

**RELACIÓ ENTRE EL MALESTAR EMOCIONAL I EL SUPORT SOCIAL
PERCEBUT EN DONES AMB CÀNCER DE MAMA**

Júlia Valiente López

Treball de Final de Grau

Tutora: Marta Casals Coll

4t de Psicologia – Curs 2018-2019

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya

Vic, 17 de maig de 2019

Agraïments

En primer lloc, m'agradaria agrair l'ajuda desinteressada, contínua i honesta de l'Anna Casellas i Grau, psicooncòloga de l'hospital Duran i Reynals - Institut Català d'Oncologia. Des del primer moment vas estar disposada a ajudar-me i m'enduc un record molt especial.

També vull agrair el guiatge i l'ajuda proporcionada durant el procés d'elaboració de l'estudi a la tutora del treball, Marta Casals Coll. A banda de l'ajuda acadèmica, gràcies per motivar-me i fer-me creure en les meves capacitats.

Al Joan Carles Martori, per haver-me donat un cop de mà amb l'anàlisi de les dades. Gràcies per haver-me dedicat el teu temps.

Al Jordi Vilardell, per haver cregut en el treball i haver fet els tràmits per poder obtenir la mostra. Moltes gràcies per d'haver-me posat en contacte amb l'Anna.

A la meva família i al Pere. Durant el procés m'heu ajudat a creure en el treball i, sobretot, en mi, i això m'ha ajudat a agafar amb motivació tots els dubtes i dificultats que m'han anat sorgint entorn l'estudi.

Finalment, agrair profundament la col·laboració de les participants d'aquest estudi. Sense vosaltres, res de tot això hagués estat possible.

A tots i totes vosaltres, moltíssimes gràcies.

Resum

La simptomatologia ansiosa i depressiva és present en moltes persones que tenen càncer, arran de l'impacte que suposa patir aquesta malaltia, tant a nivell físic com psicològic. Aquest malestar pot estar influenciat per molts factors, i s'ha estudiat que la percepció de suport social és un factor protector davant d'aquesta simptomatologia. El present estudi té com a objectiu principal analitzar la relació entre el suport social percebut i la simptomatologia ansiosa i depressiva en pacients amb càncer de mama. A més, també pretén descriure la quantitat de pacients afectades pel malestar psicològic; determinar quina de les dues variables -depressió o ansietat- preval per sobre de l'altra; descriure la puntuació de suport social percebut que tenen les participants i observar la diferència de percepció de cada tipus de suport social i; analitzar quines variables estan relacionades amb l'ansietat i la depressió i quines ho estan amb el suport social percebut. Aquest és un estudi descriptiu, retrospectiu, correlacional, i de tipus transversal, amb una mostra no probabilística a propòsit. Les participants d'aquesta investigació són 30 dones de l'hospital Duran i Reynals – Institut Català d'Oncologia. Els instruments que s'han utilitzat per analitzar les variables principals són l'Hospital Anxiety and Depression scale (HADS), el Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) i un qüestionari de dades sociodemogràfiques. Els resultats obtinguts conclouen que el 56,6% de les participants mostren símptomes clínics d'ansietat i el 23,3% en mostren de depressió; i que la mitjana de suport social percebut mostra que tenen una percepció de suport social adequada. El tipus de suport social més percebut ha estat l'afectiu, seguit de l'instrumental. No s'ha trobat relació significativa entre la simptomatologia ansiosa i depressiva i el suport social percebut, i l'única variable que té una relació significativa amb la simptomatologia és el fet d'estar *casada o amb una parella estable*, fent que les persones amb parella tinguin nivells més alts d'ansietat i depressió. Les variables que de manera conjunta expliquen la simptomatologia ansiosa i depressiva són l'estat civil *casada o amb parella estable*, la medicació psicofarmacològica, la quimioteràpia i la braquiteràpia i el suport social percebut. Per altra banda, el suport social percebut té una relació directa amb l'estat civil *casada o amb parella estable*, i les variables que conjuntament expliquen la puntuació d'aquesta variable són l'estat civil *casada o amb parella estable*, l'edat i els fills.

Paraules clau: càncer, càncer de mama, simptomatologia ansiosa/ansietat, simptomatologia depressiva/depressió, suport social, suport social percebut.

Abstract

Anxious and depressive symptomatology is present in many people who suffer from cancer, due to the physical and psychological impact that this disease cause. This malaise can be influenced by many factors, and perceived social support has been studied as a protective factor against this symptomatology. The main purpose of this study is to analyse the relationship between perceived social support and anxiety and depressive symptomatology in breast cancer patients. In addition, this study also aims to describe the number of participants affected by psychological distress; determine which of the two variables -depression or anxiety- prevails over the other; describe the perceived social support score that participants have and observe the difference in perception according to social support subtypes and analyse which variables are related to anxiety and depression, and which ones are related to social support perception. This is a descriptive, retrospective, correlational, and cross-sectional study, with a non-probabilistic sample on purpose. The participants of this research are 30 women from Duran and Reynals hospital - Catalan Institute of Oncology. Instruments that have been used to analyse the main variables are the Hospital Anxiety and Depression scale (HADs), the Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) and a sociodemographic data questionnaire. The results conclude that 56.6% of the participants show clinical symptoms of anxiety and 23.3% of depression; and that the average perceived social support shows that they have an adequate perception of it. The type of social support most perceived was the affective one, followed by the instrumental one. There was no significant relationship between the anxious and depressive symptomatology and the perceived social support, and the only variable that has a significant relationship with the symptomatology is the fact of being married or with a stable partner, making the people with a partner have higher levels of anxiety and depression. The variables that jointly explain anxiety and depressive symptomatology are marital status/stable partner, psycho-pharmacological medication, chemotherapy and brachytherapy and the social support perceived. On the other hand, perceived social support has a direct relationship with marital status/stable partner, and variables that jointly explain the perceived social support score are the marital status or with a stable partner, age and having children.

Keywords: cancer, breast cancer, anxious symptomatology/anxiety, depressive symptomatology/depression, social support, perceived social support.

Índex

MARC TEÒRIC	9
HIPÒTESIS	26
OBJECTIUS.....	26
METODOLOGIA	27
Disseny	27
Participants.....	27
Instruments	27
Procediment.....	28
Anàlisi estadística	29
RESULTATS.....	30
DISCUSSIÓ.....	50
CONCLUSIONS.....	57
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	58
ANNEXOS.....	68

Índex de taules

Taula 1. Estadis del càncer de mama	12
Taula 2. Dades sociodemogràfiques	30
Taula 3. Resum de la prova d'hipòtesis per comprovar la normalitat de la variable HADs	31
Taula 4. Resum de la prova d'hipòtesis per comprovar la normalitat de la variable MOS-SSS.....	32
Taula 5. Resultats de la puntuació del HADs total	32
Taula 6. Resultats subescales d'ansietat i depressió del HADs	32
Taula 7. Prevalença clínica i subclínica de símptomes ansiosos i depressius en la mostra estudiada segons el HADs.....	33
Taula 8. Resultats de la puntuació total del MOS-SSS	33
Taula 9. Resultats del MOS-SSS diferenciats per subtipus de suport social	34
Taula 10. Resultats del contrast d'hipòtesis entre el HADs i el MOS-SSS.....	35
Taula 11. Resultats del contrast d'hipòtesis entre les subescales del HADs i el MOS-SSS total.....	36
Taula 12. Resultats del contrast d'hipòtesis entre el HADs i les subescales del MOS-SSS.....	37
Taula 13. Resultats del contrast d'hipòtesis entre l'estat civil i el HADs total.....	38
Taula 14. Resultats del contrast d'hipòtesis entre l'estat civil i la subescala d'ansietat del HADs	39
Taula 15. Resultats del contrast d'hipòtesis entre l'estat civil i la subescala de depressió del HADs	39
Taula 16. Resultats del contrast d'hipòtesis entre l'edat i el HADs total.....	39
Taula 17. Resultats de la mitjana del HADs total segons el nivell d'estudis.....	40

Taula 18. Resultats del contrast d'hipòtesis entre el nivell d'estudis i el HADs	41
Taula 19. Situació laboral de les participants de l'estudi	42
Taula 20. Resultats del contrast d'hipòtesis entre la situació laboral i el HADs total ...	42
Taula 21. Resultats del contrast d'hipòtesis entre la medicació psicofarmacològica i el HADs	42
Taula 22. Resultats del contrast d'hipòtesis entre els fills i el HADs	43
Taula 23. Resultats del contrast d'hipòtesis entre la quimioteràpia i el HADs.....	43
Taula 24. Resultats del contrast d'hipòtesis entre la radioteràpia i el HADs	44
Taula 25. Resultats del contrast d'hipòtesis entre l'atenció psicològica o psiquiàtrica rebuda abans del diagnòstic i el HADs	44
Taula 26. Resultats del model explicatiu de la simptomatologia ansiosa i depressiva	45
Taula 27. Resultats de la regressió lineal múltiple amb mètode backward entre el HADs i les variables independents	45
Taula 28. Resultats del contrast d'hipòtesis entre l'estat civil i la puntuació total del MOS-SSS.....	46
Taula 29. Resultats del contrast d'hipòtesis entre l'edat i la puntuació total del MOS-SSS.....	47
Taula 30. Resultats del contrast d'hipòtesis entre els fills i la puntuació total del MOS-SSS.....	47
Taula 31. Resultats del model explicatiu del suport social percebut	48
Taula 32. Resultats de la regressió lineal múltiple amb mètode backward entre el MOS-SSS i les variables independents	48

Índex de gràfics

Gràfic 1. Resultats dels tipus de suport social percebut contemplats en el MOS-SSS.....	34
Gràfic 2. Resultats entre la puntuació del HADs total i del MOS-SSS total	35
Gràfic 3. Resultats entre la subescala de depressió del HADs i la puntuació total del MOS-SSS.....	36
Gràfic 4. Resultats entre la subescala d'ansietat del HADs i la puntuació total del MOS-SSS.....	37
Gràfic 5. Resultats del HADs total segons l'estat civil de les participants	38
Gràfic 6. Resultats de la mitjana del HADs segons l'edat de les participants	40
Gràfic 7. Resultats del HADs total segons el nivell d'estudis	41
Gràfic 8. Resultats de la mitjana del MOS-SSS segons l'estat civil	46
Gràfic 9. Resultats de la mitjana de suport social percebut segons els fills	48

MARC TEÒRIC

El càncer, també anomenat *neoplàsia maligna*, és el terme utilitzat per a referir-se a un conjunt de malalties que es caracteritzen per un desenvolupament anormal de cèl·lules, que es divideixen, creixen i es disseminen sense control per qualsevol part del cos (Sociedad Española de Oncología Médica, 2018).

En els països occidentals del primer món, el càncer és una de les tres causes amb més índex de mortalitat, juntament amb les malalties cardíaques i els accidents de trànsit (Alonso i Bastos, 2011). Aquest conjunt de malalties, concretament, són la segona causa de mort a escala mundial, per darrere de les malalties cardiovasculars. Segons dades de l'any 2015, el càncer va estar present en 17,8 milions de persones, causant la mort de 8,7 milions d'elles (Fitzmaurice et al., 2017). L'Organització Mundial de la Salut [OMS] (2015) apunta que gairebé una de cada sis persones mor a causa d'aquesta malaltia. Segons Fitzmaurice et al. (2017) existeixen diferències pel que fa a la incidència de la tipologia de la malaltia segons el gènere. Per una banda, respecte al sexe masculí, el tipus de càncer més comú diagnosticat a escala mundial va ser el càncer de pròstata i el tipus de càncer que va causar més nombre de morts va ser el càncer de tràquea, seguit pel de bronquis i pel de pulmó. Per altra banda, el càncer de mama va ser el tipus de neoplàsia maligna més freqüentment diagnosticat entre les dones, coincidint amb el tipus de càncer que més nombre de morts de sexe femení va causar. Respecte a les dades d'Espanya, aquest conjunt de malalties va afectar a 247.771 persones l'any 2015, 149.000 homes i 99.000 dones. Referent al gènere, els quatre càncers més comuns en homes van ser el de pròstata (22.4%), el colo-rectal (16.6%), el de pulmó (15.1%) i el de bufeta (11.7%); i els càncers més comuns en dones van ser el de mama (28%), seguit pel colo-rectal (16.9%), el de coll uterí (6.2%) i el de pulmó (6%) (Galceran et al., 2017).

Com ha quedat detallat, el càncer de mama és el tumor maligne més freqüent en les dones. Aquest tipus de càncer afecta a més de 1,2 milions de persones de sexe femení, ocasionant 500.000 morts cada any (Martín et al., 2015), i suposant un 28% del total de càncers de sexe femení (Galceran et al., 2017). La incidència d'aquest tipus de càncer a Espanya és de les més baixes respecte a molts altres països, però en les últimes dècades aquest tipus de càncer ha anat augmentat progressivament. Al nostre país es calcula que cada any es diagnostiquen al voltant de 25.000 casos nous i hi ha 5.000 morts anuals arran de la malaltia (Martín et al., 2015).

Tot i aquestes dades alarmants, la mortalitat a causa d'aquest tumor està disminuint gràcies al diagnòstic precoç de la malaltia i a l'alt percentatge de supervivència a 5 anys a Espanya, situant-se per sobre del 90% dels casos, és a dir, més de 9 de cada 10 persones continuen vives 5 anys després de ser diagnosticades de càncer de mama (Asociación Española Contra el Cáncer, 2018).

Les causes del càncer són molt diverses, la gran majoria de tumors de mama són esporàdics, i només entre un 5 i un 10% estan associats a un component hereditari (Pérez, Muñoz, i Cortés, 2013). Tot i que la causa en la majoria de casos sigui desconeguda, Romero, Santillán, Olvera, Morales, i Ramírez (2008) assenyalen l'existència d'una sèrie de factors de risc que incrementen la predisposició de patir aquest tipus de càncer. Aquests factors són 1) l'*edat*, la incidència d'aquest tipus de càncer augmenta amb l'edat fins a arribar a la menopausa, moment en el qual s'alenteix arran de la disminució dels estrògens circulants (Pérez et al., 2013); 2) la *història familiar genètica*, per cada familiar de primer grau amb la malaltia s'incrementa un 1.8% el risc de patir càncer de mama; 3) els *antecedents personals de càncer de mama*, principalment quan el resultat histopatològic és d'hiperplàsia atípica¹, augmentant de 4 a 5 vegades el risc de patir la malaltia; 4) els *estrògens*, dins d'aquest factor de risc existeix l'edat de la *menarquia* (tenir-la abans dels 11 anys) -cada any de retard s'associa amb una disminució del 9% de probabilitats de presentar la malaltia en dones premenopàusiques i un 4% en dones postmenopàusiques- (Pérez et al., 2013); tenir la *menopausa* després dels 55 anys -cada any de retard en la seva aparició suposa un 3% més de probabilitats de patir la malaltia- (Pérez et al., 2013); la *paritat*, en concret, la nul·liparitat i tenir el *primer fill biològic* després dels 30 anys; 5) la *teràpia hormonal de reemplaçament*, sotmetre's a aquesta teràpia durant més de 5 anys augmenta el risc de càncer de mama en un 2% anual i transcorreguts els cinc anys, el risc s'igualava al de les dones que no n'han rebut; 6) l'*obesitat*, en casos de dones post-menopàusiques a partir d'un índex de massa corporal superior a 25 per les dones que tenen una estatura de 150 cm o menys i un superior a 27 per a dones de més alçada; 7) l'*exposició a la radiació ionitzant*, ja que produeix alteracions a escala cel·lular que progressen fins a convertir-se en càncer després d'un període llarg d'exposició; i 8) el *consum de begudes alcohòliques*, arran que entre els productes es troba l'acetaldehid, conegut com a substància cancerígena en animals.

¹ Malaltia pre-cancerosa que afecta a les cèl·lules de la mama. Es produeix quan aquestes cèl·lules es tornen anòmales pel que fa a quantitat, mida, forma, patró de creixement i aparença (Mayo Clínic, 2018).

Pel que fa al càncer de mama, aquest es defineix com una família de malalties amb quatre tipus moleculars diferenciats (Perou et al., 2000 citat per Martín, Herrero, i Echavarría, 2015): els tumors hormonodependents o luminars, els quals es classifiquen en luminars A i B, els tumors amb ampliació de l'oncogèn HER2 i els tumors triple negatius. Del total de tumors, el 65% són hormonodependents (Martín et al., 2015).

Referent a la tipologia de càncer de mama, n'existeixen dos tipus de principals: el càncer de mama *no invasiu* o *in situ* i el càncer de mama *invasiu*, *invasor* o *infiltrant* (Pérez et al., 2013) classificats depenent si el component maligne travessa o no la membrana basal de la cèl·lula (Uribe, 2009). Per una banda, el càncer de mama de tipus no invasiu o in situ representa el 20% dels tumors de mama en el moment del diagnòstic. Aquest tipus de càncer es troba dins dels acins del pit sense envair el teixit normal adjacent. En funció de l'origen, es pot classificar en *carcinoma lobulillar in situ (CLIS)*, afecció en la qual es troben cèl·lules anormals en els lobels de la mama, el qual no es considera maligne, sinó com un factor de risc, ja que la seva presència augmenta el risc de patir càncer de mama fins a 8 vegades (Uribe, 2009); i el *carcinoma ductal in situ (CDIS)*, que és una afecció no invasiva en la qual es troben cèl·lules anormals en el revestiment del conducte de la mama i les cèl·lules no s'han disseminat fora d'aquest conducte. Aquest últim, en alguns casos, pot convertir-se en un càncer invasiu i disseminar-se per altres teixits. Per altra banda, existeix el càncer de mama invasiu, invasor o infiltrant, que pot ser de dos tipus: el *carcinoma ductal infiltrant*, que és el més freqüent dins d'aquest tipus de càncer de mama, representant un 80% del total de casos diagnosticats i es presenta com una massa palpable amb límits no definits, i el *carcinoma lobulillar infiltrant*, el qual s'origina als lobels mamaris i envaeix altres àrees, més enllà d'aquests lobels, i constitueix el 15% del total de càncers de mama (Uribe, 2009).

