

**NI HEROIS NI VÍCTIMES.  
REPRESENTACIÓ SOCIAL DEL CÀNCER  
I DELS MALALTS DE CÀNCER**  
*NO HEROS, NO VICTIMS.  
SOCIAL REPRESENTATION OF THE CANCER  
AND OF THE CANCER PATIENTS*

*Lucía Llinares i Insa,\*  
Amparo Benedito i Monleón,\*\* Ángela Piqueras Espallargas\*\**

---

**Resum**

Les representacions socials del malalt oncològic proporcionen les nocions i les teories que fan estables i eficaces les relacions que estableix amb el seu entorn. Aquest procés té repercussions en l'estigmatització i la categorització dels malalts oncològics que sovint són vistos i es veuen a si mateixos com a víctimes o com a herois. Tanmateix, malgrat la rellevància del problema en la psicologia social, són pocs els estudis que s'han preocupat d'analitzar-lo. El present article té per objecte l'anàlisi de la representació social del càncer i del malalt oncològic en la població espanyola. Amb aquest fi utilitza associacions lliures i preguntes obertes realitzades a una mostra de dos-cents subjectes seleccionats mitjançant mostratge d'opinió. Les respostes obtingudes són analitzades a partir d'anàlisis descriptives i anàlisis de contingut. Els resultats ens indiquen que hi ha una representació social del càncer i del malalt oncològic i que part d'aquesta pateix variacions en funció de la pertinença a determinades categories o grups socials. Aquestes representacions socials són comentades en els resultats i es discuteixen a partir de la seua repercussió en la conducta i en l'afrontament de la malaltia.

*Paraules clau: representacions socials, oncologia, personal sanitari i càncer.*

\* Departament de Psicologia Social, Facultat de Psicologia, Universitat de València .  
Correspondència: Departament de Psicologia Social. Facultat de Psicologia. Av. de Blasco Ibáñez, 21. 46010-València (Espanya). Adreça electrònica: <lucia.llinares@uv.es>.

\*\* Servei Valencià de la Salut, àrea 9. Centre de Salut del Barri de la Llum. Centre Auxiliar del Centre de Salut de Fuensanta.

### **Abstract**

*The social representations of the oncologic patient provide the notions and the theories that make stable and effective the relations that it establishes with his environment. This process has repercussions in the stigmatization and categorization of the oncologic patients that often are seen and are seen to yes same as victims or as heroes. Nevertheless, in spite of the relevancy of the topic in the Social Psychology, there are small the studies that have worried for analyzing it. The present article takes as an object the analysis of the social representation of the cancer and of the oncologic patient in the Spanish population. For it uses free associations and opened questions realized to a sample of 200 subjects selected by means of opinion-based sampling. The obtained answers are analyzed from descriptive analyses and analysis of content. The results indicate us that there exists a social representation of the cancer and of the patient oncologic and that it departs from her it suffers variations depending on the belonging to certain categories or social groups. These social representations are commented in the results and are discussed from his repercussion in the conduct and in the confrontation of the disease.*

Key words: social representations, oncology, sanitary personnel and cancer.

### **Introducció**

Tal com se'ns transmet en els mitjans de comunicació, el càncer és una de les malalties més greus del nostre temps. El malalt de càncer, en el moment en què rep el diagnòstic de la malaltia i assumeix al mateix temps totes les creences, els temors i les imatges socialment compartides que aquesta malaltia suscita en la societat de què el malalt forma part, se situa existencialment a la vora d'una experiència crítica (Solana, 2005).

La representació social contribueix així a generar i mantenir una identitat deteriorada que és la base de les formes de comportament del pacient que conscientment o inconscient acaba modelant la seua conducta fins a fer-la coincidir amb la conducta esperada per la societat (Morales, 2005).

Tanmateix, com que la representació social fa de drecera mental, no permet l'anàlisi racional i individual de les característiques de cada persona. Això implica que no atén a la seua singularitat sinó a les seues característiques com a membre del grup social a què pertany: els malalts de càncer. Així doncs, les formes de comportament i les formes de reaccionar a la malaltia, que són generalitzades mitjançant les representacions socials, transmeten estereotips tipificats que es caracteritzen per ser atributs polaritzats. No obstant això, el pacient,

aclaparats per l'angoixa i la indefinició del seu nou rol, les integra en el seu autoconcepte i les assumeix com a veritables guies de conducta. Aquestes guies acaben proporcionant patrons de conducta estandarditzats i en la major part polaritzats, que tenen poca o gens de relació amb la seua forma habitual d'actuar en l'adversitat (Llinares, Benedito i Piqueras, 2010).

Podríem afirmar, doncs, que el malalt fa ús de la representació de la malaltia per comprendre el que li succeeix i per saber com ha d'actuar i què ha de sentir. A partir d'aquests coneixements compartits es du a terme una lectura i una interpretació de la realitat i es pren una determinada posició en relació amb aquesta (Gutiérrez, 1998). Així, la representació social ajuda a conèixer la malaltia i a relacionar-s'hi i, a més, és en la base de la definició de la identitat i guia els comportaments d'afrontament de la malaltia i les pràctiques desenvolupades pel malalt (Abric, 1994).

Així doncs, la representació social del càncer té un important paper en la qualitat de vida del malalt oncològic, que l'assumeix com a pròpia i que acaba guiant la seua actuació quant a la malaltia. Tanmateix, la literatura sobre les representacions socials no s'ha centrat tant en aquesta patologia com en altres malalties cròniques, com poden ser ara l'esquizofrènia (Martínez i Ochoa, 2000) o la SIDA (Flores-Palacios i Leyva-Flores, 2003).

Entre els estudis realitzats, una primera línia se centra en les representacions socials generades per poblacions específiques. Així, per exemple, el treball realitzat per Gonçalves, Marchiorro i Dupas (2003), que analitza les representacions socials de xiquets amb càncer mitjançant entrevistes semiestructurades. En la mateixa línia es troba el treball de Tavares i Trad (2005), que analitza les representacions socials dels familiars de malalts oncològics.

Una segona línia de treballs se centra en l'anàlisi de la representació de diferents tipus de càncer, com, per exemple, el càncer de coll de l'úter (Cristobal, 2007) o el càncer de pròstata (Zanchetta, Cognet, Xenocostas, Aoki i Talbot, 2007).

