., Mullens, A. B., Erickson, S. C., Romanek, K. M. & McCaul, K. D. (2004). Confidant and breast cancer patient reports of quality of life. *Quality of Life Research*, 13(1), 155–160. doi:10.1023/B:QURE.0000015287.90952.95
- Schwartz, C. E., Daltroy, L. H., Brandt, U., Friedman, R., & Stolbach, L. (1992). A psychometric analysis of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Psychological Medicine*, 22(1), 203-210.
- Schnoll, R. A., Malstrom, M., James., Rothman, R., Miller, S., Ridge, J., ... & Goldberg, M. (2002). Correlates of tobacco use among smokers and recent quitters diagnosed with cancer. *Patient education and counseling*, 46(2), 137-145.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Secretaría de Salud (2007). Epidemiología, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 24(31), 1-3. Subsecretaría de prevención y protección de la salud (2002). Programa de Acción: Cáncer de mama. Secretaría de Salud. México.
- Shen, L., Condit, C. M., & Wright, L. (2009). The psychometric property and validation of a fatalism scale. *Psychology and Health*, 24(5), 597-613.

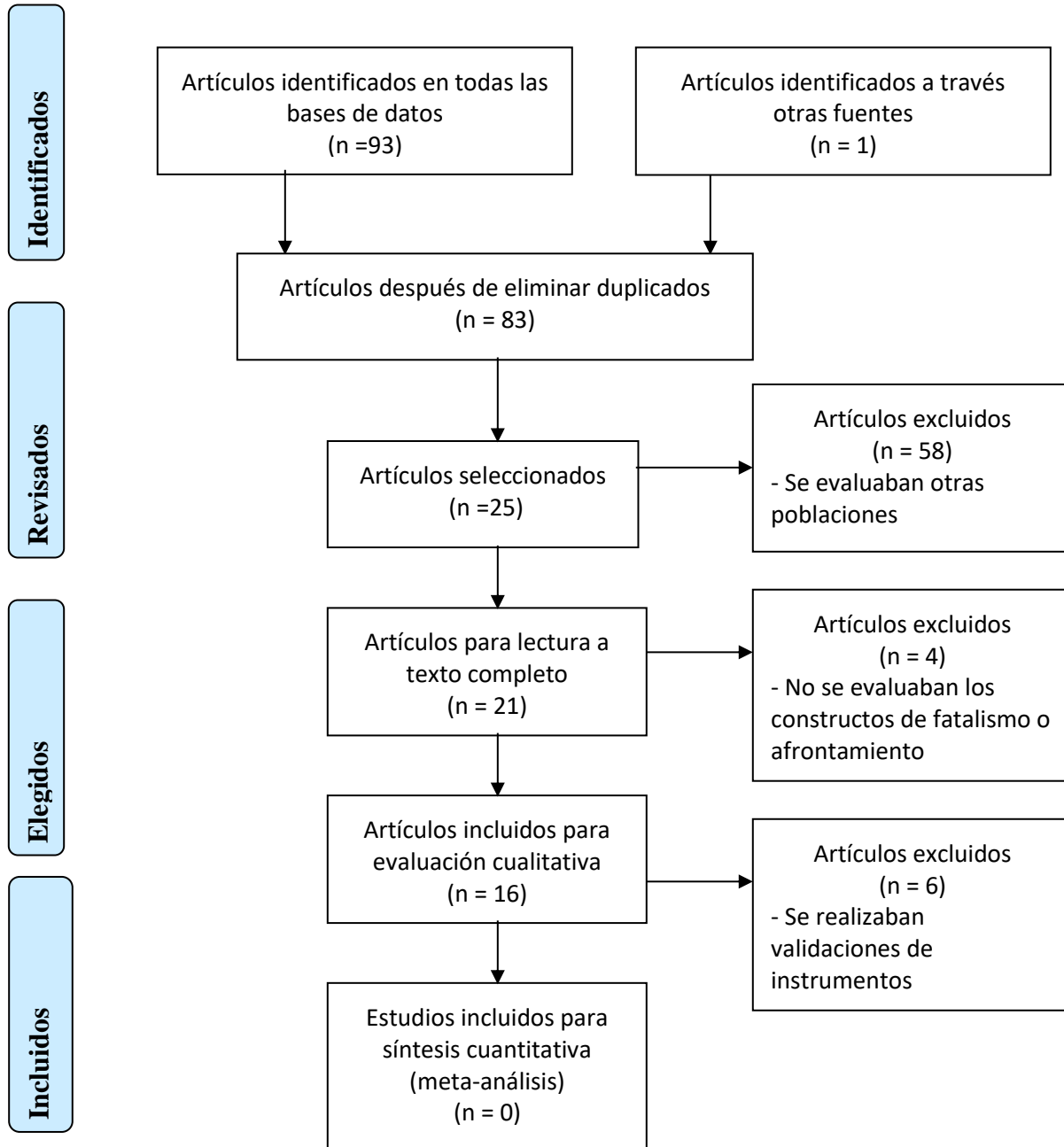
- Sheppard, V. B., Davis, K., Boisvert, M., Jennings, Y. & Montalvo, B. (2011). Do recently diagnosed black breast cancer patients find questions about cancer fatalism acceptable? A preliminary report. *Journal of cancer education*, 26(1), 5-10.
- Silva, G. E., Galeano, E. y Correa, J. O. (2005). Adherencia al tratamiento. *Acta medica colombiana*, 230, 268-73.
- Sociedad Americana de Oncología Clínica (2014). Cáncer de mama: Estadísticas. Revisado en: <http://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/estadisticas>.
- Srokowski, T. P., Fang, S., Duan, Z., Buchholz, T. A., Hortobagyi, G. N., Goodwin, J. S. & Giordano, S. H. (2008). Completion of adjuvant radiation therapy among women with breast cancer. *Cancer*, 113(1), 22-29.
- Straughan, P.T. & Seow A. (1988). Fatalism reconceptualized: a concept to predict health screening behavior. *Journal of Gender and Culture Health*, 3, 85– 100.
- Tix, A. P. & Frazier, P. A. (1998) The Use of Religious Coping During Stressful Life Events. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 411-22.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V. & Kigal, J. K. (1989) The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-61. doi:10.1007/BF01173478