La malaltia es pot diferenciar en quatre estadis, depenent dels nivells d'extensió que tingui (Martín et al., 2015). Es poden consultar les característiques de cada un, extretes del National Cancer Institute (2019), a la taula 1.

Taula 1. Estadis del càncer de mama.

Estadi 0	Únic estadi on els casos de càncer de mama no són invasius, com és el <i>carcinoma ductal in situ</i> . Sense indicis de cèl·lules canceroses o anòmales que surtin de la zona del pit on s'originen o que envaeixin teixits normals circumdants.
Estadi I	<p>Estadi IA: el tumor té una mida de fins a 2 cm i no s'ha estès fora del pit.</p> <p>Estadi IB:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es troben cèl·lules de càncer de mama -d'entre 0.2 mm i 2 mm- en els ganglis limfàtics o; - No es troba tumor en la mama, o aquest mesura fins a 2 cm.
Estadi II	<p>Estadi IIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No existeix tumor en la mama o el tumor mesura com a màxim 2 cm però es detecten cèl·lules canceroses -que superen els 2 mm- en un, dos o tres ganglis limfàtics axil·lars o en els ganglis limfàtics a prop de l'estèrnum o; - El tumor mesura entre 2 i 5 cm i no s'ha disseminat cap als ganglis limfàtics. <p>Estadi IIB:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El tumor mesura entre 2 i 5 cm i s'observen petits grups de cèl·lules cancerígenes d'entre 0,2 mm i 2 mm en els ganglis limfàtics o; - El tumor mesura entre 2 i 5 cm i el càncer s'ha disseminat a un, dos o tres ganglis limfàtics a prop de l'estèrnum o; - El tumor mesura més de 5 cm però no s'ha propagat cap als ganglis limfàtics axil·lars.
Estadi III	<p>Estadi IIIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No es troba tumor en la mama o aquest pot tenir qualsevol mida i existeix càncer en 4-9 ganglis limfàtics axil·lars o en ganglis limfàtics a prop de l'estèrnum; o - El tumor mesura més de 5 cm i s'observen petits grups de cèl·lules canceroses superiors a 0,2 mm i inferiors a 2 mm en els ganglis limfàtics; o - El tumor mesura més de 5 cm i el càncer s'ha disseminat en 1-3 ganglis limfàtics axil·lars o propers a l'estèrnum. <p>Estadi IIIB: el tumor té una mida indefinida i s'ha propagat cap a la paret toràcica o cap a la pell de la mama i ha provocat una inflamació o úlcera, i es pot haver disseminat fins a 9 ganglis limfàtics o cap als ganglis prop de l'estèrnum.</p> <p>Estadi IIIC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No es troba tumor o aquest té qualsevol mida i s'ha propagat cap a la paret toràcica o cap a la pell de la mama i el càncer s'ha disseminat en 10 o més ganglis limfàtics axil·lars o cap als ganglis limfàtics ubicats a sobre o a sota la clavícula o;

	- S'ha propagat cap als ganglis limfàtics axil·lars o propers a l'estèrnium.
Estadi IV	El tumor s'ha estès per altres parts del cos, com als pulmons, als ossos, al cervell o al fetge.

El pronòstic de la malaltia varia molt depenent de l'estadi en què es trobi, amb una supervivència a 5 anys del 95% dels casos per l'estadi I, d'un 80% per l'estadi II, d'un 60% per l'estadi III i d'un 25% en l'estadi IV (Martín et al., 2015).

Arran del seu impacte tant en l'àmbit físic com en el psicològic, el càncer és un esdeveniment vital que causa estrès emocional (Pérez, González, Miele, i Fernanda, 2017). Segons Cano (2005) els pacients amb càncer han d'afrontar importants canvis emocionals, conductuals i socials, i aquests canvis estan influenciats pels símptomes que pateixen els malalts. El dolor és un dels símptomes físics més comuns produïts per la malaltia (Vinaccia et al., 2005). En l'estudi dut a terme per Vinaccia et al. (2005), es va evidenciar que el 72,4% de la mostra va reportar-ne. A més, altres símptomes físics comuns són l'insomni, el restrenyiment, la irritabilitat i el cansament (Maté, Hollenstein i Gil, 2004). Referent als símptomes psicològics, la depressió i l'ansietat són els dos més freqüents (Vinaccia et al., 2005). Burgess et al. (2005) expliquen que el 50% de les dones amb càncer de mama del seu estudi presentaven ansietat, depressió o ambdós símptomes després d'un any del diagnòstic de la malaltia, el 25% d'elles al cap de dos, tres o quatre anys del diagnòstic, i el 15% el cinquè any.

Conceptualment, un esdeveniment vital estressant es pot definir com un fenomen econòmic, social, psicològic o familiar, de caràcter brusc, que produeix una desadaptació social o un estrès psicològic. També es pot explicar com les circumstàncies o condicions ambientals que amenacen, desafien, excedeixen o danyen les capacitats psicològiques o biològiques de les persones (Suarez, 2010). Per valorar-les, Holmes i Rahe (1967) van dissenyar una escala que consta de diferents esdeveniments vitals estressants que influeixen en les persones, i entre els quals es troba la lesió o malaltia personal, que la quantifiquen amb 53 punts sobre 100. Aquest fet exemplifica el malestar que suposa tenir una malaltia com el càncer, ja que produeix un impacte sobtat en el transcurs de la vida, tant de les persones afectades directament per la malaltia com de l'entorn familiar i social d'elles (Cano, 2005). Des del moment que la persona coneix el diagnòstic, aquesta ha de començar a adaptar-se a la seva nova situació. Aquesta adaptació psicosocial la defineix el National Cancer Institute (2009) com "El procés continuat en el qual el pacient procura manejar el patiment emocional,

solucionar els problemes específics relacionats amb el càncer i obtenir el domini o el control de la situació". Una adaptació normal o exitosa seria aquella en la que el pacient és capaç de reduir els trastorns en les diferents àrees de funcionament, regulant el malestar emocional i mantenint-se implicat en els aspectes de la vida que encara tenen significat i importància per a ell (Barroilhet, Forjaz, i Garrigo, 2005; Valencia, 2006).

Encara que a nivell epidemiològic hi hagi un alt percentatge de persones afectades pel càncer, cada una d'elles s'adaptarà i tindrà una vivència de la malaltia molt diferent, depenent d'una sèrie de variables que influiran en el procés. Tot i que n'existeixen moltes, en aquest estudi queden explicades les que han estat més estudiades i s'ha considerat, segons la literatura consultada, com és l'estudi de Barroilhet et al. (2005), que són les més rellevants per entendre la vivència de la malaltia. Els autors especifiquen que dins dels factors influents en el malestar psicològic, existeixen tres tipus de variables: les socioculturals -en especial el suport social-, les psicològiques -estratègies d'afrontament i tipus de personalitat- i les mèdiques.

Pel que fa a les variables socioculturals, s'inclou el suport social, l'etapa del cicle vital i la cultura. Segons Parle et al. (2001) citat per Barroilhet et al. (2005), existeixen un seguit de factors que s'associen al malestar en dones amb càncer de mama, que són una menor edat, un escàs suport social, dificultats familiars i econòmiques, problemes relacionals, fills menors de 21 anys i presència d'altres factors vitals estressants. A més, en l'estudi conduït per Parker et al. (2003) es va trobar que els pacients de més edat i amb més suport social presentaven menys símptomes d'ansietat i depressió. Referent a l'etapa del cicle vital, aquesta influirà molt en la valoració que la persona fa del càncer i en les estratègies d'afrontament que farà servir. En especial, l'etapa en què es trobi influirà en les decisions que el pacient i la seva família prenguin. Finalment, la cultura també és un factor que influeix en la valoració que es fa de la malaltia (Barroilhet et al., 2005).

Dins de les variables psicològiques es troba la història psiquiàtrica, el malestar psicològic, les preocupacions o pors que tingui el pacient i els estils i les estratègies d'afrontament, les quals queden explicades en el present treball arran de l'elevada importància que li atorga la majoria de la literatura consultada (Barra i Vaccaro, 2013; Font i Cardoso, 2009; Jorques, 2015, entre d'altres).

Davant d'una malaltia les persones reaccionen desenvolupant i utilitzant estratègies que afecten i acompanyen la situació d'acceptació i adaptació del subjecte (Vargas, 2015).

Segons Font i Cardoso (2009), la malaltia del càncer de mama és molt adequada per estudiar l'afrontament, tant pel nombre de persones afectades per aquest tipus de càncer, com per la tendència a convertir-se cada vegada més en una malaltia crònica de llarga evolució. Per tant, les estratègies d'afrontament juguen un paper essencial en l'adaptació de la persona al càncer.

Existeixen nombrosos autors que defineixen el terme afrontament, però Lazarus i Folkman (1986) i Lipowski (1970) són els més destacats en relació a aquest terme. D'aquesta manera, Felipe i León (2010) defineixen l'afrontament com ho fan Lazarus i Folkman (1986), com "Aquells esforços cognitius i conductuals constantment canviants que es desenvolupen per manejar les demandes específiques, externes i/o internes, que són avaluades com a excedents o desbordants dels recursos de l'individu" (p.245); i Jorques (2015) descriu el terme tal com ho defineix Lipowski (1970) com a "Tota activitat cognitiva i motora que utilitza una persona malalta per a preservar la seva integritat física i psíquica, per a recuperar les funcions deteriorades de manera reversible i per a compensar, dins del que sigui possible, qualsevol deteriorament irreversible" (p.39).

La definició de Lipowski recull els dos tipus d'afrontament proposats per Lazarus i Folkman (1987), que són l'afrontament centrat en el problema (la malaltia) i el dirigit a l'emoció (reduir el malestar personal) (Alonso i Bastos, 2011). El primer tipus té la finalitat de manejar les demandes que suposen una amenaça per la persona i el seu entorn, i la persona ho pot fer modificant les circumstàncies problemàtiques o aportant nous recursos que contrarestin l'efecte advers de les condicions ambientals, i el segon fa referència als esforços per a modificar el malestar i manejar els estats emocionals evocats pels esdeveniments estressants. Aquests objectius es poden aconseguir evitant la situació estressant, reavaluant cognitivament l'esdeveniment que produeix malestar, o atenent als aspectes positius d'un mateix o de l'entorn. Les dues funcions no són excloents, la majoria de persones utilitzen estratègies d'afrontament que compleixen les dues funcions simultàniament (Lazarus i Folkman, 1986 citat per Begoña i León, 2003).

El terme afrontament està compost per estils i estratègies d'afrontament: els primers fan referència a les característiques disposicionals, estables i duradores -trets- que una persona mostra en diferents situacions, i les segones fan referència a les respostes cognitives, conductuals i instrumentals -estat- dissenyades per resoldre problemes específics i poder alleugerir els estressors (Rowland, 1989; Lazarus i Folkman, 1984 citat per Valencia, 2006).

La manera com les persones avaluen i afronten un diagnòstic de càncer pot puntuar-se en cinc dimensions en les quals darrere hi ha un esquema cognitiu relatiu al significat del diagnòstic, a les possibilitats de control sobre la malaltia i a la visió del pronòstic (Ferrero, Toledo, i Barreto, 1995). Ferrero et al. (1995) cita a Moorey i Greer (1989) per explicar-les. Els autors les detallen com: *esperit de lluita*, es percep el diagnòstic com un repte, es té la creença de control i les respostes d'afrontament van dirigides a combatre la malaltia; *evitació/negació*, visió del diagnòstic positiva i com una amenaça mínima i absència d'avaluacions relatives al control de la malaltia; *indefensió/desesperança*, percepció de la malaltia com una pèrdua irreparable, visió del diagnòstic negativa, baixa percepció de control i absència de respostes d'afrontament; *preocupació ansiosa*, visió de la malaltia com una amenaça, incertesa respecte al pronòstic i el control o *fatalisme*, percepció del diagnòstic com una amenaça menor, acceptació de qualsevol pronòstic i baixa percepció de control. El tipus d'afrontament determina la morbiditat psicològica dels pacients amb càncer (Rodríguez et al., 2012). Segons els autors de l'afirmació anterior, les persones que afronten la malaltia amb menors nivells d'*esperit de lluita* i amb majors nivells de *desesperança* i *preocupació ansiosa* presenten pitjor adaptació a aquesta, fet que pot comportar una presència major de depressió i ansietat. Aquesta relació també la van trobar anys abans Ferrero et al. (1995), i en aquest cas també van afegir el *fatalisme* en relació a pitjor repercussió psicològica i la negació com a bona resposta d'afrontament a la malaltia, a banda de les altres respostes reportades per Rodríguez et al. (2012). Per tant, la manera d'afrontar el càncer és una de les variables més importants per a determinar el nivell de benestar davant la malaltia (Bárez, 2002).

Una altra de les variables rellevants arran de la repercussió que té en la vivència de la malaltia és el tipus de personalitat. Segons la literatura científica consultada, el fet de tenir una personalitat *resistent* per una banda o de tenir una personalitat de *tipus C* per una altra, té repercussions en l'adaptació a la vivència del càncer. Alguns estudis, com el de Latorre (2008) i Hernández (2009) citat per Barra i Vaccaro (2013), exposen que el fet de tenir una *personalitat resistent* fa disminuir la probabilitat d'experimentar estrès o atenua les conseqüències negatives que pugui provocar aquest estrès. Kobasa (1979) citat a l'estudi de Peñacoba i Moreno (1998) defineix el terme com un fort sentiment de control sobre la vida i de compromís amb metes i objectius. A més, Maddi (2006) citat per Barra i Vaccaro (2013) afirma que les persones amb una personalitat resistent perceben els estímuls estressants com oportunitats de creixement i com un mitjà d'aprenentatge davant de situacions futures, a més d'actuar com un mecanisme de resiliència. D'aquesta manera, la personalitat resistent actua com un efecte mediador

sobre l'estímul estressant i la malaltia. Les persones amb aquesta personalitat tendeixen a tenir percepcions més positives i controlables de l'esdeveniment vital estressant (Hernández, 2009) i, per tant, possiblement tindran un menor malestar psicològic, com podrien ser menys símptomes ansiosos i/o depressius. Les característiques que defineixen la personalitat resistent són, en primer lloc, el *compromís*, definit com la tendència a comprometre's amb totes les activitats que la persona fa en les diferents àrees de la vida, ja sigui a la feina, a la família, a les relacions interpersonals, i a un mateix. Aquesta actitud fa que la persona converteixi totes les activitats que fa en alguna cosa interessant o important per ella. La segona característica és el *control*, que és la tendència a sentir, pensar i actuar com algú important sent responsable del que està succeint, i finalment, el *repte*, el qual fa referència a ser partidari del canvi, entenent aquest canvi com una oportunitat per desenvolupar-se, créixer i ser capaç de viure en la incertesa i aconseguir que això no provoqui un estat permanent d'estrès (Godoy-Izquierdo i Godoy, 2002; Hernández, 2009).

Per altra banda, existeixen estudis com el de Rodríguez (2006) que afirmen que la personalitat "tipus C" també pot influir en la manera de viure el càncer. Segons Temshok (1987) a l'estudi de Rodríguez (2006), les persones amb aquesta personalitat són perfeccionistes, treballadores, sociables, amb mecanismes de defensa rígids, estoïques, amb bona actitud en el tracte amb les altres persones i que no expressen agressivitat perquè tenen les emocions suprimides. Aquestes persones tenen dificultats en expressar les emocions i tendència a presentar sentiments de desesperança o impotència.

Finalment, les variables mèdiques constitueixen l'última variable considerada influent en el malestar psicològic. Aquestes fan referència a l'estadi de la malaltia en el moment del diagnòstic, el tipus de tractament i el pronòstic. La localització del càncer afecta de manera diferent al benestar psicològic i a la qualitat de vida (Barroilhet et al., 2005). Un exemple és l'estudi portat a terme per Fernández (2005) citat per Barroilhet et al. (2005), en què es va trobar que els càncers de mama, els ginecològics i els urològics tenen un impacte major pel que fa a l'aparició de símptomes depressius i ansiosos respecte al càncer gastrointestinal.

Així doncs, davant d'una situació vital estressant com és el fet de patir càncer, existeixen un seguit de variables que influeixen en la percepció i vivència d'aquesta malaltia. Encara que hagi quedat detallat que són moltes les que influeixen, aquest estudi se

centra en el paper que té la variable *suport o recolzament social* en la malaltia del càncer, així com s'incideix en analitzar quina relació existeix entre aquest concepte i l'aparició de *simptomatologia ansiosa i depressiva*. Per tant, a continuació queden detallades aquestes dues variables.

El suport social és un constructe multidimensional que manca d'uniformitat respecte a la seva definició i conceptualització (Terol, 1999). Fernández (2005) utilitza la definició de suport social de Lin et al. (1979, 1981) que van definir el terme com "Les provisions instrumentals o expressives, reals o percebudes, aportades per la comunitat, xarxes socials i amics íntims". Posteriorment, Yanguas i Leturia (2006) van definir-lo de manera més àmplia i completa, com el "Conjunt de relacions socials, entre les quals destaquen les familiars, que proveeixen a la persona afecte, ajuda, imatge positiva i informació, i que és, a la vegada, un mediador important en el procés d'afrontament dels esdeveniments estressants com les pèrdues, les malalties, i els problemes econòmics, entre d'altres" (Yanguas i Leturia, 2006 citat per Aranda i Pando, 2013).