Per finalitzar, una tercera línia de treballs analitza les representacions socials que el personal sanitari té de la malaltia, com l'elaborat per Medina (2007). Aquest estudi té com a objectiu la construcció de les representacions socials dels estudiants de medicina sobre la malaltia oncològica i com aquestes representacions afecten la relació amb pacients i familiars i la pràctica mèdica. Aquest treball va utilitzar mètodes qualitius i els resultats obtinguts indiquen que els pacients amb càncer són concebuts com a persones que no tenen futur i que arriben a perdre els llaços afectius i socials que tenien abans del diagnòstic de la malaltia.

A partir d'això, podem observar que no hi ha treballs sobre les representacions socials que en té la població en general. Aquestes representacions són prèvies al diagnòstic de la malaltia i comunes a tota la població, més generals

en el seu contingut, provenen de fonts variades, són menys controlables i, per tant, la visió de la realitat que transmeten resulta més creïble i el seu impacte més tangible en el malalt (Giraldo, 2009).

Aquesta falta de treballs específics en el nostre context sociocultural, junt amb la importància de la patologia implicada, així com amb l'augment de la casuística i la disminució de l'edat dels pacient és el que justifica aquest treball. L'objectiu principal és realitzar una primera aproximació a la representació social del malalt oncològic i d'aquesta manera aprofundir en el significat que posseeix la malaltia i el malalt oncològic per a la població. Es parteix de la consideració que el coneixement d'aquesta representació ajudarà els malalts a assumir la malaltia i a utilitzar estratègies d'afrontament fugint de l'estereotip víctima enfront d'heroi.

## **Mètode**

### ***Mostra***

La mostra a partir de la qual es van realitzar les anàlisis està composta de dos-cents subjectes residents a la província de València, que van ser entrevistats durant els mesos de gener, febrer i març de l'any 2008. Hi estan representats ambdós sexes, encara que el percentatge de dones (57,5%) és lleugerament superior al dels homes. Oscil·len entre la franja d'edat de 18 a 30 anys (36%), de 31 a 40 anys (28%), de 41 a 60 anys (26%) i, en menor mesura, de 61 a 80 anys (9%). El 42,2% han superat els estudis universitaris, encara que una part important (21,6%) han obtingut el graduat escolar.

### ***Instrument***

Per poder analitzar la representació social dels malalts de càncer es va elaborar una entrevista oberta. Aquesta entrevista estava composta, d'una banda, per la recollida de dades personals i, per l'altra, de dues preguntes obertes, en què es demanava als entrevistats que digueren les paraules que els venien a la ment, sense ordre d'importància, lliurement i espontània, quan llegien les paraules «càncer» i «malalt de càncer».

## ***Procediment d'anàlisi***

El present estudi es va desenvolupar en sis fases, segons la tècnica d'anàlisi de contingut proposada per Coffey i Atkinson (2003): acostament, establiment de les unitats d'anàlisi, establiment de les unitats de context, codificació de les dades, categorització de les dades i interpretació i anàlisi de les dades. Per aplicar-la es va seguir l'adaptació de Sánchez, Barreto, Correa i Fajardo (2007).

La fase d'*acostament* es va dur a terme amb l'entrevista a la població d'estudi. Aquesta es va realitzar amb el consentiment previ de les persones i amb el permís de la transcripció de les seues respostes de manera textual.

En la fase d'*establiment de les unitats d'anàlisi* es va prendre la decisió que els nuclis amb significat propi objecte d'estudi serien apartats de cada un dels testimonis, sense tenir en compte el nombre de conceptes aportats.

En la fase d'*establiment de les unitats de context* es va decidir que aquestes serien els termes expressats per la població.

La *codificació de les dades* es va dur a terme formulant dues preguntes a fi de diferenciar la representació social del càncer i del malalt. D'aquesta forma no va caldre assignar-los etiquetes ni capçaleres per reconèixer-les de forma diferencial.

La *categorització de les dades* va consistir a efectuar una classificació de les unitats de registre d'acord amb el criteri temàtic. En la formació de categories es va procurar atendre al contingut literal dels termes tal com van ser pronunciats pels subjectes entrevistats, sense ajustar-se a classificacions teòriques prèvies. Posteriorment, es van classificar tots aquests termes en diferents categories atenent a la seua semblança semàntica.

Les *anàlisis de dades* i la *interpretació* es van dur a terme a partir d'una anàlisi de freqüències i percentatges.

## **Resultats**

A continuació es presenta una descripció de la distribució de les respostes dels subjectes entrevistats. El fi és obtenir una caracterització general de la mostra en termes dels diferents aspectes que constitueixen les representacions socials del malalt de càncer i de la malaltia oncològica.

### ***La representació social de la malaltia de càncer***

La representació social de la malaltia de càncer en la mostra d'adults valencians es pot estructurar en cinc categories: *identitat de la malaltia, tipus de càncer, causes, conseqüències i tractaments*.