- Umezawa, Y., Lu, Q., You, J., Kagawa-Singer, M., Leake, B. & Maly, R. C. (2012). Belief in divine control, coping, and race/ethnicity among older women with breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 44(1), 21-32. doi:10.1007/s12160-012-9358-5
- Vivar, C. G., Canga, N., Canga, A. D. & Arantzamendi, M. (2009). The psychosocial impact of recurrence on cancer survivors and family members: a narrative review. *Journal of advanced nursing*, 65(4), 724-736.
- Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., Ruppar, T., ... & Matyjaszczyk, M. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British journal of clinical pharmacology*, 73(5), 691-705.
- Wang, W. T., Tu, P. C., Liu, T. J., Yeh, D. C. & Hsu, W. Y. (2013). Mental adjustment at different phases in breast cancer trajectory: re-examination of factor structure of the Mini-MAC and its correlation with distress. *Psycho-Oncology*, 22(4), 768–74. doi.org/10.1002/pon.3065
- Watson, M., Greer, S., Blake, S. & Shrapnell, K. (1984). Reaction to a diagnosis of breast cancer relationship between denial, delay and rates of psychological morbidity. *Cancer*, 53(9), 2008-2012. doi:10.1002/1097-0142(19840501)53:9<2008::AID-CNCR2820530934>3.0.CO;2-B

- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, 18(01), 203-209. doi: 10.1017/S0033291700002026
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J. M. & Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21(1), 51-7. doi: 10.1017/S0033291700014641
- Wells, J. S., Strickland, O. L., Dalton, J. A. & Freeman, S. (2015). Adherence to Intravenous Chemotherapy in African-American and Caucasian Women with Early Stage Breast Cancer. *Cancer nursing*, 38(2), 89.
- West, C. (1982). *Prophesy Deliverance: An Afro-American Revolutionary Christianity*. Philadelphia: Westminster.
- World Health Organization (OMS) (2003). *Adherence to long term therapies: evidence for action*. Suiza
- Wroe, A. L. (2002). Intentional and unintentional nonadherence: a study of decision making. *Journal of behavioral medicine*, 25(4), 355-372.
- Yusoff, N., Low, W.Y. y Yip, C.H. (2010). Reliability and validity of the Brief COPE Scale (English version) among women with breast cancer undergoing treatment of adjuvant chemotherapy: A Malaysian study. *Medical Journal of Malaysia*, 65(1), 41-44.