El terme es pot concebre i avaluar des de diferents perspectives. La primera i la més estudiada és la quantitativa o estructural, la qual fa referència al ventall i interconnexió de recursos que possibiliten el suport social, i com a indicador s'utilitza la quantitat de vincles d'una persona, com seria la quantitat d'amics o la participació comunitària. La segona perspectiva és la qualitativa o funcional, que es refereix al sentiment positiu o negatiu que adquireixen les funcions bàsiques de les relacions interpersonals en la persona que el rep (Costa-Requena, Salamero, i Gil, 2007). Segons Terol (1999), el terme *disponibilitat de suport* és sinònim de suport qualitatiu o percebut, i s'entén com l'avaluació del suport que és accessible per al subjecte i amb el que pot comptar en cas de necessitar-lo o tal com ho diu Barra (2004), fa referència a l'apreciació subjectiva de la persona respecte a l'adequació del suport proporcionat per la xarxa social. Aquesta disponibilitat que exposa Terol (1999) inclou tant l'avaluació de la quantitat de suport com de la qualitat d'aquest (Tardy, 1985 citat per Terol, 1999) encara que aquesta disponibilitat estigui més centrada en l'avaluació de la sensació psicològica de recolzament que té la persona, que en el suport real o quantitatiu (Terol, 1999). Terol (1999) cita a Winemiler et al. (1993) per definir el terme "percebut", i l'expliquen com a qualsevol informació subjectiva sobre la provisió o recepció de suport, i aquest pot ser real o disponible. A més, l'autor va afegir que avaluant el suport real no s'exclou que s'estigui avaluant el suport percebut, ja que igualment està afectat per processos cognitius i per la subjectivitat de qui informa. Per tant, tant la quantitat com la qualitat del

recolzament social tenen efectes significatius en el benestar i la salut de les persones (Dolbier i Steinhardt, 2000 citat per Barra, 2004).

Amb l'objectiu d'explicar la influència del suport social sobre la salut, durant la dècada del 1980 es van proposar tres línies d'investigació (Cohen i McKay, 1984; Durá i Garcés, 1991 citat per Costa-Requena, 2014). La primera línia assenyalava l'existència dels efectes directes que tenia el suport social sobre la salut física i mental de les persones. La segona línia postulava que el suport social reduïa l'impacte dels esdeveniments vitals estressants i no influïa directament sobre la salut, sinó a l'ajustament de la persona envers l'esdeveniment. Finalment, la tercera línia d'investigació se centrava a afirmar que els efectes del suport social no influeixen ni sobre la salut ni sobre els estressors, sinó que el suport social modula la relació entre ambdós -salut i estressors-, amortitzant l'impacte que tenen els esdeveniments vitals estressants sobre la persona. La teoria anomenada *Buffering-Stress* és la que explica aquesta tercera línia d'investigació. Aquesta teoria entén el suport social percebut com un esmorteïdor dels esdeveniments vitals estressants relacionats amb la malaltia, que pot reduir els símptomes de malestar emocional o facilitar estratègies adaptatives d'afrontament (Akechi, Okamura, Yamawaki i Uchitomi, 1998; Devine, Parker, Fouladi i Cohen, 2003; Helgeson i McUmbert, 2010; Kornblith et al., 2001 citat a Costa-Requena, 2014). Segons aquesta teoria, l'estrès psicosocial tindrà efectes negatius sobre la salut i el benestar de les persones que no tinguin suport social, mentre que els efectes negatius es reduiran en les persones amb un suport social fort, i el suport social no influirà en aquelles persones que no estiguin sotmeses a estrès (Helgeson, 2003 citat per Costa-Requena, 2014).

Per avaluar el suport social s'ha de tenir en compte una sèrie de variables, com són la procedència del suport social (Corveth i Gottlieb, 1979 citat per Terol, 1999), el tipus de suport, la quantitat de suport (Moos i Michel, 1982 citat per Terol, 1999) i la percepció de suport (Thoits, 1982; Word, 1985 citat per Terol, 1999) la qual fa referència al grau en què la persona percep l'existència de suficients i adequades relacions socials proveïdores de suport social (Terol, 1999). En aquest sentit, Costa-Requena et al. (2007) citen a Tardy (1985) per explicar el model que va proposar l'autor, en què s'avalua el suport social segons 5 dimensions: la *direccionalitat*, la qual fa referència a des d'on s'avalua el suport -es pot rebre o donar- o ser bidireccional (Terol et al., 2004), la *disposició/disponibilitat* de suport davant una situació hipotètica i/o una situació real, la *descripció i avaluació*, que és la dimensió que especifica les accions de suport i la seva adequació en termes de satisfacció, el *contingut* del suport social, on es diferencien les quatre categories de suport social; emocional, instrumental o material, informativa i

valorativa o avaluativa, i finalment, les *xarxes*, dimensió que fa referència a la font d'on prové el suport, com pot ser dels amics, la família, i els veïns, entre d'altres. A més, el terme també es pot valorar seguint el que exposen Martín, Sánchez i Sierra (2003) a l'estudi de Barra (2004). Segons aquests autors, existeixen tres tipus de suport social que alhora compleixen unes funcions: l'*emocional*, la qual està relacionada amb aspectes com el confort, les cures i la intimitat; la *informativa*, que inclou el fet de rebre consell i orientació; i la *instrumental* o *provisió d'ajuda material o tangible*, que implica la disponibilitat d'ajuda directa en forma de serveis o recursos. Nombrosos estudis, com el de Trunzo i Pinto (2003) citat per Barra (2004) afirmen que tots els tipus de suport són importants, però que el suport de tipus emocional s'ha estudiat com el més efectiu en pacients amb càncer i influeix de manera més efectiva sobre la salut mental que el suport social rebut en un moment determinat. En aquest sentit, Benka et al. (2012) també van trobar que és aquest tipus de suport el que actua com a factor protector davant de l'estrès psicosocial en persones amb artritis reumàtica.

Respecte a la diferència en els efectes entre el suport social real envers el percebut, la percepció sobre el suport social ha demostrat ser més important i tenir més impacte sobre la salut i el benestar que el suport social rebut o real (Barrón i Chacón, 2002 citat per Terol, 1999; i Sandín 2003). Altres autors també ho defensen, afirmant que les persones experimenten el sentiment de suport per la interpretació que fan de les conductes de suport i no tant en les conductes en sí mateixes (Sarason et al., 1994 citat per Terol, 1999). En la mateixa línia, Gracia i Musitu (1990) citat a Terol (1999) van afirmar que la literatura científica ha demostrat que la qualitat de les relacions socials i la percepció de suport social que ofereixen és el que explica els seus efectes sobre la salut. A més, Sandín (2003) cita a Lazarus i Folkman (1984) i a Menaghan (1983), ja que els estudis d'aquests autors també defensen la idea de la rellevància del suport social percebut per sobre del real, i concreten el suport emocional (sentir-se estimat, valorat) com el més destacat, per davant del suport social rebut, tal com ho fan Trunzo i Pinto (2003) i Benka et al. (2012) en els seus estudis.

Segons Barra (2004), pel que fa als beneficis, el suport social permet tenir una major estabilitat i reforça l'autoestima, el sentit de control i la capacitat per afrontar més eficaçment el càncer, ajudant a reduir la quantitat de medicaments requerida, accelerant la recuperació i facilitant l'adherència a les prescripcions mèdiques. Per tant, es pot afirmar que aquest constructe té un paper destacat en la vivència de la malaltia, ja que constitueix un recurs personal molt important per tal de pal·liar l'efecte d'aquesta (Gil, 2004). Concretament en el càncer de mama, Matthews i Cook (2009) van trobar que el

suport social en les pacients que el patien estava associat a una millora en el seu benestar i en l'ajustament que tenien a l'estrès que els produïa la malaltia. A més, tot i l'existència d'aquests beneficis i tot i que els estudis mostren que els pacients amb càncer acostumen a percebre un suport social eficient (Kolankiewicz, Souza, Magnago, i De Domenico, 2014) també existeixen factors de risc en relació a aquest concepte. En aquest sentit, un baix suport social, segons afirma Maté et al. (2004), constitueix un factor de risc per a la persona i l'absència d'aquest l'exposa a un major estrès, el qual pot produir efecte en l'activitat fisiològica, de manera directa o mitjançant processos psicològics com ansietat o depressió. Tanmateix, entre els factors de risc psicosocial de patir depressió en els pacients amb càncer es troba l'escàs suport social, pobres habilitats d'afrontament i presència de preocupació ansiosa (Barroilhet et al., 2005). A més, els estudis duts a terme per Bringman et al. (2008), Eom et al. (2012), i Mehert, Lehman, Graefen, Huland, i Koch (2010), assenyalen el baix suport social percebut com un factor de risc predictor de morbiditat psiquiàtrica en pacients amb càncer (Costa-Requena, 2014). Així mateix, la manera d'afrontar un esdeveniment vital estressant que tingui la persona com és la interpretació que faci sobre la situació, el concepte de qualitat de vida que tingui i el recolzament social que percebi que disposa, és a dir, la valoració que faci sobre les xarxes socials que podrien afavorir l'adaptació a l'esdeveniment vital, també influirà en la vivència de la malaltia (Moreno i Ximénez, 1996 citat per Vinaccia et al., 2014).

Referent a la simptomatologia ansiosa i depressiva, existeixen nombrosos estudis que reporten el malestar psicològic que pateixen les persones amb càncer. La prevalença de malestar emocional, així com de trastorns psicopatològics i de símptomes d'ansietat i depressió en pacients amb càncer varia molt depenent de la metodologia que es faci servir per avaluar-lo, i és més freqüent en pacients amb patologies que en la població general (Hernández i Cruzado, 2013). Costa-Requena (2014) va situar la prevalença de malestar emocional en pacients oncològics en un 25%, resultat lleugerament superior a la mitjana de la població general segons l'autora. A més, també s'ha estudiat l'ansietat i la depressió en particular, ja que les alteracions psicopatològiques més freqüents en malalts de càncer tenen a veure, sobretot, amb simptomatologia ansiosa i depressiva (Rodríguez, 2006). Existeixen diverses hipòtesis sobre les causes d'aquesta simptomatologia, ja sigui per l'impacte del diagnòstic, pel dolor que causa la malaltia, per l'angoixa davant la possibilitat de mort propera, o per les alteracions generades pel tractament (Rodríguez et al., 2002). Tanmateix, també poden afectar en aquestes alteracions els factors psicològics preexistents, influint de manera important en la

reacció que tingui la persona davant la malaltia (Zabora et al., 2001 citat per Rodríguez, 2006).

El terme ansietat es pot definir com un estat emocional en el qual la persona se sent tensa, nerviosa, preocupada o atemorida, de forma desagradable, i que cursa amb simptomatologia física i psíquica, i acostuma a aparèixer associada a manifestacions somàtiques (Maté et al., 2004). És un senyal d'alerta que adverteix sobre un perill imminent i permet a la persona adoptar les mesures necessàries per enfrontar-se a una amenaça (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008). Es considera adaptativa si és proporcional a l'amenaça, transitòria, si només dura el temps que l'estímul temut persisteix i si facilita la posada en marxa de recursos per fer-hi front (Maté et al., 2004), i és quan aquesta comença a superar la capacitat adaptativa de les persones que es converteix en patològica i provoca malestar afectant l'àmbit físic, psicològic i conductual de la persona (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008). Referent a la depressió, aquesta és un trastorn freqüent i greu que afecta negativament la forma en què la persona se sent, pensa i actua, produint sentiments de tristesa i/o de pèrdua d'interès en activitats que la persona que la pateix acostumava a gaudir (American Psychiatric Association, 2019). Els símptomes depressius que presenten persones amb càncer són fruit d'una interacció entre factors mèdics com la mateixa malaltia i els pertinents tractaments, els factors psicològics i els socials (Rodríguez, 2006).

L'ansietat és una reacció comuna que presenten la majoria de malalts davant les diferents fases de la malaltia (Rodríguez, 2006). Aquest símptoma es pot produir davant del diagnòstic de la malaltia o dels pertinents tractaments, per l'experiència de sentir-se malalt i amenaçat, per les freqüents proves diagnòstiques, pels efectes secundaris dels tractaments, per les conseqüències tòxico-metabòliques de la malaltia, per l'afectació del rendiment neuropsicològic i emocional, per factors personals i familiars, o pel tipus de suport social que se li brindi a la persona malalta (Meseguer, 2003 citat per Rodríguez, 2006).

S'observa major freqüència de depressió i ansietat en pacients amb càncer de mama en relació a la població general (Costa-Requena, 2014), tal com va resultar en l'estudi dut a terme per Pocino et al. (2007). A més d'estudiar el percentatge de pacients que tenen càncer i presenten simptomatologia ansiosa i/o depressiva des de fa més de 20 anys, a continuació queda detallat que aquest percentatge varia força segons l'estudi.

Aass, Fossa, Dahl, i Moe (1997) van obtenir què el 13% dels pacients amb càncer del seu estudi presentava símptomes clínics d'ansietat, el 9% de depressió, i el 5% tant d'ansietat com de depressió. A més, el 31% dels pacients se'ls va considerar subclínic en relació a l'ansietat i el 20% en relació a la depressió, alhora que el 13% del total van obtenir puntuacions subclíniques per ambdós símptomes. Amb resultats similars, Rodríguez et al. (2002) van concloure que el 15,7% dels participants amb càncer del seu estudi presentaven simptomatologia clínica ansiosa i el 14,6% depressiva, mentre que el 33% dels participants obtenien una puntuació subclínica en ansietat i un 26,2% en depressió. En l'estudi de Lueboonthavatchai del 2007 es va concloure que el 16% de les pacients amb càncer de mama presentaven ansietat considerada clínica, i el 9% depressió. De la mateixa manera però amb simptomatologia subclínica, els resultats van afirmar que el 19% van presentar ansietat i el 16,7% depressió. Cinc anys més tard, Rodríguez et al. (2012) van afirmar que el 32,14% dels pacients amb càncer pulmonar presentava simptomatologia ansiosa, de la qual 11,61 era clínica i el 20,4% era subclínica, mentre que 20,53% de les pacients presentava simptomatologia depressiva, de les quals 4,46% era clínica i el 16,07% subclínica. T. Estapé, J. Estapé, Soria-Pastor, i Díez (2014) van obtenir uns resultats més alarmants, en què el 66,2% de les pacients amb càncer de mama van mostrar símptomes clínics d'ansietat i el 34,5% d'elles en va mostrar de depressió, sense determinar quin percentatge subclínic van trobar en la mostra. Finalment, i sent molt actual, el 16,8% de participants d'un estudi va obtenir una puntuació clínica per ansietat, mentre que el 35% van presentar problemes subclínics. Pel que fa a la depressió, el 10,5% van presentar problemes clínics i el 35% dels van ser considerats subclínics (Polidoro, Santos, i Quarti, 2018).

Referent als estudis duts a terme en relació al suport social, Thompson, Rodebaugh, Pérez, Schootman, i Jeffe (2013) van concloure que la majoria de pacients de càncer de mama del seu estudi van reportar nivells alts de suport social percebut. Dos anys més tard i en la mateixa línia, Coyotl et al. (2015) van reportar resultats similars, en què els pacients amb càncer del seu estudi van obtenir una mitjana de 72,51 respecte als 95 possibles de suport social percebut. El rol que el suport social té en els pacients amb càncer, concretament la relació entre aquest i el malestar psicològic i/o la qualitat de vida, ha estat àmpliament estudiat per una gran diversitat d'autors. Dels estudis duts a terme es poden diferenciar entre els que posen el focus d'atenció en el suport social en general -tant el real o estructural com el percebut o funcional-, els que el posen únicament en el real i els que el posen només en el percebut.

Referent al suport social real i percebut, Hann et al. (2002) van descriure en el seu estudi amb pacients amb càncer que un major nombre de familiars i amics s'associa significativament amb nivells menors de depressió severa -en el cas de les dones- i una major adequació percebuda del suport social de familiars i amics i una satisfacció significativa i major amb el funcionament familiar correlaciona negativament amb símptomes depressius.

Pel que fa a la relació entre el suport social real i el malestar psicològic, Parker, Baile, De Moor, i Cohen (2003) van concloure en un estudi amb pacients amb diferents tipus de càncer que els que tenien més edat i un suport social més adequat reporten nivells menors d'ansietat, i els que tenen més edat, estan casats o tenen més suport social obtenen puntuacions més baixes de simptomatologia depressiva. D'aquesta manera, tot i no especificar les conseqüències, Hipkins, Whitworth, Tarrier, i Jayson (2004) van afirmar que un suport social percebut pobre i els pensaments intrusius són els principals determinants de morbiditat psicològica en pacients amb càncer d'ovari. Uns anys més tard, Rizalar, Ozbas, Akyolcu, i Gungor (2014) van concloure que l'ajustament de les pacients amb càncer de mama era influenciat per l'autoestima, el suport social, l'estrès social, el suport psicològic, els problemes emocionals, l'estadi de la malaltia, el tipus d'operació, els símptomes, la condició física, les percepcions de la malaltia, les estratègies d'afrontament i les relacions amb els professionals sanitaris, a més d'afirmar que el suport social, en especial el brindat per la família, facilitava la recuperació del pacient, millorava l'adherència al tractament i la qualitat de vida i perllongava l'esperança de vida. Per tot això, els autors van afirmar que existeix una correlació positiva entre el suport social i l'ajustament psicosocial a la malaltia, de manera que com més suport social, més ajustament al càncer.