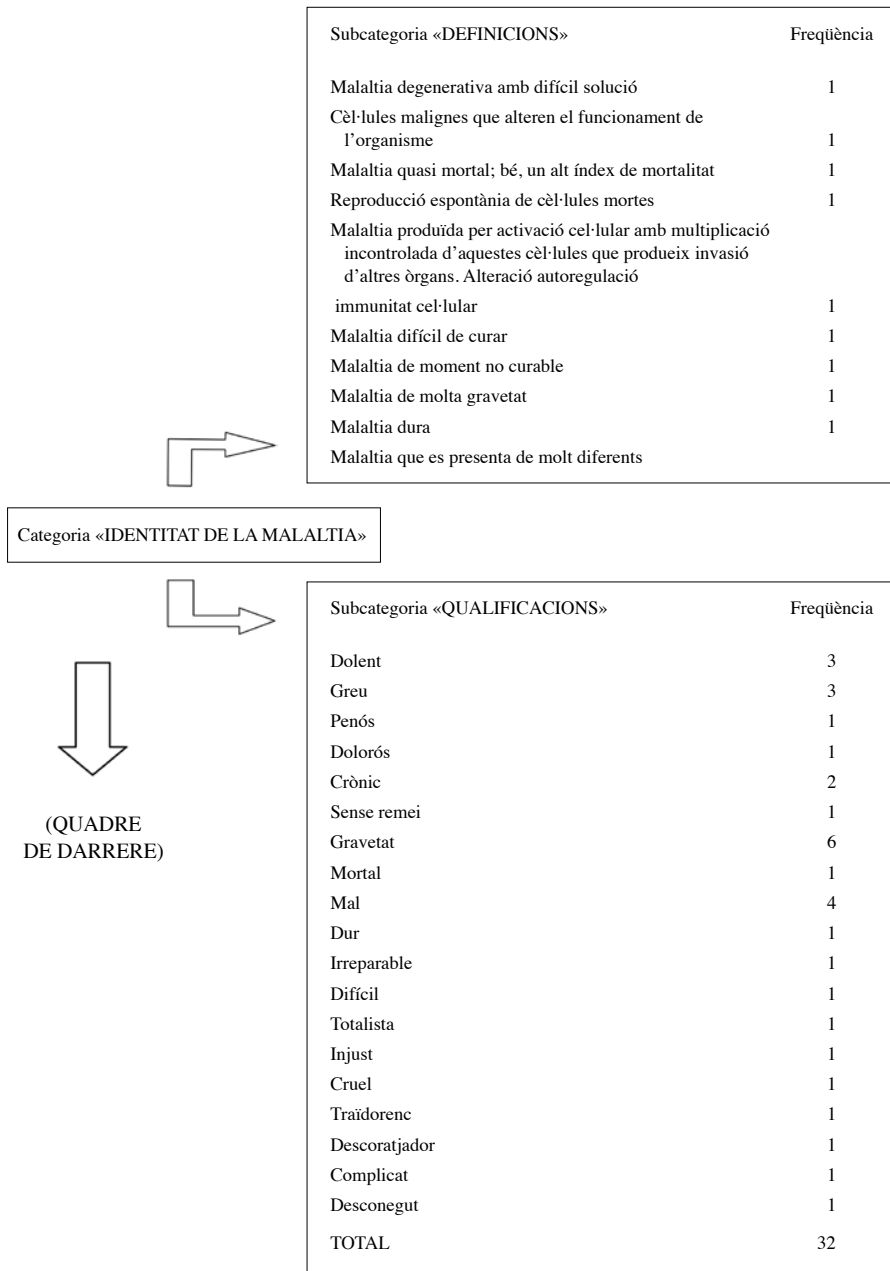
En la primera categoria, *identitat de la malaltia*, s'hi van incloure totes les paraules o expressions que definien el càncer o feien referència a les seues característiques. Aquesta categoria es va formar amb un total de 268 definicions, que suposen el 46,7% dels atributs que els subjectes van destacar en l'intent de conceptualitzar el càncer. Tal com es pot apreciar en el gràfic 1, aquesta categoria es va dividir en tres subgrups: *definicions*, *qualificacions* i *associacions*. En la categoria *definicions* es van englobar totes les expressions que feien una proposició que pretén reunir les propietats generals i diferenciadores de càncer, com, per exemple, «malaltia degenerativa amb difícil solució». En la categoria *qualificacions* es van incloure les expressions que qualificaven o valoraven el càncer, com, per exemple, els adjectius *bo* i *dolent*. En la categoria d'*associacions* es van incloure les expressions que es relacionaven amb la malaltia. El grup de les *associacions* es va dividir al seu torn en sis subgrups: *associacions generals*, *associacions temporals*, *associacions espacials*, *associacions professionals*, *avanços científics* i *associacions amb la dieta*.

En aquesta primera categoria sembla que es perfila una visió del càncer caracteritzada per les associacions (aquestes suposen el 50% de les expressions), seguida de les definicions (38,06%) i, finalment, de les qualificacions (11,94%). Així doncs, sembla que el càncer es percep com una malaltia curable o no, però d'alta gravetat, que pot concloure amb la mort i que suposa una lluita o un repte per a la persona que la pateix i que aquesta requereix suport social per a poder fer-ho. Es relaciona amb ingressos hospitalaris i amb els avanços científics en la matèria.

La segona categoria es va denominar *tipus de càncer*. En aquesta categoria es van incloure totes les paraules o frases que feien referència a algun tipus de càncer o feien referència a algun òrgan afectat per la malaltia. S'hi van incloure un total de 22 termes, que suposen el 3,83% dels atributs que els subjectes van destacar en l'intent de conceptualitzar el càncer. Tal com es pot apreciar en el gràfic 2, la categoria *tipus de càncer* es va dividir al seu torn en dos subgrups: *càncer associat a un òrgan concret* i *càncer no associat a un òrgan concret*. Així doncs, aquesta categoria indica que el càncer es percep com una malaltia associada, sobretot, a un òrgan concret, per exemple, el càncer de mamella.

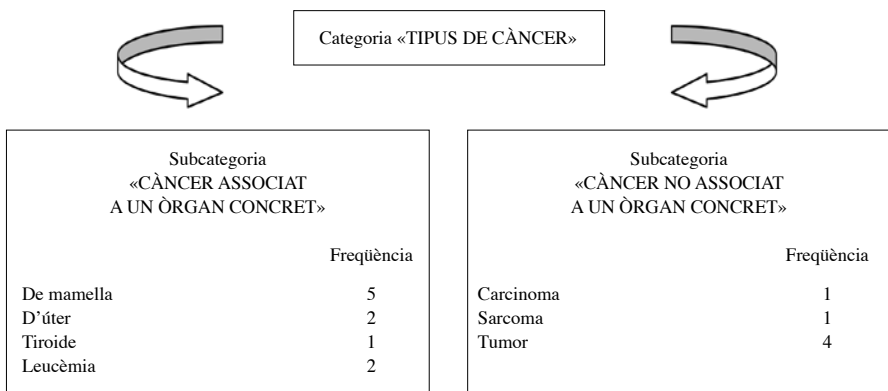
La tercera categoria es va denominar *causes*. En el gràfic 3 es presenten les causes que s'associen al càncer. S'hi van incloure totes les paraules o frases que feien referència a algunes de les causes que produeixen càncer. S'hi van incloure un total de 16 paraules, que suposen el 2,79% dels atributs que els subjectes van destacar en l'intent de conceptualitzar el càncer. Entre les causes que s'hi destaquen, cal ressaltar la importància de la mala sort, de la fatalitat o del destí.