Apéndice A. Diagrama prisma y términos de revisión de literatura.



PRISMA 2009 Flow Diagram – Bases de datos: Medline 72 / PsycInfo 21



**Apéndice B. Términos MeSH y palabras clave utilizados en las revisiones de literatura sobre fatalismo y afrontamiento.**

Cáncer	Afrontamiento	Fatalismo
Términos MeSH		
Breast Neoplasms	Psychological adaptation	Fatalism
Palabras clave		
Brest cancer	Coping	Fatalistic Beliefs
Breast malignancy	Coping Strategies	Cancer fatalism
Breast Neoplasm	Coping skill	Cancer barriers
	Adaptive Behavior	Barriers to care
	Behavior Adaptive	Spirituality
	Coping Behavior	Hopelessness
	Psychological Adaptation	Fatalistic voluntarism
	Psychological adjustment	Health belief model
	Coping Styles	Attitudes and beliefs
		Health beliefs
		Fear
		Worry
		Cultural Beliefs
		Pessimism
		Ideology of Health

### Apéndice C. Ficha de datos sociodemográficos

DG1. Folio \_\_\_\_\_ DG2. Fecha \_\_\_\_\_ DG3. Número de expediente \_\_\_\_\_

DG4. Nombre \_\_\_\_\_

DG5. Edad \_\_\_\_\_ DG6. Estado civil: Soltera ( ) Casada ( ) Separada ( ) Viuda ( )

DG7. ¿Tiene Hijos?: Si ( ) No ( ), DG7. Si respondió que sí, indique cuantos \_\_\_\_\_

DG8. Ocupación \_\_\_\_\_ DG9. Lugar de residencia \_\_\_\_\_

D10. Nivel de estudios: Ninguna ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Bachillerato ( )

Licenciatura o posgrado ( )

DG11. ¿Tiene alguna otra enfermedad aparte del cáncer?: Si ( ) No ( ),

DG12. Si respondió que sí, indique cual \_\_\_\_\_

DG13. ¿Tiene disponibilidad para quedarse en un albergue en caso de ser necesario?:

Si ( ) No ( ) No aplica ( )

DG14. ¿Cual es su medio de transporte para acudir a sus citas médicas?:

Auto particular ( ) Transporte público ( ) Otro ( ),

especifique \_\_\_\_\_

## **Apéndice D. Cuestionario de satisfacción en la comunicación médico-paciente y dudas acerca del diagnóstico y tratamiento médico.**

**Instrucciones:** Por favor marque la respuesta que más aplique a su situación. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

1. ¿Tuvo dudas sobre su diagnóstico o sobre los tratamientos para el cáncer que le indicó su médico o cirujano oncólogo?

Si, sobre el diagnóstico( ) Si, sobre los tratamientos( ) Si, sobre ambos( ) No tuve dudas( )

2. Si respondió que sí a la pregunta 3, ¿le expresó estas dudas a su médico o cirujano oncólogo?

Si ( ) No ( ) No aplica ( )

3. Si respondió que sí a la pregunta 4, ¿éstas dudas fueron resueltas por su médico o cirujano oncólogo?

Si ( ) No ( ) No aplica ( )

4. ¿Qué tan satisfecha se sintió con respecto a la comunicación con su médico o cirujano oncólogo?

Nada satisfecha( ) Poco satisfecha( ) Medianamente satisfecha( ) Muy satisfecha( )



## Apéndice E. Inventario de Estrategias de Afrontamiento

Instrucciones: piense durante unos minutos en su diagnóstico de cáncer, piense como ocurrió, recuerde los detalles, el lugar en el que se le informó, quién estaba con usted, a qué le dio mayor importancia o qué fue lo que usted hizo cuando le diagnosticaron esta enfermedad.

Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted la situación que acaba de recordar, después marque la opción que corresponda:

**0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente**

	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>	<b>Totalmente</b>
EA1. Luché para resolver el problema.	0	1	2	3	4
EA2. Me culpé a mí misma.	0	1	2	3	4
EA3. Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés.	0	1	2	3	4
EA4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado.	0	1	2	3	4
EA5. Encontré a alguien que escuchó mi problema.	0	1	2	3	4
EA6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de forma diferente.	0	1	2	3	4
EA7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado.	0	1	2	3	4
EA8. Pasé algún tiempo sola.	0	1	2	3	4
EA9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación.	0	1	2	3	4
EA10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché.	0	1	2	3	4
EA11. Expresé mis emociones, lo que sentía.	0	1	2	3	4
EA12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase.	0	1	2	3	4
EA13. Hablé con una persona de confianza.	0	1	2	3	4
EA14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas.	0	1	2	3	4
EA15. Traté de olvidar por completo el asunto.	0	1	2	3	4
EA16. Evité estar con gente.	0	1	2	3	4
EA17. Hice frente al problema.	0	1	2	3	4
EA18. Me critiqué por lo ocurrido.	0	1	2	3	4

	<b>En</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>	<b>Totalmente</b>
EA19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir.	0	1	2	3	4
EA20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación.	0	1	2	3	4
EA21. Dejé que mis amigos me echaran una mano.	0	1	2	3	4
EA22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían.	0	1	2	3	4
EA23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más.	0	1	2	3	4
EA24. Oculté lo que pensaba y sentía.	0	1	2	3	4
EA25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran.	0	1	2	3	4
EA26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera.	0	1	2	3	4
EA27. Dejé desahogar mis emociones.	0	1	2	3	4
EA28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido.	0	1	2	3	4
EA29. Pasé algún tiempo con mis amigos.	0	1	2	3	4
EA30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo.	0	1	2	3	4
EA31. Me comporté como si nada hubiera pasado.	0	1	2	3	4
EA32. No dejé que nadie supiera como me sentía.	0	1	2	3	4
EA33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería.	0	1	2	3	4
EA34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias.	0	1	2	3	4
EA35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron.	0	1	2	3	4
EA36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes.	0	1	2	3	4
EA37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto.	0	1	2	3	4
EA38. Me fijé en el lado bueno de las cosas.	0	1	2	3	4
EA39. Evité pensar o hacer nada.	0	1	2	3	4
EA40. Traté de ocultar mis sentimientos.	0	1	2	3	4

## Apéndice F. Inventario de Fatalismo de Powe

Instrucciones: Por favor lea las siguientes afirmaciones, posteriormente marque la opción que considere más adecuada para su situación. No hay respuestas correctas o incorrectas.	Sí	No
F1. Yo pienso que si a una persona le va a dar cáncer, no importa qué tipo de comidas coma, de todos modos le va a dar cáncer.	1	0
F2. Yo pienso que si alguien tiene cáncer, ya es demasiado tarde para tratar de buscar tratamiento.	1	0
F3. Yo pienso que una persona puede comer comida con grasa toda su vida, pero si no le toca que le de cáncer, no le va a dar cáncer.	1	0
F4. Yo pienso que si a una persona le va a dar cáncer, le va a dar no importa lo que haga.	1	0
F5. Yo pienso que si a una persona le da cáncer, así le tocaba.	1	0
F6. Yo pienso que si a una persona le da cáncer, esa persona se va a morir pronto.	1	0
F7. Yo pienso que si le da cáncer a una persona, ese es el modo del cual le tocaba morir.	1	0
F8. Yo pienso que a la gente le da miedo examinarse para el cáncer porque les da miedo que de veras vayan a tener cáncer.	1	0
F9. Yo pienso que si a una persona le toca que le de cáncer, le va a dar cáncer.	1	0
F10. Yo pienso que algunas personas no quieren saber si tienen cáncer, porque no quieren saber si ya se están muriendo de esa enfermedad.	1	0
F11. Yo pienso que si alguien tiene cáncer, no importa si se lo encuentran temprano o tarde, porque de todos modos va a morir de cáncer.	1	0
F12. Yo pienso que si alguien tiene cáncer y recibe tratamiento para curarse, de todas maneras se va a morir de esta enfermedad.	1	0
F13. Yo pienso que si a una persona le toca que le de cáncer, no importa que le digan los doctores y enfermeras que haga, de todos modos le va a dar cáncer.	1	0
F14. Yo pienso que si a una persona le toca que le de cáncer, no importa si come comidas saludables, pues de todos modos le va a dar cáncer.	1	0
F15. Yo pienso que el cáncer matará a una persona, no importa cuándo lo encuentren o cómo lo curen.	1	0

### Apéndice G. Diagrama del procedimiento