Centrant l'interès en la part subjectiva del suport social, Marrero i Carballeira (2010) van estudiar el suport social percebut i la seva relació amb el malestar psicològic en població general, i van concloure que la quantitat de fonts de recolzament social no estava relacionada amb els indicadors de benestar, però la percepció que tenia la persona sobre el suport sí que ho estava, concloent que l'optimisme, de manera conjunta amb un alt suport social, permetia incrementar diversos indicadors de benestar, com la satisfacció en l'oci, la satisfacció vital i les emocions positives, alhora que disminuïa les emocions negatives, la depressió i la sensibilitat interpersonal. En aquest sentit, Ng et al. (2015) van trobar una correlació positiva entre la qualitat de vida i el suport social percebut i una relació inversa entre l'ansietat i la depressió i el suport social percebut en pacients amb càncer de mama. A més, en el seu estudi es va observar que un baix nivell

de percepció de suport social està associat amb nivells més alts d'ideació suïcida. Els autors van concloure, doncs, que el suport social constituïa un factor protector pel benestar emocional i físic dels pacients amb càncer, atribuint el suport social percebut com a factor important per una millor qualitat de vida i un menor nivell de malestar psicològic. En un altre estudi, dut a terme dos anys més tard, es va concloure que, per una banda, les persones amb càncer percebien més suport social que la població general, i per altra banda, que aquestes persones tenien més símptomes de depressió i nivells més baixos de qualitat de vida respecte a la població general. A més, es va trobar que les persones d'ambdós grups tenien més símptomes depressius i menys qualitat de vida associada a una menor percepció de suport social, donant a conèixer que els pacients amb càncer són més propensos a tenir símptomes depressius i una menor qualitat de vida quan perceben que el suport social disminueix (Yoo et al., 2017). Hu, Xiao, Peng, Kuang, i He (2018) en el seu estudi amb pacients amb càncer de pulmó van trobar que els símptomes depressius i ansiosos es relacionaven negativament amb el suport subjectiu, però no amb el suport social objectiu. Això implica que el suport social subjectiu o percebut té efectes més importants en l'ansietat i la depressió, en comparació amb el suport objectiu. Més concretament, Chérrez, Betancourt, Mantilla, i Muñoz (2018) van trobar una relació inversa entre el suport social percebut i l'aparició de simptomatologia depressiva en persones amb càncer. A més d'aquesta correlació, els autors van concloure que els tipus de suport més percebuts van ser l'afectiu, seguit de l'instrumental, que la depressió va ser lleu en el 24% dels casos, moderada en el 14% i greu en un 4,7% de la mostra, i que la gran majoria dels pacients -un 97,2%- van trobar que tenien un suport social adequat.

Atesa l'existència d'una alta prevalença de simptomatologia ansiosa i/o depressiva en pacients amb càncer i la rellevància que presenta el suport social en aquests pacients, aquest estudi pretén conèixer la relació entre el malestar psicològic, concretament l'ansietat i la depressió, i el suport social percebut o subjectiu, amb la finalitat d'analitzar si existeix una correlació negativa entre ambdues variables. El fet que es confirmi la hipòtesi pot significar que es promogui l'ajuda que se'ls hi proporcioni als malalts per tal que tinguin una millor qualitat de vida, en relació als dos símptomes esmentats.

HIPÒTESIS

1. El suport social percebut influeix de manera inversa a l'aparició de simptomatologia ansiosa i/o depressiva en pacients amb càncer de mama.
2. Gran part de les participants presentaran simptomatologia ansiosa i depressiva.
3. Els símptomes ansiosos predominaran per sobre dels símptomes depressius.
4. Les participants obtindran puntuacions per sobre de la mitjana considerada en l'instrument que avaluarà el suport social percebut.
5. El tipus de suport social més percebut serà l'afectiu seguit de l'instrumental.
6. Les variables que tindran relació significativa amb els símptomes ansiosos i depressius seran l'estat civil i l'edat.
7. Les variables que tindran relació significativa amb el suport social percebut seran l'edat, l'estat civil i els fills.

OBJECTIUS

1. Analitzar la relació entre el suport social percebut i l'aparició de simptomatologia ansiosa i depressiva en pacients amb càncer de mama.
2. Descriure la quantitat de pacients de la mostra que presenten simptomatologia ansiosa i depressiva.
3. Determinar quina de les dues variables -depressió o ansietat- preval per sobre de l'altra en les pacients de la mostra.
4. Descriure la puntuació de suport social percebut que tenen les pacients de la mostra.
5. Observar la diferència de percepció de suport social segons els subtipus en les pacients de la mostra.
6. Analitzar quines variables estan relacionades amb l'ansietat i la depressió.
7. Analitzar quines variables estan relacionades amb el suport social percebut.

METODOLOGIA

Disseny

Es tracta d'un estudi descriptiu, retrospectiu, correlacional, i de tipus transversal, amb una mostra no probabilística a propòsit.

Participants

La mostra del present estudi ha estat formada per 30 dones que tenen càncer de mama. Com a criteris d'inclusió s'han considerat les participants de sexe femení, amb una edat compresa entre els 18 i els 70 anys, amb diagnòstic de càncer de mama, que han rebut quimioteràpia, radioteràpia o altres tractaments, i que han acceptat participar en l'estudi de manera voluntària. Com a criteris d'exclusió es troben les dones amb càncer de mama avançat, o amb discapacitat intel·lectual que impossibiliti entendre l'objectiu i les instruccions de l'estudi.

Instruments

Els instruments utilitzats per a dur a terme aquest estudi són l'Escala Hospitalària d'Ansietat i Depressió (HADs), per avaluar els símptomes d'ansietat i depressió que puguin tenir les pacients i el qüestionari Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS), per avaluar el suport social percebut. A més, també s'ha utilitzat un qüestionari de dades sociodemogràfiques amb l'objectiu de saber les característiques de la mostra.

L'escala d'Ansietat i Depressió Hospitalària (HADs) va ser dissenyada per Zigmond i Snaith (1983), traduïda i adaptada al castellà per Snaith en col·laboració amb Bulbena A. i Berrios G, i validada per Tejero i col·laboradors (1986) (Fernández et al., 2004). És l'instrument d'autoavaluació més utilitzat per detectar malestar emocional (ansietat i depressió) en població amb malaltia física (Terol, Cabrera i Martín, 2015), ja que no conté reactius de símptomes somàtics (insomni, cansament, pèrdua de gana, entre d'altres) que es puguin atribuir a la malaltia, fet que es diferencia d'altres mesures d'autoavaluació (Robles, M. Morales, Jiménez i J. Morales, 2009). L'instrument consta de dues subescales de 7 ítems cadascuna; una per ansietat i una altra per depressió, aquesta segona centrada en el concepte d'anhedònia com a símptoma principal. L'escala és de tipus Likert amb quatre opcions de resposta, que van de 0 a 3 (Galindo, Meneses, Gómez, Caballero, i Aguilar, 2015) i té una puntuació màxima de 21 punts per

la subescala d'ansietat i de 21 per a la de depressió (Love, Kissane, Bloch, i Clarke, 2002). No existeix consens per determinar quins punts de tall es fan servir per persones amb càncer, però els autors de l'escala recomanen els punts de tall originals, els quals són <7 punts per a les persones que no presenten simptomatologia ansiosa o depressiva, de 8 a 10 punts per a possibles casos de simptomatologia ansiosa i/o depressiva (subclínic) i \geq a 11 punts per a casos probables d'ansietat i/o depressió (Terol et al., 2015). A banda de la recomanació dels autors de l'escala, la literatura consultada també parteix d'aquests punts de tall (Aass et al., 1997; Estapé et al., 2014; Lueboonthavatchai, 2007; Polidoro et al., 2018; i Rodríguez et al., 2002).

El qüestionari de suport social Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) va ser dissenyat per un grup de professionals de la medicina dirigit per Sherbourne i Stewart (1991) i se centra en analitzar la percepció d'ajuda, justificant que si una persona no en rep durant un llarg període de temps, no necessàriament voldrà dir que no disposi d'aquesta (Rodríguez, 2010). És un instrument breu, de comprensió fàcil i autoadministrat que consta de 20 ítems i que avalua la freqüència en què està disponible pel pacient cada tipus de suport, en una escala Likert de 5 punts en què 1 correspon a mai, 2 a quasi mai, 3 a vegades, 4 a quasi sempre i 5 a sempre (Costa-Requena et al., 2015). El primer dels 20 ítems valora el suport estructural o quantitatiu i els dinou restants el suport funcional o qualitatiu (Lucas, Pérez, Fonseca, i Ortuño, 2014) permetent valorar aspectes quantitatius, com és el cas de la mida de la xarxa social, com aspectes qualitatius -les dimensions- del suport social. Es considera un instrument fiable i vàlid per avaluar la disponibilitat del suport social percebut (Costa-Requena et al., 2007) i permet tenir una visió multidimensional del suport social, a més de permetre descobrir situacions de risc social per a poder intervenir amb les persones i els seus entorns socials (Suarez, 2011). Com a punts de tall s'ha utilitzat 24 punts per a la subescala de tipus emocional, 12 per a la instrumental, 12 per a la interacció social positiva i 9 per a l'afectiva, i el rang de puntuació va de 19 a 95 punts, amb un valor mitjà de 57 punts (Suarez, 2011). A major puntuació obtinguda, major percepció de suport social (Costa-Requena et al., 2015).

Procediment

Les dades d'aquest estudi s'han obtingut a través de la base de dades de l'Hospital Duran i Reynals - Institut Català d'Oncologia (ICO). Per dur-ho a terme, es va presentar l'estudi al Comitè d'Ètica de l'hospital i, amb l'objectiu de seguir els criteris ètics i confidencials, es va informar a les participants sobre l'objectiu de l'estudi, la

confidencialitat de les dades personals i mèdiques i el possible abandonament de l'estudi en qualsevol moment. A més, les participants han signat el consentiment informat, en el qual també es detalla a qui es poden adreçar si tenen algun dubte.

Les dades sociodemogràfiques i dels qüestionaris es van recopilar l'abril de 2019 a l'hospital Duran i Reynals - ICO.

Anàlisi estadística

Les dades recollides dels dos instruments i del qüestionari de dades sociodemogràfiques s'han analitzat mitjançant el programa IBM SPSS Statistics per Mac, versió 25 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA). S'han realitzat anàlisis descriptius i de freqüències per conèixer les característiques de la mostra, i altres proves estadístiques per comprovar les hipòtesis, com proves de Kolmogorov-Smirnov per comprovar el supòsit de normalitat de les principals variables de l'estudi, coeficients de correlació de Pearson, contrastos d'anàlisi de la variància (ANOVA), t-student i regressions lineals múltiples amb mètode *backward*.

Per dur-ho a terme, es van seleccionar 30 dones de la base de dades de l'ICO que presentaven càncer de mama. A continuació, de les dades sociodemogràfiques que hi havien entrades a la base de dades, es van seleccionar les que es va considerar pertinents per a l'estudi, quedant excloses les dades de caràcter específicament mèdic que no es trobessin rellevants en relació als objectius de l'estudi. D'aquesta manera, es va considerar fer l'anàlisi estadística tenint en compte l'edat, el nivell d'estudis, l'estat civil, la situació laboral, els fills, la medicació psicofarmacològica, el tipus de tractament oncològic rebut i l'atenció psicològica o psiquiàtrica rebuda abans de la malaltia.

El nivell de significació utilitzat per a la interpretació dels resultats és $\alpha = 0,05$ o $\alpha = 0,10$.

RESULTATS

L'estudi va comptar amb la participació de 30 persones de sexe femení amb una mitjana d'edat de 47,5 (DE \pm 7,2) i la mostra es trobava entre els 36 i els 62 anys. Les dades sociodemogràfiques de la mostra de participants es poden observar a la Taula 2.

Taula 2. Dades sociodemogràfiques.

		N	%
N		30	100
Nivell d'estudis	Sense estudis	1	3,3
	Primaris	6	20
	Secundaris	12	40
	Universitaris	11	36,7
Estat civil	Casada o parella estable	26	86,7
	Separada	4	13,3
Fills	Sí	25	75
	No	5	15
Situació laboral	Activa	3	10
	Pensionista	3	10
	Baixa laboral	18	60
	Prestació (atur o altres)	5	16,6
	Altres	1	3,3
Medicació psicofarmacològica	Sí	11	33
	No	19	57
Tractaments oncològics	Quimioteràpia	21	70
	Hormonoteràpia	25	83,3
	Radioteràpia	25	83,3
Atenció psicològica o psiquiàtrica	Sí	16	53,3
	No	14	46,7

El 40% de les participants de la mostra (12) tenien estudis secundaris, el 36,7% (11) universitaris, el 20% (6) de primaris, i el 3,3% (1) no tenia estudis. Referent a l'estat civil, el 86,7% de la mostra, corresponent a 26 persones, estaven casades o en una relació estable i el 13,3% (4) estaven separades.

Pel que fa al nombre de fills, el 60% de les participants tenien un fill (12), el 30% (9) en tenien 2, el 16,7% (5) no en tenien cap, i 4 persones (13,3%) en tenien 3 o més.

Referent a la situació laboral, el 60% de les participants (18) es trobava de baixa laboral, el 16,6% (5) en situació de prestació, el 10% (3) treballaven, el 10% eren pensionistes, i el 3,3% (1) no especificava la seva situació laboral.

En quant a la medicació psicofarmacològica, el 63,3% que correspon a 19 persones no en prenen, i el 33% (11) sí que en prenen, del qual el 13,3% (4) prenen medicació no especificada, el 10% (3) hipnòtics, el 6,7% (2) ansiolítics, i un altre 6,7% 2 ansiolítics i antidepressius (2).

Respecte als tractaments oncològics realitzats, el 83,3% ha rebut radioteràpia i hormonoteràpia (25 persones), el 70% (21) han rebut quimioteràpia, i el 53,3% corresponent a 16 persones han rebut atenció psicològica o psiquiàtrica abans de tenir càncer.

A continuació (Taules 3 i 4) queda detallada la prova de Kolmogorov-Smirnov que s'ha realitzat amb l'objectiu de comprovar el supòsit de normalitat de les principals variables de l'estudi, que són la simptomatologia ansiosa i depressiva i el suport social percebut. La prova conclou que es pot assumir normalitat en les variables.

Taula 3. Resum de la prova d'hipòtesis per comprovar la normalitat de la variable HADs.

	Hipòtesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de HADS Total es normal con la media 18 y la desviación estándar 2,857.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	,200 ^{1,2}	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de ,05.

¹Lilliefors corregida

²Se trata de un límite inferior de la significancia real.

Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale.

Taula 4. Resum de la prova d'hipòtesis per comprovar la normalitat de la variable MOS-SSS.

	Hipòtesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de MOS_total es normal con la media 69 y la desviación estándar 15,851.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	,051 ¹	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de ,05.

¹Lilliefors corregida

Nota: MOS-SSS correspon a Medical Outcomes Study Social Support Survey.

Les dades referents a la puntuació obtinguda a l'Hospital Anxiety and Depression scale queden detallades a la Taula 5.

Taula 5. Resultats de la puntuació del HADs total.

N	30	
\bar{x} (σ)	18,3 (2,9)	
Rang de puntuació	[13-25]	
Percentils	25	16
	50	18
	75	20

Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale.

A continuació (Taula 6) es poden observar els resultats de la subescala d'ansietat i de la subescala de depressió del HADs, respectivament.

Taula 6. Resultats subescales d'ansietat i depressió del HADs.

N	30	
Ansietat		
\bar{x} (σ)	9,7 (2,2)	
Rang de puntuació	[5-15]	
Depressió		
\bar{x} (σ)	8,6 (3,8)	
Rang de puntuació	[2-17]	

Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale.

Seguint els punts de tall dels autors originals de l'Hospital Anxiety and Depression scale (Zigmond i Snaith, 1983), en què 0-7 punts es considera no simptomatologia, 8-11 punts probable simptomatologia i més d'11 punts es defineixen com a cas clínic, s'han trobat els següents resultats (Taula 7), en què el 56,6% de les participants presenten ansietat i el 23,3% depressió considerada clínic, i el 33,3% ansietat considerada com a cas subclínic i el 46,6% depressió.

Taula 7. Prevalença clínic i subclínic de símptomes ansiosos i depressius en la mostra estudiada segons el HADs.

	HADs N (%)	
	Casos clínics	Casos subclínics
Ansietat	17 (56,6)	10 (33,3)
Depressió	7 (23,3)	14 (46,6)

Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale.

A la Taula 8 es mostra la puntuació total del qüestionari Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS), i a la Taula 9 queda detallada la puntuació per categories de suport social contemplades en aquest instrument.

Taula 8. Resultats de la puntuació total del MOS-SSS.

N	30	
\bar{x} (σ)	68,7 (15,9)	
Rang de puntuació	[44-95]	
Percentils	25	57
	50	64,5
	75	87

Nota: MOS-SSS correspon a Medical Outcomes Study Social Support Survey.

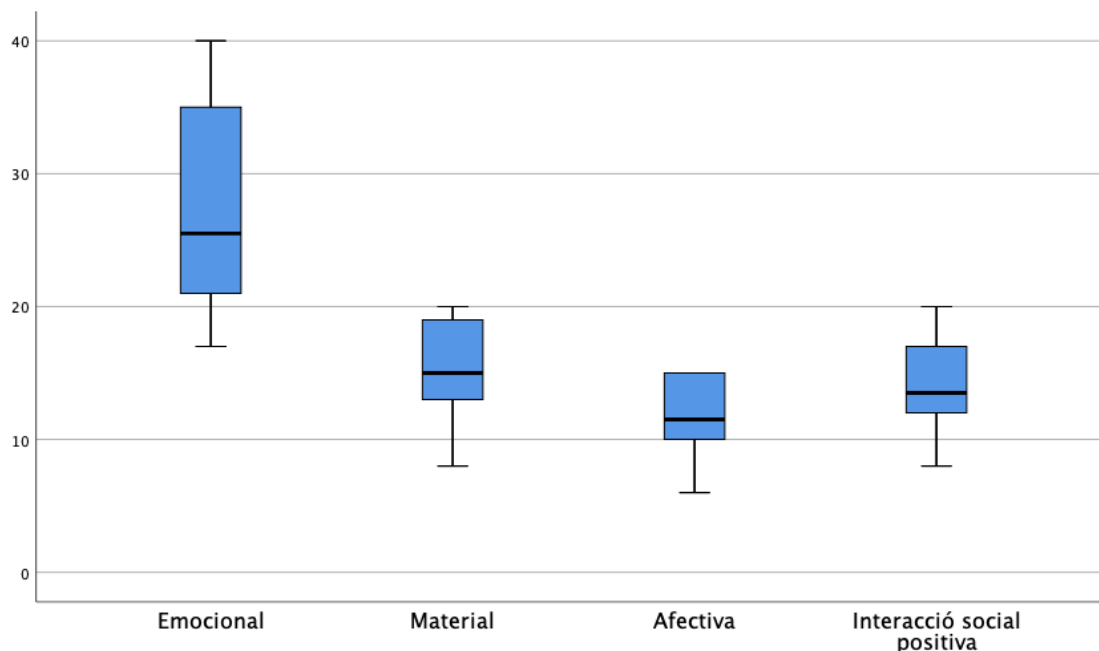
Taula 9. Resultats del MOS-SSS diferenciats per subtipus de suport social.