**GRÀFIC 1**  
*Categorització de la identitat de la malaltia*



Subcategoria «ASSOCIACIONS»			
ASSOCIACIONS GENERALS	Freqüència	ASSOCIACIONS TEMPORALS	Freqüència
Proves	1	Temporal	1
Salut	1	Dies	1
Curació	2	Mesos	1
Supervivència	1	Anys	1
Perill	3	TOTAL	4
Problema	3		
Tragèdia	1		
Reparació	1	ASSOCIACIONS ESPACIALS	Freqüència
Canvi	1		
Sacrifici	1	Hospital	15
Desgràcia	1	Sanitat	2
Malalt	5	Ingrés	1
Buit	1	Hospitalització llarga	1
Buidor	1	TOTAL	19
Extinció	1		
Recaiguda	1		
Dignitat	1	ASSOCIACIONS PROFESSIONALS	Freqüència
Lluita	5		
Repte	1	Sanitaris	1
		Metges	1
		Treball	3
		TOTAL	5

GRÀFIC 2  
Categorització dels tipus de càncer





GRÀFIC 3  
*Categorització de les causes*

Categoria «CAUSES»	Freqüència
Vellesa	1
Tabac	1
Falta de prevenció	1
Contaminació	1
Virus	1

La següent categoria, que es presenta en el gràfic 4, es va denominar *conseqüències*. S'hi van incloure totes les paraules o expressions que feien referència a diverses conseqüències o seqüeles que produeix la malaltia o els tractaments associats a aquesta. S'hi van incloure un total de 210 paraules o expressions, que suposen el 36,6% dels atributs que els subjectes van destacar en l'intent de conceptualitzar el càncer. Atenent al tipus de conseqüències, la categoria es divideix en els subgrups següents: *conseqüències físiques*, *conseqüències psicològiques*, *conseqüències socials* i *sentiments que genera*.

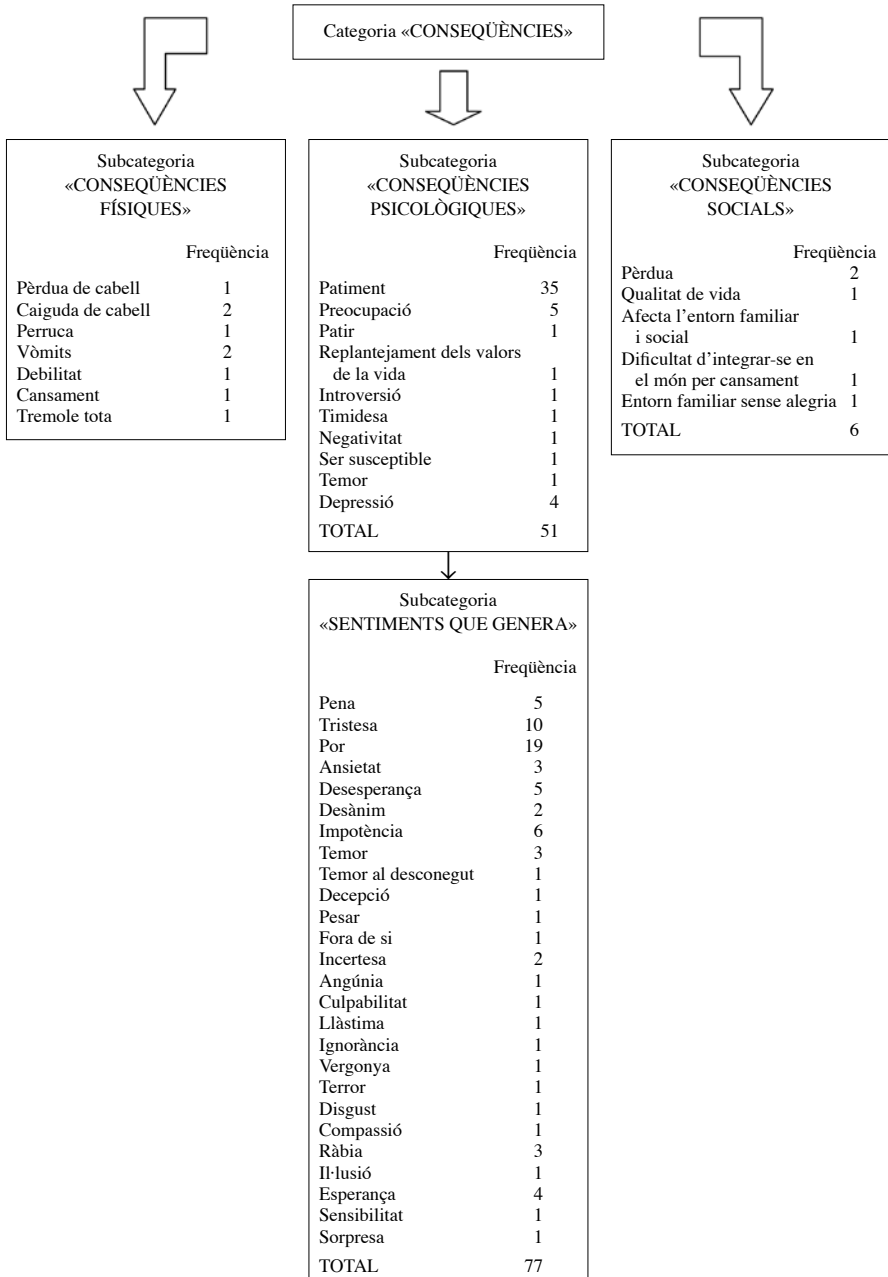
Entre les conseqüències, cal assenyalar la importància dels sentiments que genera i les conseqüències físiques. El càncer sembla generar sentiments i emocions en la seua majoria negatius: per exemple, por, tristesa, etc., tots els quals associats a la conseqüència física del dolor i a un altre tipus de conseqüències, com les del patiment per tenir la malaltia.

La cinquena i última categoria es va denominar *tractaments*. S'hi van incloure totes les paraules o frases que feien referència a diversos tractaments o intervencions en molts àmbits que intenten contribuir a la curació o l'alleugeriment de la malaltia o dels seus símptomes. Com es pot apreciar en el gràfic 5, en aquesta categoria es van incloure un total de 57 paraules o expressions que suposen el 9,94% dels atributs que els subjectes van destacar en l'intent de conceptualitzar el càncer. La categoria *tractaments* va ser dividida al seu torn en quatre subgrups: *termes genèrics*, *tractaments mèdics i farmacològics*, *tractaments psicològics* i, finalment, *tractaments quirúrgics*.

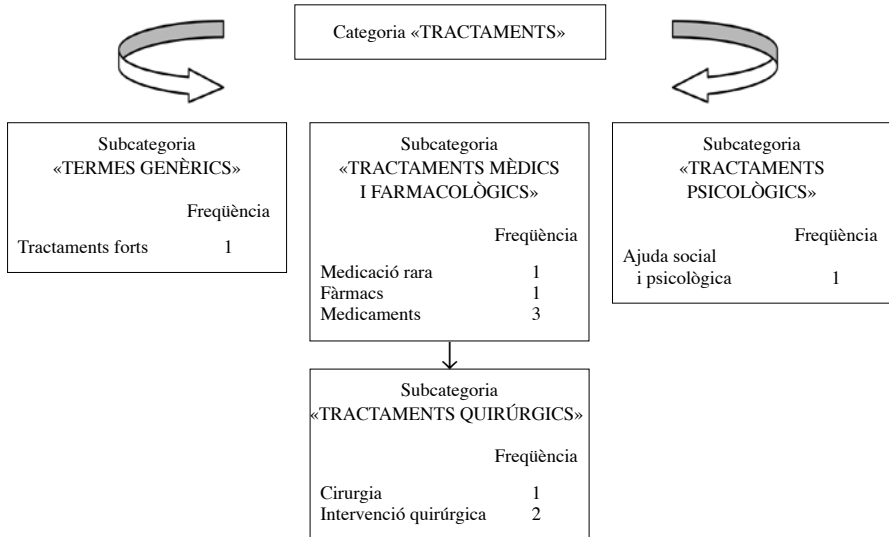
A partir de l'anàlisi de les dades, es pot observar que el càncer s'associa, sobretot, a tractaments mèdics i farmacològics, el principal dels quals en la representació social és la quimioteràpia.

Ara bé, si analitzem les paraules amb major coincidència, trobem que els termes que s'han utilitzat amb més freqüència són els següents: *malaltia*, *dolor*, *patiment*, *quimioteràpia*, *por*, *tristesa* i *desafiament*. Això ens permet de centrar les bases de la representació social com una malaltia que produeix molt de dolor i patiment i els sentiments i emocions associats a aquest, però que es percep també com un repte o desafiament. Juntament amb això, es vincula al dolor que genera un dels tractaments, igual que als canvis físics que produeix.

GRÀFIC 4  
Categorització de les conseqüències



GRÀFIC 5  
Categorització dels tractaments

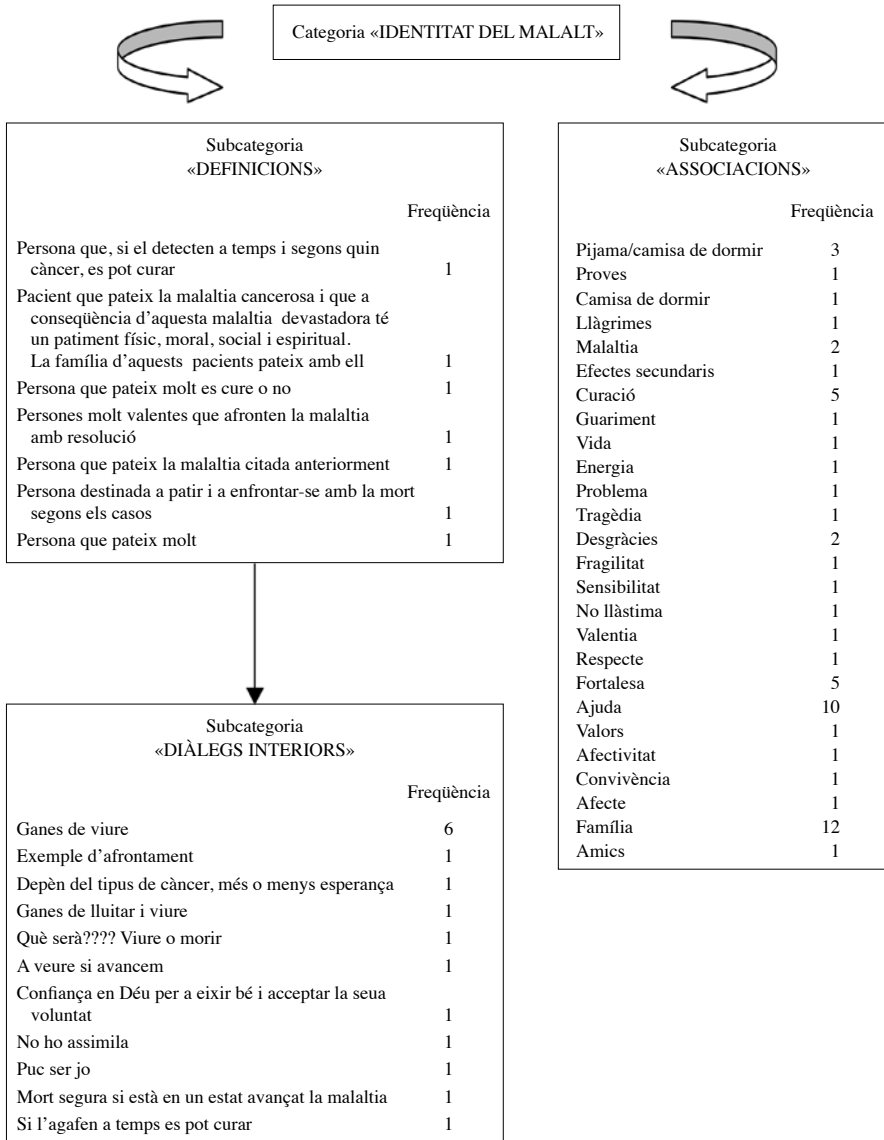


### ***La representació social del malalt de càncer***

Posteriorment, es va preguntar pel «malalt de càncer», i les respostes es van estructurar en tres categories: *identitat del malalt*, *conseqüències* i *tractaments*. Tal com es pot observar en el gràfic 6, la *identitat del malalt* queda composta per totes les paraules o expressions que identificaven el malalt oncològic com a tal. Aquesta categoria es va dividir al seu torn en tres subgrups: *definicions*, *associacions* i *diàlegs interiors*. En conjunt, suposen el 38,7% dels atributs que els subjectes van destacar en l'intent de conceptualitzar el malalt de càncer.