Subescales	Emocional	Afectiu	Material o instrumental	Interacció social positiva
\bar{x} (σ)	27,5 (7,4)	11,7 (2,6)	15,2 (3,9)	14,4 (3,6)
Rang puntuació	[17-40]	[6-15]	[8-20]	[8-20]
Percentils	25	21	10	12,8
	50	25,5	11,5	15
	75	35	15	19

Nota: MOS-SSS correspon a Medical Outcomes Study Social Support Survey.

A continuació es troba un gràfic on es pot observar com es distribueixen les puntuacions dels tipus de suport social.

Gràfic 1. Resultats dels tipus de suport social percebut contemplats en el MOS-SSS.



Nota: MOS-SSS correspon a Medical Outcomes Study Social Support Survey.

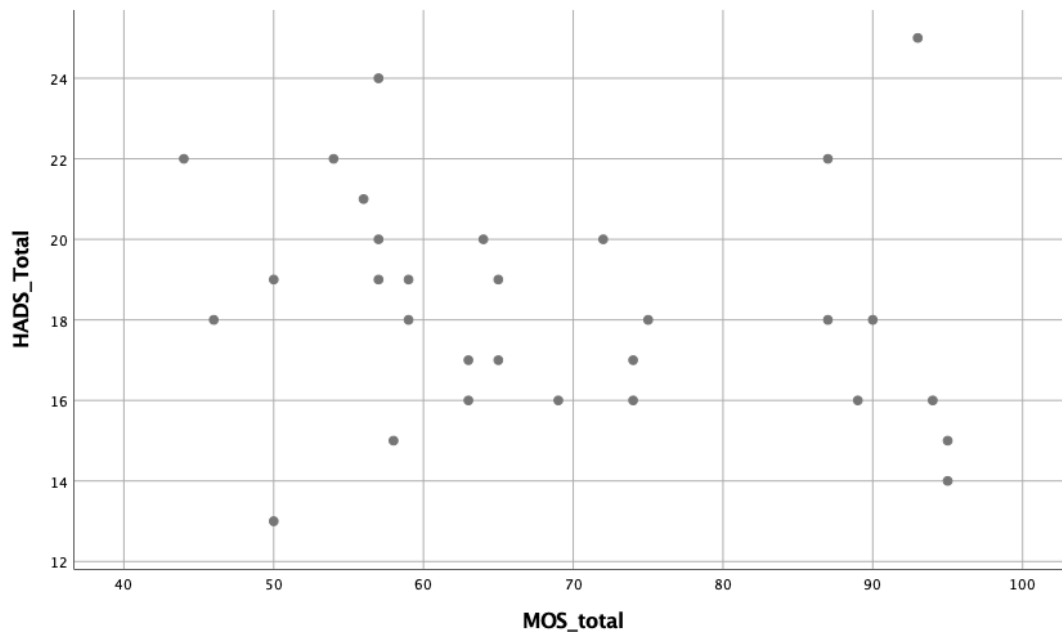
A continuació (Taula 10) queden detallats els resultats del contrast d'hipòtesis dut a terme entre l'instrument Hospital Anxiety and Depression scale i el Medical Outcomes Study Social Support Survey, on no s'observa correlació significativa entre ambdós instruments ($p=0,338$). Al Gràfic 2 es pot observar aquesta incorrelació.

Taula 10. Resultats del contrast d'hipòtesis entre el HADs i el MOS-SSS.

		MOS_total
HADS_Total	Correlació de Pearson	-,181
	Sig. (bilateral)	,338
	N	30

Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale i MOS-SSS a Medical Outcomes Study Social Support Survey.

Gràfic 2. Resultats entre la puntuació del HADs total i del MOS-SSS total.



Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale i MOS-SSS a Medical Outcomes Study Social Support Survey.

A la Taula 11 es pot observar el contrast d'hipòtesis entre la subescala de depressió i la d'ansietat de l'Hospital Anxiety and Depression scale i el qüestionari Medical Outcomes Study Social Support Survey. No s'observa cap relació significativa entre ambdues variables ($p=0,206$ i $p=0,347$).

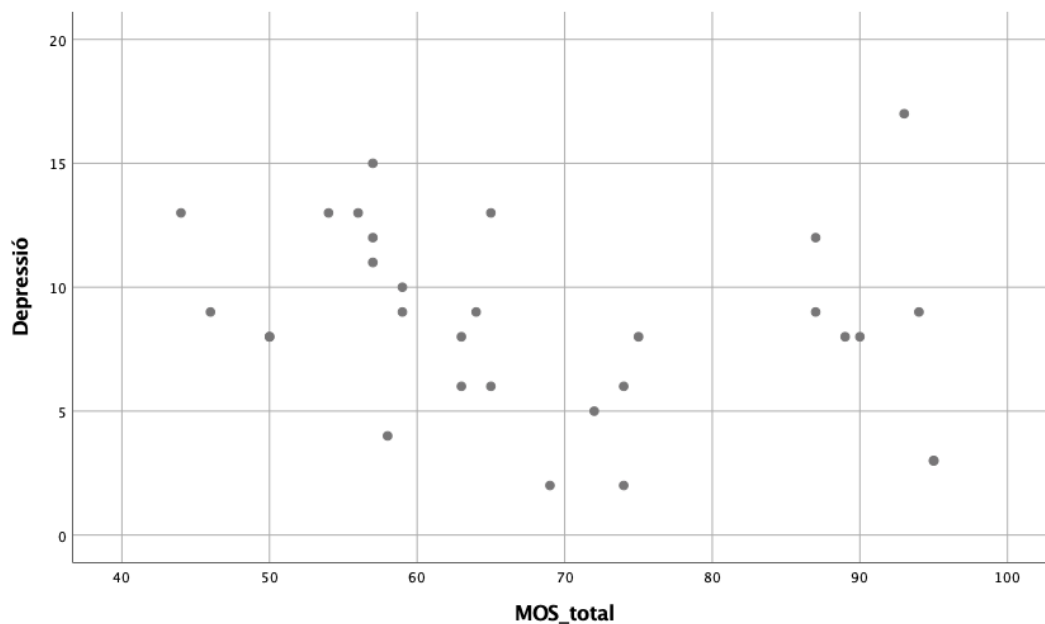
Taula 11. Resultats del contrast d'hipòtesis entre les subescales del HADs i el MOS-SSS total.

N		30
		MOS_total
Depressió	Correlació de Pearson	-,238
	Sig. (bilateral)	,206
Ansietat	Correlació de Pearson	,178
	Sig. (bilateral)	,347

Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale i MOS-SSS a Medical Outcomes Study Social Support Survey.

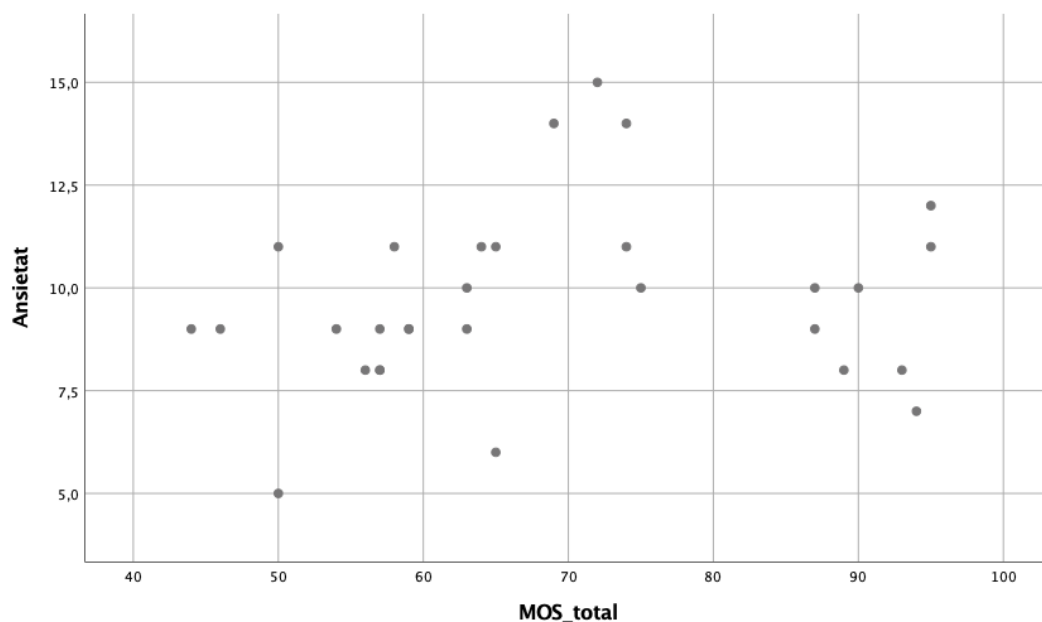
Al gràfic següent (Gràfic 3) es pot observar la incorrelació entre la depressió i la puntuació total del qüestionari de suport social, i al Gràfic 4 entre l'ansietat i la puntuació total del qüestionari de suport social.

Gràfic 3. Resultats entre la subescala de depressió del HADs i la puntuació total del MOS-SSS.



Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale i MOS-SSS a Medical Outcomes Study Social Support Survey.

Gràfic 4. Resultats entre la subescala d'ansietat del HADs i la puntuació total del MOS-SSS.



Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale i MOS-SSS a Medical Outcomes Study Social Support Survey.

A la Taula 12 s'observa el contrast d'hipòtesis entre l'Hospital Anxiety and Depression scale i cada escala de suport social contemplada en l'instrument Medical Outcomes Study Social Support Survey, en què es descriu que cap tipus de suport social té relació significativa amb la simptomatologia ansiosa i depressiva.

Taula 12. Resultats del contrast d'hipòtesis entre el HADs i les subescales del MOS-SSS.

		HADS_Total
N		30
Emocional	Correlació de Pearson	-,269
	Sig. (bilateral)	,151
Instrumental o material	Correlació de Pearson	-,042
	Sig. (bilateral)	,826
Afectiva	Correlació de Pearson	-,083
	Sig. (bilateral)	,664
Interacció social positiva	Correlació de Pearson	-,143
	Sig. (bilateral)	,451

Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale i MOS-SSS a Medical Outcomes Study Social Support Survey.

A continuació (Taules 13-25) s'exposen els resultats del contrast d'hipòtesis de cada variable independent amb l'Hospital Anxiety and Depression scale.

A la Taula 13 es pot observar que existeixen diferències significatives en la simptomatologia ansiosa i depressiva en relació a l'estat civil ($p \leq 0,10$).

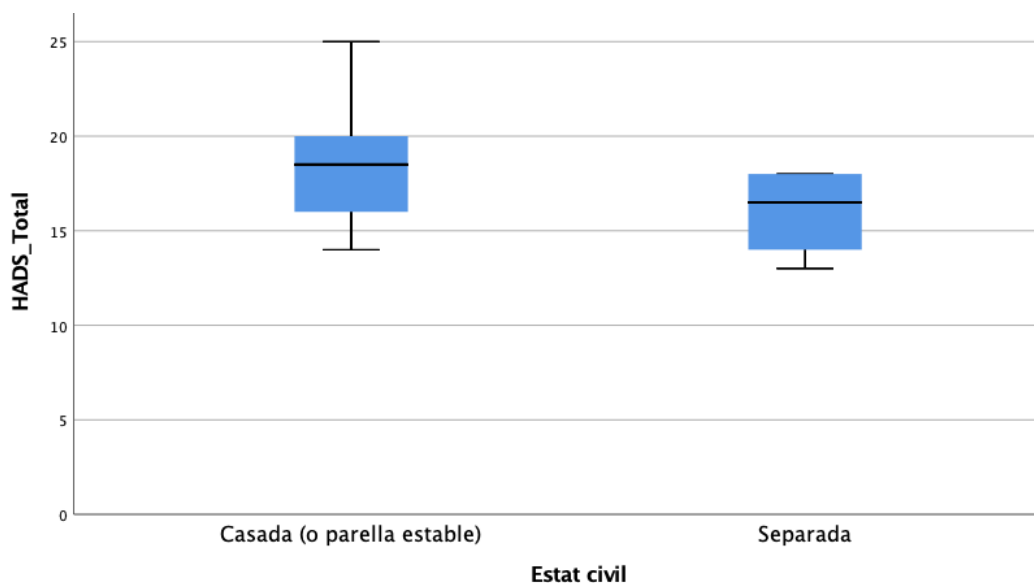
Taula 13. Resultats del contrast d'hipòtesis entre l'estat civil i el HADs total.

		Prova de Levene d'igualtat de variàncies		Prova t per a la igualtat de mitjanes		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
HADs total	S'assumeixen variàncies iguals	,078	,782	1,824	28	,079
	No s'assumeixen variàncies iguals			2,008	4,289	,110

Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale.

Al Gràfic 5 s'observa la distribució de puntuacions del HADs depenent dels dos tipus d'estat civil de les participants de l'estudi.

Gràfic 5. Resultats del HADs total segons l'estat civil de les participants.



Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale.

A les taules 14 i 15 es pot observar que no hi ha relació significativa entre l'ansietat i l'estat civil ($p=0,251$), i la depressió i l'estat civil ($p=0,535$).

Taula 14. Resultats del contrast d'hipòtesis entre l'estat civil i la subescala d'ansietat del HADs.

		Prova de Levene d'igualtat de variàncies		Prova t per a la igualtat de mitjanes		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
Ansietat	S'assumeixen variàncies iguals	,017	,897	1,171	28	,251
	No s'assumeixen variàncies iguals			1,043	3,713	,360

Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale

Taula 15. Resultats del contrast d'hipòtesis entre l'estat civil i la subescala de depressió del HADs.

		Prova de Levene d'igualtat de variàncies		Prova t per a la igualtat de mitjanes		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
Depressió	S'assumeixen variàncies iguals	1,404	,246	,628	28	,535
	No s'assumeixen variàncies iguals			,916	6,070	,395

Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale

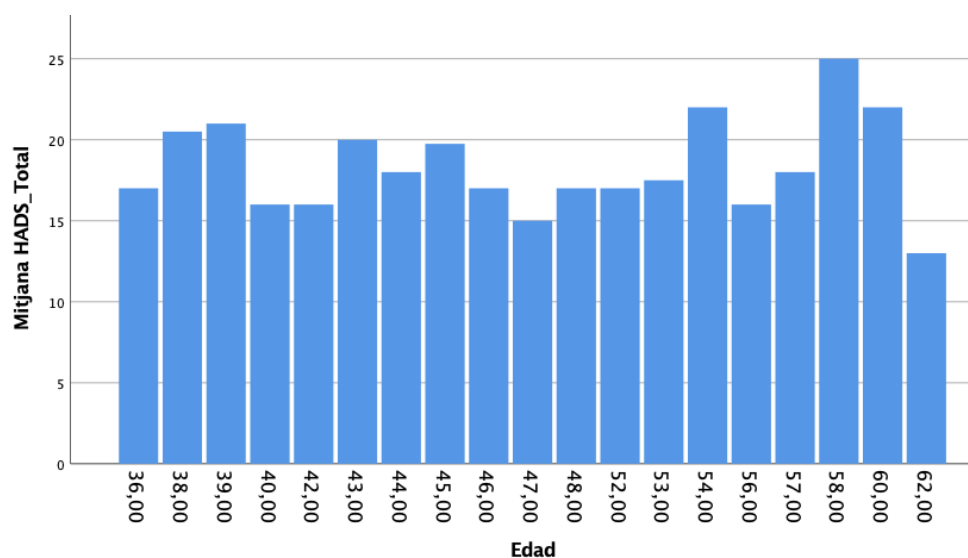
A continuació (Taula 16) s'exposen els resultats obtinguts entre l'edat de les participants i l'instrument Hospital Anxiety and Depression scale, on s'observa que no existeix relació significativa entre ambdues variables ($p=0,974$). Es mostra aquesta incorrelació al Gràfic 6.

Taula 16. Resultats del contrast d'hipòtesis entre l'edat i el HADs total.

		HADS_Total
Edat	Correlació de Pearson	-,006
	Sig. (bilateral)	,974
	N	30

Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale

Gràfic 6. Resultats de la mitjana del HADs segons l'edat de les participants.



Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale

A continuació (Taula 17) es mostren els resultats de la mitjana de l'Hospital Anxiety and Depression scale obtinguda en relació al nivell d'estudis de les participants, i a la Taula 18 s'observa el contrast d'hipòtesis, on es pot observar que no existeix relació entre el nivell d'estudis i la simptomatologia ansiosa i depressiva ($p=0,490$).

S'ha considerat agrupar la variable "sense estudis" amb la variable "estudis primaris" de manera que augmenti la validesa del contrast, atès que només era una persona que no tenia estudis.

Taula 17. Resultats de la mitjana del HADs total segons el nivell d'estudis.