El malalt de càncer es percep com un malalt, encara que també s'anomena pacient i persona, que necessita el suport social de la família i els amics. És una persona que pateix una malaltia greu, la qual cosa l'associa amb els hospitals i amb totes les característiques d'aquesta institució. Es concep com un malalt que pot tenir curació, però que pot degenerar en la mort, i per això és concebut com una persona fràgil i que pateix, però, a la vegada, valent i amb ganes de viure.

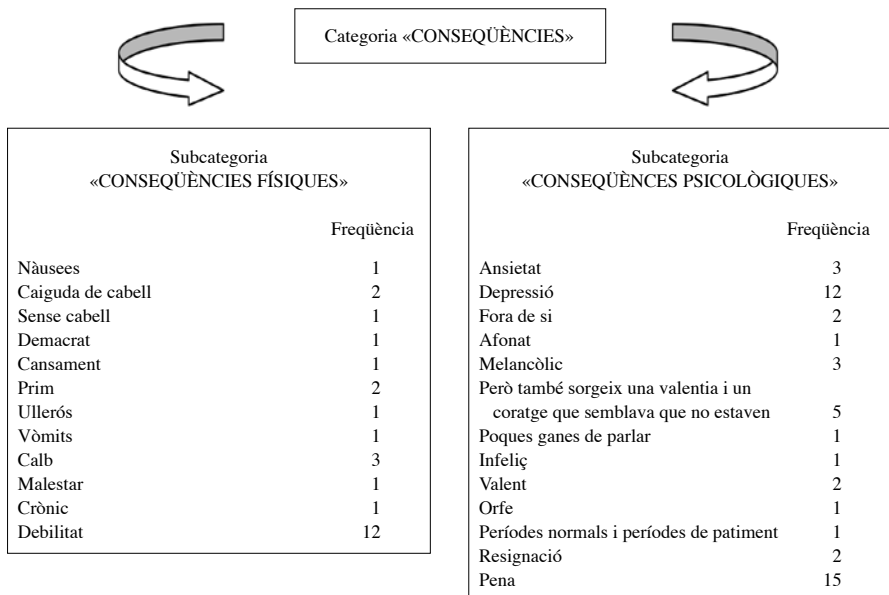
GRÀFIC 6  
Categorització de la identitat del malalt



En la categoria denominada *conseqüències* es van recollir un total de 230 paraules o expressions que denoten conseqüències específiques derivades de la malaltia o el seu tractament. Aquesta categoria va ser subdividida en dues categories, denominades *conseqüències físiques* i *conseqüències psicològiques*. En les taules següents es presenten les paraules que componen la categoria i les seues freqüències, que suposen el 54,6% dels atributs que els subjectes van destacar en l'intent de conceptualitzar el malalt de càncer.

La representació social del malalt de càncer a partir d'aquesta categoria sembla que es basa en les conseqüències de la malaltia, sobretot en les conseqüències psicològiques. Sembla que predomina la visió que la persona sent i té diàlegs interiors negatius. Ocorre el mateix amb les conseqüències físiques. Tenim la imatge del malalt oncològic com una persona dèbil, que sent molt de dolor i la fi de la qual és la mort.

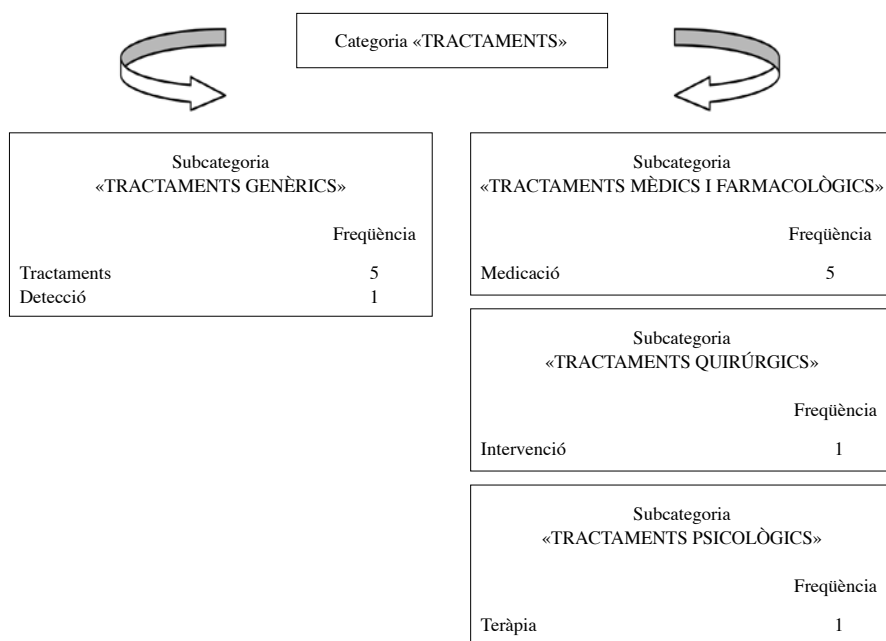
GRÀFIC 7  
Categorització de les conseqüències



La tercera i última categoria es va denominar *tractaments*. S'hi van incloure totes les paraules o frases que feien referència a diversos tractaments o intervencions que en molt diferents àmbits intenten contribuir a la curació o l'alleviment de la malaltia o dels seus símptomes. Com es pot veure en el gràfic que es presenta a continuació, en aquesta categoria es van incloure un total de 28

paraules o expressions que suposen el 6,6% dels atributs que els subjectes van destacar en l'intent de conceptualitzar el càncer. La categoria *tractament* va ser dividida al seu torn en quatre subgrups: *termes genèrics*, *tractaments mèdics i farmacològics*, *tractaments psicològics* i, finalment, *tractaments quirúrgics*. A partir de les dades obtingudes, sembla que la representació social del malalt de càncer el percep relacionat amb tractaments mèdics i farmacològics.

GRÀFIC 8  
Categorització del tractament



Junt amb les categories es van analitzar els termes que tenen major incidència per a descriure el malalt de càncer. Els que obtenen major freqüència són els següents: *patiment*, *dolor*, *tristesa*, *pena*, *mort*, *por*, *debilitat*, *depressió*, *família*, *ajuda* i *esperança*. Així doncs, sembla que el malalt de càncer és percebut com una persona que sofreix molt i té molt de dolor; això genera sentiments negatius i la necessitat de suport social per part, sobretot, de la família. Junt amb això cal ressaltar que, encara que s'associa a la mort, es percep que aquests malalts tenen esperança.