Estudis	\bar{x}	σ	N
Primaris	19,1	3,2	7
Secundaris	18,6	2,8	12
Universitaris	17,5	2,8	11
Total	18,3	2,9	30

Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale.

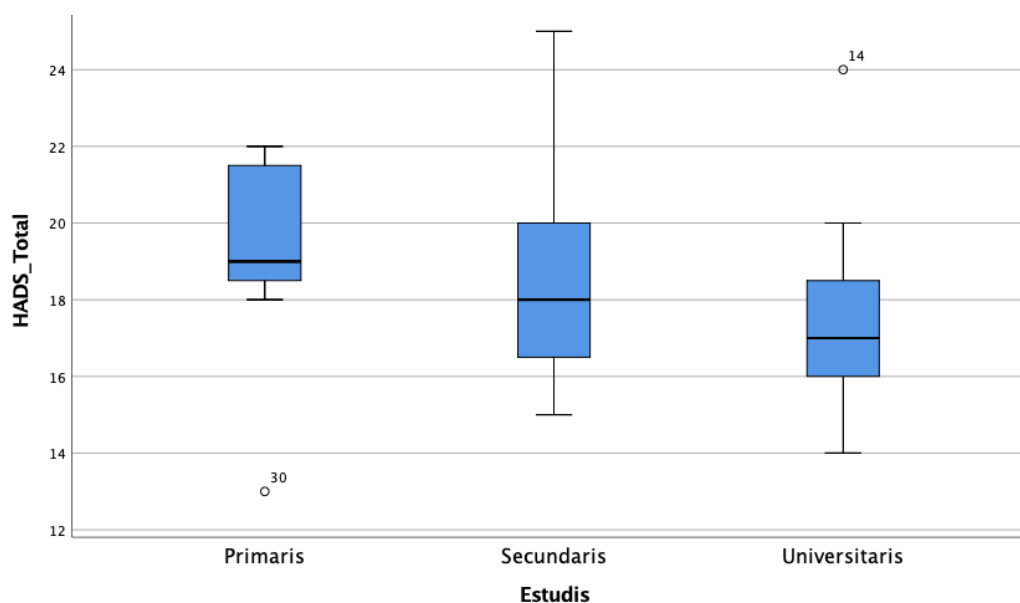
Taula 18. Resultats del contrast d'hipòtesis entre el nivell d'estudis i el HADs.

	Suma de quadrats	gl	Mitjana quadràtica	F	Sig.
Entre grups	12,166	2	6,083	,732	,490
Dins de grups	224,501	27	8,315		
Total	236,667	29			

Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale.

Al Gràfic 7 es pot observar com es distribueix la simptomatologia ansiosa i depressiva en relació al nivell d'estudis. No existeix una relació significativa però la mitjana d'ansietat i depressió va disminuint lleugerament a mesura que augmenten els estudis.

Gràfic 7. Resultats del HADs total segons el 41nivell d'estudis.



Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale.

A la taula següent (Taula 19) es troba la situació laboral de les participants, i a la Taula 20 el contrast d'hipòtesis entre la situació laboral i la simptomatologia ansiosa i depressiva. Com es pot observar, no hi ha relació en els nivells d'ansietat i depressió en relació a la situació laboral ($p=0,609$).

Taula 19. Situació laboral de les participants de l'estudi.

	\bar{x}	σ	N
Activa	19,25	2,8	4
Pensionista	16,33	3,5	3
Prestació (situació d'atur o altres)	18,25	1,5	4
Baixa laboral	18,47	3,1	19
Total	18,33	2,9	30

Taula 20. Resultats del contrast d'hipòtesis entre la situació laboral i el HADs total.

	Suma de quadrats	gl	Mijana quadràtica	F	Sig.
Entre grups	15,763	3	5,254	,618	,609
Dins de grups	220,904	26	8,496		
Total	236,667	29			

Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale.

A continuació (Taula 21) es troben els resultats de la relació entre la medicació psicofarmacològica i l'ansietat i la depressió, en què 11 persones prenen medicació i les 19 restants no en prenen. No s'observa relació entre les dues variables ($p=0,386$).

Taula 21. Resultats del contrast d'hipòtesis entre la medicació psicofarmacològica i el HADs.

		Prova de Levene d'igualtat de variàncies		Prova t per a la igualtat de mitjanes		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
HADs Total	S'assumeixen variàncies iguals	,081	,777	-,881	28	,386
	No s'assumeixen variàncies iguals			-,895	22,058	,380

Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale.

A la Taula 22 s'ha considerat agrupar a les participants en relació a si tenen fills o si no en tenen. De les 30 participants, 25 d'elles tenen entre 1 i 4 fills i 5 no en tenen cap. No s'ha trobat relació significativa entre ambdues variables ($p=0,207$).

Taula 22. Resultats del contrast d'hipòtesis entre els fills i el HADs.

		HADS_Total
Fills	Correlació de Pearson	,237
	Sig. (bilateral)	,207
	N	30

Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale.

A la Taula 23 es mostren els resultats de la relació entre la simptomatologia ansiosa i depressiva i el tractament oncològic de quimioteràpia. De les 30 participants, 20 n'han rebut i 10 no. No s'observen diferències significatives en relació a aquest tractament ($p=0,375$).

Taula 23. Resultats del contrast d'hipòtesis entre la quimioteràpia i el HADs.

		Prova de Levene d'igualtat de variàncies		Prova t per a la igualtat de mitjanes		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
HADs	S'assumeixen variàncies iguals	,025	,876	-,901	28	,375
Total	No s'assumeixen variàncies iguals			-,920	19,136	,369

Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale.

A continuació (Taula 24) queden detallats els resultats de la relació entre la simptomatologia ansiosa i depressiva i el tractament de radioteràpia. De les participants de l'estudi, 25 han rebut radioteràpia i 5 no n'han rebut. No existeix relació significativa entre la radioteràpia i la simptomatologia ansiosa i depressiva ($p=0,190$).

Taula 24. Resultats del contrast d'hipòtesis entre la radioteràpia i el HADs.

		Prova de Levene d'igualtat de variàncies		Prova t per a la igualtat de mitjanes		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
HADs	S'assumeixen variàncies iguals	,065	,801	-1,342	28	,190
Total	No s'assumeixen variàncies iguals			-1,332	26,446	,194

Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale.

A la Taula 25 es troba el contrast d'hipòtesis entre l'atenció psicològica o psiquiàtrica rebuda abans del diagnòstic i la simptomatologia ansiosa i depressiva, de manera que de les 30 participants, 16 n'han rebut i 14 no. No existeix relació significativa entre les variables ($p=0,340$).

Taula 25. Resultats del contrast d'hipòtesis entre l'atenció psicològica o psiquiàtrica rebuda abans del diagnòstic i el HADs.

		Prova de Levene d'igualtat de variàncies		Prova t per a la igualtat de mitjanes		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
HADs	S'assumeixen variàncies iguals	,065	,801	-1,342	28	,340
Total	No s'assumeixen variàncies iguals			-1,332	26,446	,228

Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale.

Amb la finalitat d'analitzar les possibles variables que, de manera conjunta, expliquin la simptomatologia ansiosa i depressiva de les participants, s'ha realitzat una regressió lineal múltiple amb mètode *backward*, de manera que s'han anat exclouent les variables que no són explicatives del HADs, fins a quedar les que tenen algun tipus de relació. A la Taula 26 queda detallat el model explicatiu de la simptomatologia ansiosa i depressiva, el qual detalla que el 78,5% de la variabilitat de la simptomatologia ansiosa i depressiva s'explica per les variables predictorres contemplades en el model.

Taula 26. Resultats del model explicatiu de la simptomatologia ansiosa i depressiva.

R	R quadrat	R quadrat ajustat	Error estàndard de l'estimació
,886	,785	,717	1,521

Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale.

A la taula següent (Taula 27) es mostren les variables explicatives, amb un nivell de significació del 0,10.

Taula 27. Resultats de la regressió lineal múltiple amb mètode backward entre el HADs i les variables independents.

	Coeficients no estandaritzats		Coef. estandaritzats	t	Sig.	90% interval de confiança per a B	
	B	Desv Error	Beta			Límit inferior	Límit superior
Constant	24,778	1,754		14,123	,000	21,777	27,780
Casada o parella estable	3,179	1,028	,385	3,094	,005	1,421	4,937
Medicació	-1,766	,707	-,303	-2,498	,020	-2,976	-,556
Quimioteràpia	-1,632	,690	-,274	-2,367	,026	-2,811	-,452
Braquiteràpia	8,587	1,370	,763	6,269	,000	6,243	10,930
MOS_total	-,117	,023	-,649	-5,036	,000	-,157	-,077

Nota: HADs correspon a Hospital Anxiety and Depression scale.

Com es pot observar a la Taula 27, el fet d'estar *casada o amb una parella estable* correlaciona de manera positiva amb la simptomatologia ansiosa i depressiva; la medicació té una relació inversa amb el malestar psicològic, de manera que la simptomatologia augmenta mentre que la medicació disminueix, de la mateixa manera que els símptomes depressius i ansiosos augmenten si no es fa quimioteràpia. A diferència de la quimioteràpia, el tractament de braquiteràpia correlaciona de manera directa amb els símptomes d'ansietat i depressió. Finalment, el suport social percebut té una relació inversa amb la simptomatologia, de manera que per cada punt que augmenta la puntuació del qüestionari de suport social percebut (MOS-SSS), disminueix 0,117 punts el HADs.

A les següents taules (Taules 28, 29 i 30) queda detallat el contrast d'hipòtesis entre les variables independents (estat civil, edat i nombre de fills) i la puntuació obtinguda al Medical Outcomes Study Social Support Survey.

A la Taula 28 es pot observar una relació significativa entre l'estat civil i la puntuació del Medical Outcomes Study Social Support Survey ($p=0,034$).

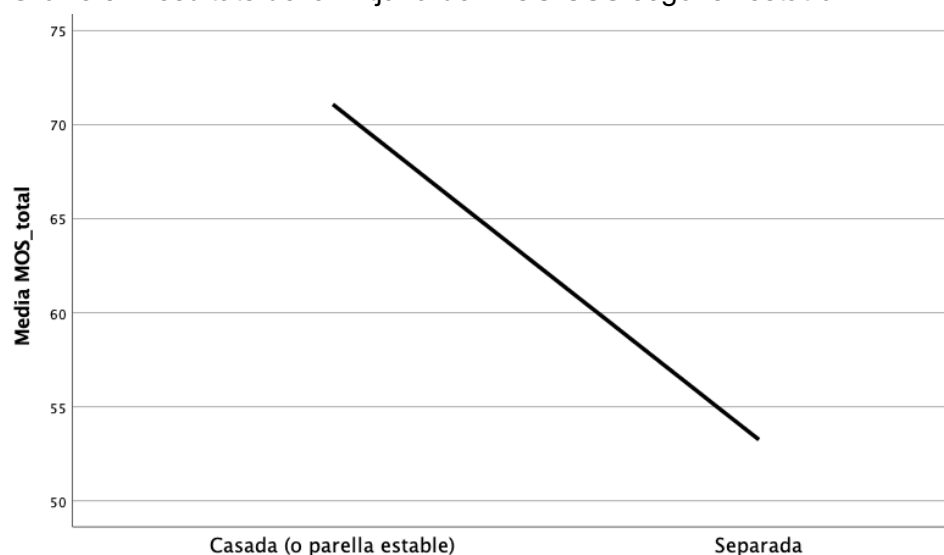
Taula 28. Resultats del contrast d'hipòtesis entre l'estat civil i la puntuació total del MOS-SSS.

		Prova de Levene d'igualtat de variàncies		Prova t per a la igualtat de mitjanes		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
MOS total	S'assumeixen variàncies iguals	4,076	,053	2,233	28	,034
	No s'assumeixen variàncies iguals			4,065	10,234	,002

Nota: MOS-SSS correspon a Medical Outcomes Study Social Support Survey.

A continuació es troba el gràfic de la diferència de mitjana del Medical Outcomes Study Social Support Survey segons l'estat civil de les participants, en què queda plasmat que les participants *casades o amb parella estable* tenen una mitjana de suport social percebut més elevada que les participants que estan separades.

Gràfic 8. Resultats de la mitjana del MOS-SSS segons l'estat civil.



Nota: MOS-SSS correspon a Medical Outcomes Study Social Support Survey.

A la Taula 29 es troba el contrast d'hipòtesis entre l'edat de les participants i el suport social percebut. No s'ha trobat relació significativa entre les variables ($p=0,247$).

Taula 29. Resultats del contrast d'hipòtesis entre l'edat i la puntuació total del MOS-SSS.

		MOS_total
Edat	Correlació de Pearson	,218
	Sig. (bilateral)	,247
	N	30

Nota: MOS-SSS correspon a Medical Outcomes Study Social Support Survey.

A la Taula 30 es pot observar la relació entre els fills i el suport social percebut, en què existeix una relació significativa ($p=0,029$) entre el fet de tenir fills i la simptomatologia ansiosa i depressiva.

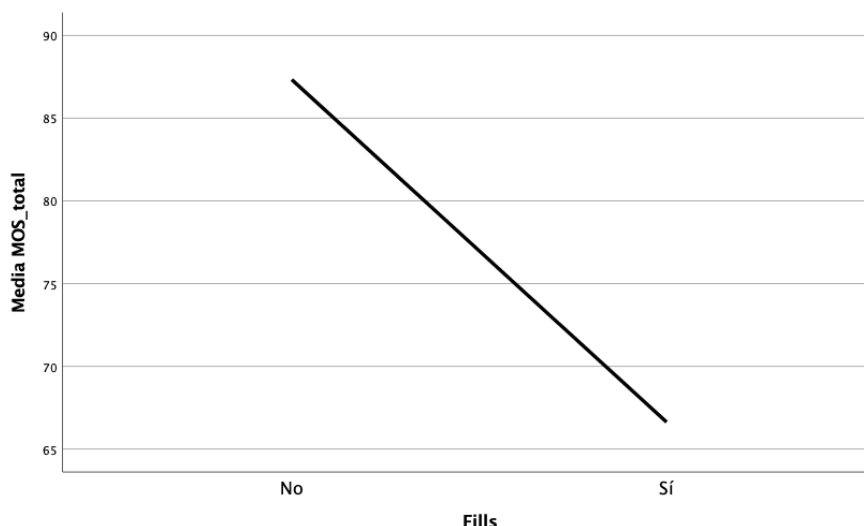
Taula 30. Resultats del contrast d'hipòtesis entre els fills i la puntuació total del MOS-SSS.

		Prova de Levene d'igualtat de variàncies		Prova t per a la igualtat de mitjanes		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
MOS total	S'assumeixen variàncies iguals	,182	,673	-2,299	28	,029
	No s'assumeixen variàncies iguals			-2,529	2,595	,099

Nota: MOS-SSS correspon a Medical Outcomes Study Social Support Survey.

Al gràfic següent (Gràfic 9) s'observa que les participants sense fills tenen una mitjana de suport social percebut més elevada que les dones que tenen fills.

Gràfic 9. Resultats de la mitjana de suport social percebut segons els fills.



Nota: MOS-SSS correspon a Medical Outcomes Study Social Support Survey.

A continuació queda detallat el model explicatiu del suport social percebut, el qual explica que el 43,3% de la variabilitat d'aquest suport s'explica per les variables predictorres contemplades en el model (edat, estat civil *casada o amb parella* i fills). A la Taula 32 es poden observar aquestes variables, amb un nivell de significació del 0,05.

Taula 31. Resultats del model explicatiu del suport social percebut.

R	R quadrat	R quadrat ajustat	Error estàndard de l'estimació
,658	,433	,367	12,610

Taula 32. Resultats de la regressió lineal múltiple amb mètode backward entre el MOS-SSS i les variables independents.

	Coeficients no estandaritzats		Coef. tipific.	t	Sig.	Interval de confiança de 95% per a B	
	B	Error típic.	Beta			Límit inferior	Límit superior
Constant	28,400	18,896		1,503	,145	32,766	117,314
Edat	,918	,341	,341	2,694	,012	,158	1,677
Casada	19,749	6,994	,431	2,824	,009	-34,734	-3,863
Fills	-22,676	7,903	-,437	-2,869	,008	-11,486	,108

Nota: MOS-SSS correspon a Medical Outcomes Study Social Support Survey.

Com es pot observar a la Taula 32, les dues primeres variables -edat i estat civil *casada o amb parella estable*- correlacionen amb la percepció de suport social directament, de manera que el suport social percebut augmenta amb l'edat i si la persona té parella o està casada, i la variable *fills* correlaciona de manera inversa, de manera que tenir fills no es tradueix en un augment de la percepció de suport social, sinó a la inversa.

DISCUSSIÓ

Aquest estudi té com a objectiu principal analitzar la relació entre el suport social percebut i la simptomatologia ansiosa i depressiva. Alguns dels estudis consultats afirmen l'existència d'aquesta relació, conclouent que les dues variables tenen una relació inversa entre elles. Entre aquests estudis es troben el de Ng et al. (2015) amb dones amb càncer de mama, el de Hu et al. (2018) amb pacients amb càncer de pulmó i el de Hipkins et al. (2004) amb pacients amb càncer d'ovari. En la mateixa línia, tot i no especificar el malestar psicològic concret, Rizalar et al. (2014) van trobar una correlació positiva entre suport social i ajustament psicosocial a la malaltia. Referent a aquesta relació, els resultats de l'estudi dut a terme no van en la mateixa direcció que els estudis anteriorment citats, de manera que tot i que existeixi una relació inversa entre la simptomatologia ansiosa i depressiva i el suport social percebut ($r = -0,181$), no es pot afirmar que aquesta relació sigui significativa ($p = 0,338$), afirmant que les variables són independents. Per tant, amb els resultats obtinguts no es pot afirmar que les dones que percebin poc suport social seran més propenses a presentar aquesta simptomatologia. Tanmateix, es va voler buscar si existia alguna relació entre algun tipus de suport social i la simptomatologia, i els resultats tampoc han estat significatius. És per aquests resultats que es refuta la hipòtesi principal del present treball, la qual suposava que el suport social percebut influïa de manera inversa a l'aparició de simptomatologia ansiosa i depressiva.

Referent a la relació entre el suport social percebut i els símptomes depressius, Marrero i Carballera (2010) van concloure que la percepció de social en població general tenia una relació inversa amb el malestar psicològic de les persones, especialment amb la depressió, i Yoo et al. (2017) i Chérrez et al. (2018) també van afirmar-ho, però en població oncològica. Els resultats de l'estudi dut a terme conclouen que encara que la relació entre ambdós variables sigui inversa ($r = -0,206$), la correlació entre la simptomatologia depressiva i el suport social percebut no és significativa ($p = 0,206$), de manera que els resultats obtinguts refuten la literatura anteriorment citada, donant a conèixer que les variables són independents.

Pel que fa a la simptomatologia ansiosa i depressiva, gran quantitat d'estudis afirmen que aquesta és present en moltes persones que tenen càncer, arran de l'impacte que suposa patir aquesta malaltia, com són el d'Aass et al. (1997); Estapé et al. (2014); Lueboonthavatchai (2007); Polidoro et al. (2018); i Rodríguez et al. (2002). Encara que la literatura consultada mostri força heterogeneïtat de percentatges entre els estudis en

relació a aquesta simptomatologia, de manera que mentre que Ass et al. (1997) conclouen que el 5% presenten ansietat i depressió, T. Estapé et al. (2014) obtenen que el 66,2% de les pacients amb càncer de mama mostren símptomes clínics d'ansietat i el 34,5% d'elles en mostra de depressió, s'ha volgut determinar quantes persones de la mostra d'aquest estudi presenten aquesta simptomatologia. En aquest sentit, s'ha trobat que els resultats obtinguts en l'instrument Hospital Anxiety and Depression scale mostren que el 56,6% de les participants en l'estudi, és a dir, 17 persones, presenten simptomatologia clínica ansiosa, mentre que el 33,3%, corresponent a 10 persones, en presenten de subclínica. De la mateixa manera però respecte a la depressió, el 23,3% de les pacients, essent 7 persones, presenten simptomatologia depressiva clínica i el 46,6%, corresponent a 14 persones, en presenten de subclínica. Per tant, aquests percentatges segueixen un patró similar a l'estudi dut a terme per Estapé et al. (2014), en què l'ansietat predominava per sobre de la depressió en les pacients amb càncer de mama i estava present en més de la meitat de participants (66,2%), donant a conèixer l'impacte psicològic que suposa patir aquesta malaltia.

Un altre dels objectius del present estudi era determinar quins eren els símptomes - ansiosos o depressius- que predominarien en les pacients de la mostra. Com a hipòtesis es va afirmar que els símptomes ansiosos prevaldrien per sobre dels depressius en les pacients de la mostra, arran de la literatura consultada, com són els estudis d'Ass et al. (1997), de Rodríguez et al. (2002), de Lueboonthavatchai (2007), de Rodríguez et al. (2012), d'Estapé et al. (2014) i de Polidoro et al. (2018). Aquests autors van situar que entre un 11,6% i un 66,2% dels participants presentaven ansietat considerada clínica, i entre un 4,5% i un 34,5% van presentar depressió clínica. Els resultats de l'estudi realitzat van en la mateixa línia que la literatura consultada, ja que el 56,6% de la mostra va mostrar símptomes clínics d'ansietat, percentatge superior al 23,3% conclòs per depressió. L'estudi més similar en relació als percentatges trobats és el d'Estapé et al. (2014), que va situar el 66,2% dels pacients amb ansietat considerada clínica i el 34,5% amb depressió clínica. Així doncs, es pot afirmar la hipòtesi plantejada, en què es determinava que els símptomes ansiosos prevaldrien per sobre dels símptomes depressius.

El suport social percebut constitueix un recurs personal molt important per tal de pal·liar l'efecte del càncer (Gil, 2004). És per això que conèixer la puntuació del suport social percebut era un altre dels objectius específics d'aquest estudi. El qüestionari MOS-SSS utilitzat per avaluar aquesta variable té un rang de puntuació entre 19 i 95 punts, amb una mitjana de 57 punts. Referent a la puntuació obtinguda de la mostra, els resultats

han conclòs que la mitjana de les puntuacions de les participants se situa en 68,7 punts. Coyotl et al. (2015) van reportar resultats similars, en què els pacients amb càncer del seu estudi van obtenir una mitjana de 72,5 punts. És per això que es pot interpretar que les participants tenen un suport social percebut adequat, ja que supera la mitjana considerada en l'instrument utilitzat (MOS-SSS). En aquest sentit, els resultats del present estudi, a banda de ser similars al de Coyotl et al. (2015), també van en sintonia amb els de Thompson et al. (2013), en què van concloure que la majoria de participants amb estadis precoços de càncer de mama reportaven alts nivells de suport social. A més, com a dada rellevant, cal afegir que el qüestionari té un rang mínim de 19 punts, i la puntuació mínima obtinguda en la mostra ha estat de 44 punts, fet que es tradueix a explicar que fins i tot la participant que ha puntuat més baix en el qüestionari té un suport social superior a la puntuació mitjana. Així mateix, les puntuacions dels subtipus de suport social han estat superiors a les mitjanes contemplada en el qüestionari, de manera que l'escala emocional ha obtingut 27,5 punts de mitjana d'un màxim de 40, l'afectiva 11,7 d'un total de 15, la material o instrumental ha resultat ser de 15,2 d'un màxim de 20 i la interacció social positiva de 14,4 punts sobre 20. Per tant, es pot afirmar que les pacients perceben un adequat suport social de tots els tipus, tal com s'havia hipotetitzat.

En referència al tipus de suport social més percebut, es pretenia observar la diferència de percepció respecte als diferents subtipus. En relació a aquest objectiu, en l'estudi de Chérrez et al. (2018) es va afirmar que el tipus de suport social més percebut va ser l'afectiu, seguit de l'instrumental. En la mostra observada s'han trobat els mateixos resultats, de manera que el suport social percebut de tipus afectiu ha tingut una mitjana d'11,7 punts d'un rang de 9 a 15 punts, seguit de l'instrumental, que n'ha obtingut 15,2 dels 20 possibles. A més, l'escala de suport social afectiu és la que ha obtingut menys dispersió en les seves puntuacions, fet que es tradueix a afirmar que és la mitjana més representativa dels quatre tipus de suport social.

Analitzar les possibles relacions entre les variables independents i la simptomatologia ansiosa i depressiva era un altre dels objectius específics plantejats en l'estudi. Com a hipòtesis es va plantejar que l'estat civil i l'edat tindrien algun tipus de relació amb la simptomatologia, ja que l'estudi de Parker et al. (2003) va concloure que l'edat, l'estat civil i el suport social tenien influència en l'aparició d'ansietat i depressió, de manera que els pacients amb càncer de més edat i amb un suport social més adequat presentaven menys ansietat; i els casats, de més edat i amb un suport social més adient, tenien menys depressió. En aquest sentit, només s'ha trobat la variable *estat civil* que

correlacioni de manera significativa amb la simptomatologia ($p=0,079$), donant a conèixer que les participants casades o amb parella estable tenen una mitjana d'ansietat i depressió superior a les que estan separades. Encara que s'hagi trobat relació, aquesta és inversa a la que va trobar Parker et al. (2003) al seu estudi, ja que l'autor afirmava que el fet d'estar casat correlacionava amb nivells menors de depressió, i en el present estudi s'ha trobat que són variables independents, ja que no hi ha diferències significatives entre la depressió i l'estat civil ($p=0,535$). En aquest sentit, els resultats obtinguts tampoc van en consonància amb l'estudi de Parle et al. (2001) citat per Barroilhet et al. (2005), ja que els autors afirmaven que una menor edat s'associava a malestar en dones amb càncer de mama, i en l'estudi no s'ha observat que l'edat sigui una variable significativa.

Posteriorment al contrast d'hipòtesis de les diferents variables independents amb la simptomatologia ansiosa i depressiva, es va creure convenient analitzar quines variables, de manera conjunta, explicarien l'aparició de símptomes ansiosos i depressius en les participants de l'estudi. Referent a aquest objectiu, s'ha trobat que el 78,5% de la variabilitat de la simptomatologia s'explica per les variables d'estat civil *casada o amb parella estable*, medicació psicofarmacològica, tractament de quimioteràpia i de braquiteràpia, i suport social percebut.

Segons els resultats obtinguts, el fet d'estar *casada o amb una parella estable* correlaciona directament amb l'ansietat i la depressió, de manera que les participants que tenen parella sentimental obtenen una puntuació mitjana superior en aquesta simptomatologia que les participants separades. Aquest resultat es podria explicar atès que de les 30 participants, només 4 estaven separades, fet que no iguala els dos grups d'estat civil i pot haver-hi un biaix important en els resultats; o bé per altres causes no identificades. Referent a la medicació i a la quimioteràpia, aquestes variables tenen una relació inversa amb la simptomatologia ansiosa i depressiva, de manera que el fet de prendre medicació o rebre quimioteràpia, conjuntament amb les altres variables, fa disminuir la simptomatologia. En el cas de la medicació es podria afirmar que aquesta funciona correctament, ja que conjuntament amb altres variables fa el seu efecte, disminuint el malestar emocional. Pel que fa a la quimioteràpia, aquest tractament té una relació inversa amb la simptomatologia, de manera que el fet de rebre'n podria fer disminuir el malestar atès que les dones poden percebre que les està ajudant a superar la malaltia. Referent a la braquiteràpia, aquest tractament correlaciona de manera directa amb l'ansietat i la depressió, fet que s'explica com que les participants que n'han rebut presenten més símptomes ansiosos i depressius. Podria donar-se pels efectes

secundaris que puguin patir les pacients però tot i això, és una variable poc representativa, ja que de les 30 participants, només dues han rebut aquest tractament. Finalment, l'última variable explicativa del malestar emocional és el suport social percebut, de manera que ambdues variables correlacionen de manera inversa. Per tant, encara que sense tenir en compte les altres variables siguin dues variables independents, sí que ha resultat ser una variable rellevant i influent en relació al malestar psicològic.

Referent a l'objectiu d'especificar quines relacions existien entre el suport social percebut i les variables independents, es va plantejar que el fet de tenir fills i una parella estable tindria influència en la percepció de suport social, ja que probablement significaria que les persones en aquesta situació tindrien una xarxa familiar més àmplia i, per tant, podrien tenir més possibilitats de percebre suport social. Referent a aquesta hipòtesi, s'ha conclòs que existeix una relació significativa ($p=0,034$) entre l'estat civil i la puntuació mitjana de suport social percebut, de manera que les dones que estan casades o tenen una parella estable perceben que tenen més suport social que les dones separades. A més, el fet de tenir fills té una relació de dependència amb el suport social percebut ($p=0,029$) però s'ha trobat que el fet de tenir-ne no es tradueix en una sensació de suport social més elevada com es podria concebre, sinó que les dones amb fills tenen una mitjana de suport social percebut inferior a les que no tenen fills. Per tant, es compleix la hipòtesi plantejada, ja que les dues variables tenen relació amb el suport social percebut.

En relació a l'objectiu anterior, una vegada realitzat el contrast d'hipòtesis entre el suport social percebut i cada variable independent, es va voler especificar quines variables explicarien de manera conjunta el suport social percebut. Com a variables explicatives s'ha trobat l'estat civil *casada* o *amb parella estable* ($p=0,009$), l'edat ($p=0,012$) i el fet de tenir fills ($p=0,008$). Per tant, la hipòtesi que afirmava que les variables que estarien més relacionades amb el suport social percebut serien l'edat, l'estat civil i els fills es pot acceptar. Tot i això, aquestes variables només expliquen el 43,3% de la variabilitat del suport social percebut, per tant, és un percentatge força baix per poder afirmar amb seguretat que aquestes variables són explicatives del suport social percebut.

Referent a les limitacions, aquest estudi en presenta diverses. En primer lloc, la mida de la mostra es pot considerar una d'elles, ja que al ser una mostra petita ($N=30$), no es poden generalitzar els resultats obtinguts. Per superar aquesta limitació seria convenient realitzar el mateix estudi amb un nombre més elevat de participants de manera que els

resultats siguin més representatius. Una altra limitació relacionada amb les característiques de la mostra és l'escassa validesa externa que presenta. Les participants d'aquest estudi provenen d'una mateixa població (Hospital Duran i Reynals -ICO), i aquest fet fa que l'estudi tingui una validesa interna elevada, però també suposa posar en dubte la validesa externa per la mateixa raó. Per tant, per superar aquesta limitació seria idoni poder seleccionar participants de diferents centres hospitalaris de tot Catalunya de manera que augmenti la validesa externa. Tanmateix, el fet de tenir una mostra petita ha suposat que en algunes variables independents, com en el cas d'haver rebut un tractament d'hormonoteràpia i de braquiteràpia, es tinguin molt pocs subjectes i, per tant, no s'ha pogut comprovar si aquestes variables influeixen en el malestar psicològic. Per tot això, cal remarcar que els resultats obtinguts no són generalitzables.

El tipus d'estudi seleccionat també ha suposat una altra limitació. Aquest estudi ha estat de tall transversal, i això comporta que els resultats obtinguts facin referència a l'estat de malestar psicològic i de suport social percebut només d'un moment determinat de les participants. Per tant, per superar aquesta limitació, seria interessant realitzar un estudi longitudinal de panell, per tal d'observar els possibles canvis dels resultats en funció de l'etapa del cicle vital de les participants en relació a les dues variables principals: la simptomatologia ansiosa i depressiva, i el suport social percebut. A més, també seria idoni tenir un grup control per tal de poder fer una comparació entre grups i poder analitzar més profundament i detalladament les relacions que s'estableixin entre variables.

L'última limitació que s'ha trobat és el fet de no haver tingut en compte la possible patologia mental -de tipus depressiu o ansiós- de les participants ni els possibles símptomes físics que pateixin. Són dues variables que poden haver influït en els resultats, ja que podria donar-se el cas que les participants que presenten ansietat i/o depressió no la tinguin arran de la malaltia, sinó com a conseqüència d'altres variables, com podria ser pel malestar físic.

A banda de les possibles línies d'investigació ja esmentades relacionades amb les limitacions, per tal de donar continuïtat a l'estudi també seria interessant fer-ne una rèplica però amb pacients amb càncer de mama avançat, ja que en el present estudi no s'ha pogut tenir en compte l'estadi de la malaltia i probablement això hagi influït considerablement en els resultats, tant de l'ansietat i la depressió com del suport social percebut. D'aquesta manera, es podria observar quina influència té el pronòstic de la

malaltia en les dones que el pateixen, i es podria fer un seguiment psicològic més individualitzat, de manera que pugui augmentar la qualitat de vida de les pacients.

Per acabar, una altra futura línia d'investigació podria ser el fet de tenir en compte la variable *estratègies d'afrontament* de les pacients envers la malaltia, ja que en alguns estudis de la literatura consultada, com en el de Barroilhet et al. (2005), es remarca la importància d'aquesta variable i seria interessant observar com influeix en el malestar emocional.

CONCLUSIONS

L'objectiu principal d'aquest estudi ha estat analitzar la relació entre el malestar psicològic -síntomes ansiosos i depressius- i el suport social percebut en dones amb càncer de mama.