## Discussió

Herois o víctimes, forts o dèbils, malaltia o maledicció, dolor o repte, vida o mort... són formes de concebre la malaltia i el malalt de càncer. L'estudi que hem presentat ens mostra l'existència de representacions socials a la Comunitat Valenciana que posseeixen un nucli central clarament definit que es caracteritza per la seua gran càrrega emocional.

En el nostre estudi, el càncer apareix com una malaltia d'alta gravetat que pot concloure amb la mort. Segons les últimes dades de l'Institut Nacional d'Estadística publicades el 2010, l'any 2008 van morir a Espanya 103.999 persones per algun tipus de tumor, la qual cosa representa el 26,92% de les defuncions d'aqueix any, i suposa la segona causa de mort al nostre país. Així doncs, encara que els avanços científics incrementen la probabilitat de curació del càncer, aquest continua sent resistent i continua sent causa d'un gran percentatge de morts. En aquest sentit, la representació social del càncer informa de la seua gravetat real.

El malalt, per la seua banda, és percebut com una víctima molt malalta i prou fràgil, que pateix molt i, encara que prou resignat, és molt valent i té esperances i ganes de viure. Aquesta víctima es caracteritza, sobretot, per les emocions negatives i la predisposició que té per a l'acció. Així doncs, sembla que la nostra representació social les veu com a persones malaltes que pateixen, ja que la seua patologia es relaciona amb la mort. Aquesta creença té una certa base científica, ja que multitud d'estudis indiquen que al voltant d'un 30-35% de les persones que pateixen aquesta malaltia desenvolupen algun tipus d'alteració emocional de depressió i/o ansietat (Blasco, 2000; McPail, 1998) com a fruit del patiment generat per la malaltia. Els estudis indiquen la importància del tipus de tractament (Bárez, 2002) i del període de la malaltia en què es troba la persona malalta per a valorar-ne l'estat emocional (Moorey et al, 1994), encara que la representació social no té en compte ambdós aspectes.

Ara bé, encara que consideren els problemes emocionals com a part crucial del concepte d'identitat de la malaltia, cal ressaltar que la representació social també ens indica que aquest tipus de pacients són considerats forts, ja que la societat els associa amb energia. Això els permet de poder superar-se i intentar enfrontar-se a la malaltia, ajudats pel suport social de familiars i amics, malgrat que els seus pensaments interns són negatius perquè es relacionen amb la gravetat de la malaltia i amb les conseqüències d'aquesta. Els diversos estudis psicològics que tracten l'esperit de lluita en el malalt oncològic, l'associen a la percepció de control, l'afrontament positiu, l'adaptació emocional i la qualitat de vida (Grassi *et al.*, 1993; Edgar *et al.*, 2000; Folkman i Green, 2000). Això proporciona una visió d'heroi a la nostra víctima que la converteix d'una persona normal en una persona extraordinària.

Per la seua banda, la representació social recull també la importància del suport social específicament de familiars. La família es converteix en el principal recurs de seguretat i suport i resulta un determinant crucial per a l'afrontament de la malaltia (Díaz-Veiga, 1987; Dura i Garcés, 1991; Marín, Pastor i López, 1993; Remo, 2002; Vinaccia *et al.*, 2005; Weihs, Fisher i Baird, 2002).

Entre les possibles conseqüències de ser malalt de càncer i allò que s'associa amb el càncer en la representació social, les més rellevants són el dolor i les hospitalitzacions. Ambdues es vinculen amb els tractaments. El dolor sembla un dels símptomes més freqüents en els pacients oncològics. Aquest pot ser causat per l'augment del tumor, pels tractaments, per les complicacions que es poden presentar en el procés, per factors psicològics, etc. (Ritterband i Spielberger, 2001; Spiegel i Giese-Davis, 2003; Vázquez de la Torre i Reig Ruigómez, 1990). Gibert (2006) afirma que el dolor crònic es presenta aproximadament en el 80% dels pacients oncològics. Ara bé, a diferència de la representació social que considera que això és degut al tractament de la malaltia, en un estudi realitzat per Stute, Soukup, Menzel, Sabatowski i Grond (2003) es va destacar que el 95% del dolor que sentien els pacients oncològics es devia al creixement tumoral, i el 5% restant al tractament oncològic. D'altra banda, sembla que el dolor i les hospitalitzacions són dues de les causes de la depressió en els pacients oncològics (Valencia, 2006).

Resulta interessant tenir en compte que, segons la bibliografia mèdica, determinades conseqüències físiques milloren als sis mesos de finalitzar el tractament (Beisercker *et al.*, 1997; Pinquart, Koch, Eberhardt, Brix, Wedding i Rohrig, 2006), però que aquestes conseqüències depenen del tipus de càncer que haja sofert el malalt i, per tant, resulta difícilment generalitzable en l'àmbit científic, encara que sembla que no succeeix això en la representació social. Aquesta, en canvi, percep les conseqüències físiques com a molt més permanents en el temps i sense fer diferenciacions pel que fa al tipus de càncer contret.

Finalment, cal assenyalar que el càncer es percep com una malaltia associada sobretot a un òrgan concret, sobretot el càncer de mamella. Així doncs, el grup de risc més elevat són les dones a determinades edats. Cal assenyalar que el càncer de mamella és la neoplàsia maligna més freqüent de mortalitat en la dona occidental (Agostino, Castañeda i Di Iorio, 2002; Peralta, 2002). Així doncs, les dones són un grup de risc que es tenen en compte en la representació social.

Ara bé, es percep com una causa del càncer i de ser malalt de càncer la mala sort, la fatalitat o el destí, quan una multitud d'estudis confirmen l'associació entre la malaltia i determinats factors físics, biològics, nutricionals i d'entorn ambiental (Agostino, Castañeda i Di Iorio, 2002). Això respon a la creença en la falta de control en l'adquisició de la malaltia, que no es justifica amb el que es troba en la bibliografia científica. L'American Cancer Society ([www.cancer.org](http://www.cancer.org)) destaca que els factors de risc depenen del tipus de càncer. En



concret, assenyala, per exemple, que tots els tipus de càncer causats pel tabac i el consum excessiu d'alcohol podrien prevenir-se per complet, igual que els tumors cancerosos associats amb factors alimentaris (excés de pes i obesitat) i gran part dels càncers de pell (amb mesures de protecció contra els rajos solars).

Per finalitzar, cal assenyalar que l'estudi que es presenta pretén ser una primera aproximació al fenomen que ajude a entendre les formes d'afrontament d'aquest a partir dels coneixements dels agents que afecten la vida del malalt i els seus propis. Ambdues representacions socials es caracteritzen per tenir un nucli central relacionat que es complementa i que no sempre està fonamentat en les dades científiques.

## Referències

- Abric, J. C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. París: Presses Universitaires de France.
- Bárez, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis doctoral no publicada, programa de doctorat en Psicologia de l'Educació, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, 2002. Consultat en: [Http://www.tesisenxarxa.net/TEISIS\\_UAB](http://www.tesisenxarxa.net/TEISIS_UAB) (14 setembre 2007).
- Beisercker, A., Cook, M., Ashworth, J., Hayes, J., Brecheisen, M., Helmig, L., Hyland, S. i Selenke, D. (1997). Side effects of adjuvant chemotherapy: Perceptions of node-negative breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 6, 85-93.
- Blasco, T. (2000). Variables psicológicas como predictoras de la intensidad de náuseas en pacientes que reciben quimioterapia. *Oncología*, 23, 333-336.
- Coffey, A. i Atkinson, P. (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Medellín: Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía.
- Cristobal, I. (2007). Representaciones del cáncer de cuello uterino y su relación con la sexualidad femenina. *Investigaciones Sociales*, 18, 431-454.
- D'Agostino, R. O., Castañeda, A. i Di Iorio, F. J. (2002). *Epidemiología del Cáncer de Mama en el Distrito II*. Consultat en: <http://www.colmed2.org.ar/images/publ03.pdf>.
- Díaz-Veiga, P. (1987). Evaluación del apoyo social. Dins R. Fernández Ballesteros, *El ambiente: análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Dura, E. i Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6, 257-271.
- Edgar, L., Remmer, J., Rosberger, Z. i Fournier, M. (2000). Resource use in women completing treatment for breast cancer. *Psycho-Onchology*, 9, 428-438.

- Flores-Palacios, F. i Leyva-Flores, R. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la ciudad de Méjico. *Salud pública de México*, 45, 624-631.
- Folkman, S. i Green, S. (2000). Promoting psychological well-being the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9, 11-19.
- Gibert, J. (2006). Antidepressivos, dolor y cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 107-120.
- Giraldo, C. V. (2009). Persistencia de las Representaciones Sociales del Cáncer de Mama. *Salud Pública*, 11, 4.
- Gonçalves, E. R., Marchiorro, N. i Dupas, G. (2003). Representación social de los niños respecto del cáncer. *Acta Paulista de enfermagem*, 16, 4.
- Grassi, L., Rosti, G., Lasavia, A. i Marangolo, M. (1993). Psychosocial variables associated with mental adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 2, 11-20.
- Gutiérrez, J. D. (1998). La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el ámbito psicosocial. *Psiquiatría Pública*, 10(4), 211-219.
- Llinares, L. I., Benedito, M. A. i Piqueras, A. (2010). El enfermo de cáncer: una aproximación a su representación social. *Revista Psicología & Sociedade*, 22, 318-327.
- Marín, A. R., Pastor, M. A. i López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psychothema*, 5, 349-372.
- Martínez, F. i Ochoa, S (2000). Redes sociales de personas con esquizofrenia. *Cuadernos de trabajo social*, 13, 299-322.
- McPail, G. (1998). Psychosocial aspects of breast cancer treatment. *Oncology in Practice*, 3, 17-19.
- Medina, A. (2007). Representaciones del cáncer en estudiantes de Medicina: implicaciones para la práctica y la enseñanza. *Salud Pública*, 9, 369-379.
- Moorey, S., Geer, S., Watson, M., Baruch, J. D. R., Robertson, B. M., Mason, A., Rowden, L., Tunmore, R., Law, M. i Bliss, J. M. (1994). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: Outcome at one year. *Psycho-Oncology*, 3, 39-46.
- Morales, D. R. (2005). La construcción social del 'otro'. Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida. *Gazeta de antropología*, 21, article 25.
- Peralta, O. (2002). Cáncer de mama en Chile: datos epidemiológicos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 67, 6439-64445.
- Pinquart, M., Koch, A., Eberhardt, B., Brix, C., Wedding, U. i Rohrig, B. (2006). Associations of functional status and depressive symptoms with Elath-related quality of life in cancer. *Quality of Life Research*, 15, 1565-1570.
- Remo, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención Primaria*, 30, 3.

- Ritterband, L. M. i Spielberg, C. D. (2001). Depression in a cancer population. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8, 85-93.
- Sánchez, V., Barreto, I., Correa, D. i Fajardo, M. (2007). Representaciones sociales de un grupo de estudiantes universitarios frente a un acto terrorista en Bogotá. *Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 3(2), 287-299.
- Solana, C. A. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología*, 28, 157-163.
- Spiegel, D. i Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry*, 54, 269-282.
- Stute, P., Soukup, J., Menzel, M., Sabatowski, R. i Grond, S. (2003). Analysis and treatment of different types of neuropathic cancer pain. *Journal of Pain & Symptom Management*, 26, 1123-1131.
- Tavares, J. S. C. i Trad, L. A. B. (2005). Breast cancer metaphors and meanings from the perspective of five families. *Cuadernos de Saúde Pública*, 21, 426-435.
- Valencia, S. C. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas*, 2, 241-257.
- Vásquez de la Torre, M. L. i Reig Ruigómez, E. (1990). Visión integrada del tratamiento antiálgico. Aspectos psicológicos del enfermo en situación terminal. Dins M. Barón, A. Ordoñez, J. Feliu, P. Zamora i E. Espinosa (eds.), *Tratado de medicina paliativa y tratamiento del soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Vinaccia, S., Quinceno, B. M., Fernandez, H., Contreras, F., Bedoya, M. i Tobon, S. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón. *Psicología y salud*, 15, 207-220.
- Weih, K., Fisher, L. i Baird, M. (2002). Families, Elath and behavior. *Families, System & Health*, 20(1), 7-46.
- Zanchetta, M. S., Cagnet, M., Xenocostas, S., Aoki, D. i Talbot, Y. (2007). Prostate cancer among Canadian men: a transcultural representation. *International Journal of Men's Health*, 6, 224-258.