Una vegada finalitzada la investigació i en relació a les hipòtesis plantejades, es poden concloure els següents resultats:

- La simptomatologia ansiosa i depressiva és independent del suport social percebut en les dones de l'estudi.
- El 56,6% de les dones de la mostra presenta símptomes ansiosos considerats clínics i el 23,3 en presenta de depressius.
- La puntuació mitjana de suport social percebut se situa en 68,7 punts en les participants, per sobre dels 57 punts de mitjana considerats en l'instrument que ho avalua.
- El suport social afectiu és el més percebut entre les participants, seguit de l'instrumental.
- L'estat civil *casada o amb parella estable* és l'única variable que correlaciona de manera independent amb els símptomes ansiosos i depressius.
- Els símptomes ansiosos i depressius es poden explicar per l'estat civil *casada o amb parella estable*, la medicació psicofarmacològica, el tractament de quimioteràpia i de braquiteràpia, i el suport social percebut.
- L'estat civil *casada o amb parella estable* i el fet de tenir fills tenen una relació significativa amb el suport social percebut.
- El suport social percebut es pot explicar per l'estat civil, l'edat i els fills.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Aass, N., Fosså, S. D., Dahl, A. A., i Moe, T. J. (1997). Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian radium hospital. *European Journal of Cancer*, 33(10), 1597-1604. doi:10.1016/S0959-8049(97)00054-3
- Alonso, C., i Bastos, A. (2011). Intervención psicológica en personas con cáncer. *Clínica contemporánea. Revista de Diagnóstico psicológico, Psicoterapia y Salud*, 2(2), 187-207. Recuperat de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n2a6.pdf>
- American Psychiatric Association. (2019). *Depression*. Recuperat de <https://www.apa.org/topics/depression/index>
- Aranda, C., i Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social, *Revista IIPSI*, 16(1), 233-245. Recuperat de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/viewFile/3929/3153>
- Asociación Española Contra el Cáncer (2018). *Datos cáncer de mama 2018*. Recuperat de <https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Datos-cancer-mama.pdf>
- Bárez, M. (2002). *El concepto de adaptación a la enfermedad en psicología de la salud y en psicología oncológica* (Tesi doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Catalunya.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. 14(2), 237-243. Recuperat de https://www.researchgate.net/publication/235746796_Social_support_stress_and_health_Apoyo_social_estres_y_salud
- Barra, E., i Vaccaro, M. de los Á. (2013). Estrés percibido, afrontamiento y personalidad resistente en mujeres infértiles. *Liberabit*, 19(1), 113-119. Recuperat de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272013000100011&lng=en&tlng=en#?
- Barroilhet, S., Forjaz, M.J., i Garrido, E. (2005). Conceptos , teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(6),

- 390-397. Recuperat de <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos,%20teor%C3%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci3n%20al%20c3ncer.pdf>
- Begoña, M., Ruiz, R., León, A., i Díaz, A. (2003). *Estrategias de afrontamiento a la lesión medular*. Recuperat de https://www.researchgate.net/publication/265049500_Estrategias_de_afrontamiento_y_proceso_de_adaptacion_a_la_lesion_medular
- Benka, J., Nagyova, I., Rosenberger, J., Calfova, A., MacEjova, Z., Middel, B.,... Groothoff, J. W. (2012). Social support and psychological distress in rheumatoid arthritis: A 4-year prospective study. *Disability and Rehabilitation*, 34(9), 754-761. doi:10.3109/09638288.2011.619618
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., i Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330(7493), 702-705. doi:10.1136/bmj.38343.670868.D3
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80. Recuperat de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0505120071A/16099>
- Chérrez, P., Betancourt, N., Mantilla, P., i Muñoz, F. (2018). Percepción del apoyo social en pacientes con cáncer y su influencia en la depresión. *Revista Universitaria con proyección científica, académica y social*, 2(2), 62-67. doi: 10.31243/mdc.uta.v2i2.42.2018
- Costa-Requena, G. (2014). *Apoyo social percibido en pacientes con cáncer* (Tesi doctoral). Universitat Jaume I, Comunitat Valenciana. Recuperat de <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=9pEVS%2FutRSM%3D>
- Costa-Requena, G., Ballester, R., i Gil, F. (2015). The influence of coping response and health-related quality of life on perceived social support during cancer treatment. 13(3), 683-689. doi:10.1017/S1478951514000418

- Costa-Requena, G., Salamero, M., i Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clinica*, 128(18), 687-691. doi:10.1157/13102357
- Coyotl, E., Morales, F. A., Xicali, N., Torres, A., Del, M., Villegas, S., ... Arriola, G. (2015). Relación del apoyo social y la calidad de vida en personas con cáncer. *European Journal of Health Research J. Health. Research*, 1, 2444-9067. doi:10.1989/ejhr.v1i2.5
- Estapé, T., Estapé, J., Soria-Pastor, S., i Díez, A. (2014). Uso de internet para evaluar el distrés psicológico en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 11(2-3), 271-283. doi: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47388
- Felipe, E., i León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245-257. Recuperat de <http://www.redalyc.org/html/560/56017095004/>
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Revista de recerca y investigación en antropología*, 3. doi: 10.5565/rev/periferia.149
- Ferrero, J., Toledo, M., i Barreto, M. P. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(1), 87-102. Recuperat de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80527106.pdf>
- Fitzmaurice, C., Allen, C., Barber, R. M., Barregard, L., Bhutta, Z. A., Brenner, H.,... Naghavi, M. (2017). Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study Global Burden. *JAMA Oncology*, 3(4), 524-548. doi:10.1001/jamaoncol.2016.5688
- Font, A., i Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. 6(1), 27-42. Recuperat de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0909120027A/15260>

- Galceran, J., Ameijide, A., Carulla, M., Mateos, A., Quirós, J. R., Rojas, D., ... Bonet, R. P. (2017). Cancer incidence in Spain, 2015. *Clinical and Translational Oncology*, 19(7), 799-825. doi:10.1007/s12094-016-1607-9
- Galindo, Ó., García, Meneses, A., Gómez, Herrera, A., Caballero, M. del R., i Aguilar, J.L. (2015). Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADs) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: Propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12(2-3), 383-389. doi:10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51016
- Gil, J. (2004). Modelos y conceptos centrales en psicología de la salud. Dins J. Gil, *Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones* (pp. 91-108). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Godoy, D., i Godoy, J.F (2002). La personalidad resistente: una revisión de la conceptualización e investigación sobre la dureza. *Clínica y Salud*, 13(2), 135-162. Recuperat de <https://www.redalyc.org/html/1806/180618085001/>
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Recuperat de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
- Hann, D., Baker, F., Denniston, M., Gesme, D., Reding, D., Flynn, T., Kennedy, J., i Kieltyka, R. L. (2002). The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients age and gender differences. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(5), 279-283.
- Hernández, M., i Cruzado, J.A. (2013). La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. (24), 1-9. doi:10.5093/cl2013a1
- Hernández, Z. E. (2009). Variables que intervienen en la personalidad resistente y las estrategias de afrontamiento en adultos mayores, 15(2), 153-161. Recuperat de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272009000200009
- Hipkins J, Whitworth M, Tarrier N, Jayson G. (2004). Social support, anxiety and depression after chemotherapy for ovarian cancer: a prospective study. *British Journal of Health Psychology*, 9(4)569-581. doi:10.1348/1359107042304542

- Holmes, T.H., i Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218. doi: 10.1016/0022-3999(67)90010-4
- Hu, T., Xiao, J., Peng, J., Kuang, X., i He, B. (2018). Relationship between resilience, social support as well as anxiety/depression of lung cancer patients: A cross-sectional observation study. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 14(1), 72-77. doi: 0.4103/jcrt.JCRT_849_17
- Jorques, M. J. (2015). *Estrategias de afrontamiento ante el cáncer de mama* (Tesi doctoral). Universitat de València, Comunitat Valenciana. Recuperat de <https://core.ac.uk/download/pdf/71050771.pdf>
- Kolankiewicz, A., Souza, M., Magnago, T., i De Domenico, E. (2015). Social support perceived by cancer patients and its relación with social and demographic characteristics. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(1), 31-38. doi:10.1590/1983-1447.2014.01.42491
- Love, A. W., Kissane, D. W., Bloch, S., i Clarke, D. M. (2002). Diagnostic Efficiency of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Women with Early Stage Breast Cancer. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(2), 246-250. doi:10.1046/j.1440-1614.2002.01014.x
- Lucas, B., Pérez, A., Fonseca, E., i Ortuño, J. (2014). Programas Educativos Universitarios Para Mayores: Evaluación de su Impacto en la Autopercepción del Apoyo Social y la Salud Mental. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 47-60. doi:10.15446/rcp.v24n1.43437
- Lueboonthavatchai, P. (2007). Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 90(10), 2164-2174. doi:10.3109/09540261.2013.875891
- Marrero, R., i Carballeira, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud Mental*, 33(1), 39-46. Recuperat de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000100005
- Martín, M., Herrero, A., i Echavarría, I. (2015). El cáncer de mama. *Arbor*, 191(773). doi:10.3989/arbor.2015.773n3004

- Maté, J., Hollenstein, M., i Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2-3), 211-230. Recuperat de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404120211A/16254>
- Matthews, E. E., i Cook, P.F. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psychooncology*, 18(7), 716-726. doi:10.1002/pon.1461
- Mayo Clínic. (2018). *Hiperlapsia atípica de la mama*. Recuperat de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/atypical-hyperplasia/symptoms-causes/syc-20369773>
- National Cancer Institute. (2009). *Adaptación normal, alteración psicosocial y factores de adaptación*. Recuperat de <http://cancer-consultants.com/adaptacion-normal,-alteracion-psicosocial--y-trastornos-de-adaptacion.html>
- National Cancer Institute. (2019). *Estadios del cáncer de mama*. Recuperat de https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/tratamiento-seno-pdq#section/_24
- Ng, C.G., Mohamed, S., See, M. H., Harun, F., Dahlui, M., Sulaiman, A.H., ... Taib, N.A. (2015). Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian breast cancer patients: A 1-year prospective study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 1-10. doi:10.1186/s12955-015-0401-7
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *10 datos sobre el cáncer*. Recuperat de <https://www.who.int/features/factfiles/cancer/es/>
- Parker, P., Baile, W., De Moor, C., i Cohen, L. (2003) Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12(2), 183-193. doi:10.1002/pon.635
- Peñacoba, C., i Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente: consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, (58), 61-96. Recuperat de <https://es.scribd.com/document/212610162/El-Concepto-de-Personalidad-Resistente>
- Pérez, J., Muñoz, E., i Cortés, J. (2013). *Cáncer de mama*. Barcelona: Amat editorial.

- Pérez, P., González, A., Mielles, I., i Fernanda, A. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 41-54. doi: 10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.rase
- Pocino, M., Luna, G., Canelones, P., Mendoza, A., Romero, G., Palacios, L.E., Rivas, L. i Castés, M. (2007). La relevancia de la intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama. 4(1), 59-73. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2303910>
- Polidoro., Santos, D., i Quarti, T. (2018). Symptoms of depression and anxiety in cancer outpatients: predictive variables, 15(2), 373-384. doi:10.5209/PSIC.61443
- Rizalar, S., Ozbas, A., Akyolcu, N., i Gungor, B. (2014). Effect of Perceived Social Support on Psychosocial Adjustment of Turkish Patients with Breast Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(8), 3429-3434. doi:10.7314/APJCP.2014.15.8.3429
- Robles, R., Morales, M., Jiménez, L.M., i Morales, J. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. 6(1), 191-201. Recuperat de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0909120191A/15328>
- Rodríguez, B., Ortiz, A., Palao, A., Avedillo, C., Sánchez, A., i Chinchilla, C. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *European Journal of Psychiatry*, 16(1), 27-38. doi:10.4321/S1579-699X2002000100004
- Rodríguez, M.I. (2006). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico* (Tesi doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. Recuperat de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491_rodriguez_fernandez_maria_isabel.pdf?sequence=1
- Rodríguez, R., Hernando, F., Cruzado, J.A., Olivares, M.E., Jamal, I., i Laserna, P. (2012). Evaluación de la calidad de vida, estado emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad neoplásica pulmonar. *Psicooncología*, 9(1), 95-112. doi:10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39140

- Rodríguez, S. (2010). Relación entre nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión en niños. *Interdisciplinaria*, 27(2), 261-275. Recuperat de <http://www.scielo.org.ar/img/revistas/interd/v27n2/html/v27n2a05.htm>
- Rodríguez, S., i Enrique, H. C. (2006). Validación Argentina del Cuestionario MOS-SSS de Apoyo Social Percibido. 155-168. doi: 10.18682/pd.v7i0.433
- Romero, M., Santillán, L., Olvera, P.C., Morales, M.Á., i Ramírez, V.L. (2008). Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. *Ginecología y obstetricia de México*, 76(11), 667-672. Recuperat de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom0811f.pdf>
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-157. Recuperat de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-65.pdf
- Sociedad Española de Oncología Médica. (2018). Las cifras del cáncer en España 2018. Recuperat de https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.pdf
- Suarez, M. Á. (2010). La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. *Revista Médica La Paz*, 16(2), 58-62. Recuperat de http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmpl/v16n2/v16n2_a10.pdf
- Suarez, M. Á. (2011). Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el Apoyo Social al paciente y al cuidador informal. *Revista Médica La Paz*, 17(1), 60-67. Recuperat de https://www.researchgate.net/publication/317529517_identificacion_y_utilidad_de_las_herramientas_para_evaluar_el_apoyo_social_al_paciente_y_al_cuidador_informal
- Terol, M. C. (1999). *Apoyo social y salud en pacientes oncológicos* (Tesi doctoral). Universidad Miguel Hernández, Comunitat Valenciana. Recuperat de <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/689/7/TESIS%20TEROL-CANTERO-MC.pdf>

- Terol, M. C., Cabrera, V., i Martín, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anuales de Psicología*, 31(2), 494-503. doi:10.6018/analesps.31.2.172701
- Terol, M.C., López, S., Neipp, M.C., Rodríguez, J., Pastor, M.Á., i Martín, M. (2004). Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. *Anuario de psicología*, 35(1), 23-45. Recuperat de <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61777/96257>
- Thompson, T., Rodebaugh, T., Pérez, M., Schootman, M., i Jeffe, D. (2013). Perceived social support change in patients with early stage breast cancer and controls. *Health Psychology*, 32(8), 886-895. Recuperat de https://www.researchgate.net/publication/235904571_Perceived_Social_Support_Change_in_Patients_With_Early_Stage_Breast_Cancer_and_Controls
- Uribe, A. (2009). Cáncer de mama. *Revista Obstetricia y ginecología*, 4(3), 223-232. Recuperat de <http://www.revistaobgin.cl/files/pdf/VOL4N320090.pdf>
- Valencia, S.C. (2006). Depresión en personas diagnosticadas de cáncer. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(2), 241-257. Recuperat de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-99982006000200006&script=sci_arttext&tlng=en
- Vargas, A. (2015). *Perfil psicológico y estrategias de afrontamiento ante la enfermedad de los pacientes en lista de espera para un trasplante hepático* (Tesi doctoral). Universidad de Murcia, Murcia. Recuperat de <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/48351>
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., i Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*, 15(2), 207-221. Recuperat de https://www.researchgate.net/publication/26472717_Calidad_de_vida_personalidad_resistente_y_apoyo_social_percibido_en_pacientes_con_diagnostico_de_cancer_pulmonar

Yoo, H., Shin, D.W., Jeong, A., Kim, S.Y., Yang, H.K., Kim, J.S., ... Park, J.H. (2017). Perceived social support and its impact on depression and health-related quality of life: A comparison between cancer patients and general population. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 47(8), 728-734. doi:10.1093/jjco/hyx064

ANNEXOS

Protocol presentat a l'hospital Duran i Reynals – Institut Català d'Oncologia



Estudi de la relació entre el malestar emocional i el suport social percebut en pacients amb càncer de mama. Un estudi pilot.

Estudi emmarcat dins del conveni establert entre l'Institut Català d'Oncologia i la Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya.

Personal investigador:

Dra. Anna Casellas Grau. Unitat de Psicooncologia. Institut Català d'Oncologia.

Júlia Valiente López. Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya

Resum

Objectiu: Analitzar la relació existent entre la simptomatologia ansiosa i/o depressiva que poden presentar dones amb càncer de mama i el suport social percebut.

Participants: Pacients amb diagnòstic de càncer de mama en estadi I o II, d'entre 18 i 70 anys, en tractament de quimioteràpia, i que acceptin participar voluntàriament en l'estudi.

Material: Qüestionari sobre dades sociodemogràfiques, Escala Hospitalària d'Ansietat i Depressió, i el Qüestionari de Suport Social MOS-SSS.

Antecedents i estat actual del tema

Durant els últims anys, diversos estudis han contribuït al coneixement del malestar emocional que genera un diagnòstic de càncer, així com els seus tractaments. Burgess, et al., (2005) expliquen que el 50% de les dones amb càncer de mama presenten ansietat, depressió o ambdós símptomes després d'un any del diagnòstic de la malaltia, el 25% d'elles al cap de dos, tres o quatre anys del diagnòstic, i el 15% el cinquè any. De fet, les alteracions psicopatològiques més freqüents en malalts de càncer tenen a veure, sobretot, amb simptomatologia ansiosa i depressiva (Rodríguez, 2006). Existeixen diverses hipòtesis sobre les causes d'aquesta simptomatologia ja sigui per l'impacte del diagnòstic, pel dolor que causa la malaltia, per l'angoixa davant la possibilitat de mort propera, o per les alteracions generades pel tractament (Rodríguez, 2002). Un dels factors proposats com a potencials per a amortitzar l'impacte de la malaltia és el suport social i, en concret, en com la pacient el percep. En aquest sentit, Vinaccia, et al. (2005) assenyala el major impacte del suport social percebut respecte el suport social real sobre la salut i el benestar de les persones. Els autors de l'estudi relacionen un suport social percebut elevat amb nivells menors d'ansietat i depressió dels pacients amb càncer. Aquest resultat han estat corroborats amb més publicacions durant els últims anys, els quals continuen indicant la relació entre l'escàs suport social percebut amb alts nivells de malestar emocional en pacients oncològics, associat de manera significativa amb un increment de simptomatologia ansiosa i depressiva. (Hipkins, Whitworth, Tarrier i Jayson, 2004; Costa, et al., 2015).

Justificació de l'estudi

Es pretén analitzar la variable suport social percebut donat que en la literatura científica es destaca la rellevància de la vessant subjectiva de suport social com a variable potencial de recolzament i amortitzador de l'impacte de la malaltia oncològica, per sobre del recolzament real.

Objectius i hipòtesi

Objectiu general: Analitzar la relació entre el suport social percebut i l'aparició de simptomatologia ansiosa i/o depressiva en pacients amb càncer de mama.

Objectius específics:

- Determinar el percentatge de pacients amb càncer de mama que presenten simptomatologia ansiosa/depressiva.

- Descriure la relació de les variables sociodemogràfiques en l'aparició de simptomatologia ansiosa i/o depressiva en pacients amb càncer de mama i amb la percepció de suport social.
- Observar la relació entre el suport social percebut i la simptomatologia ansiosa i/o depressiva en les dones amb càncer de mama.

Hipòtesi

El suport social percebut per les dones amb càncer de mama tindrà una relació inversa amb l'aparició de simptomatologia ansiosa i/o depressiva.

Tipus d'assaig o disseny de l'estudi

Estudi correlacional de disseny transversal.

Selecció de participants: criteris d'inclusió i d'exclusió

Criteris inclusió

Pacients de sexe femení, que tinguin entre 18 i 70 anys, que presentin per primera vegada càncer de mama, que hagin rebut algun tractament, i que acceptin participar en l'estudi de forma voluntària.

Criteris exclusió

Pacients amb mastectomia, pacients amb trastorn mental o pacients amb discapacitat intel·lectual que impossibiliti entendre l'objectiu i les instruccions de l'estudi.

Mida de la mostra

Es pretén realitzar l'estudi amb 30 pacients.

Descripció del tractament o de la intervenció: tècniques a utilitzar

La tècnica utilitzada en el present estudi serà l'administració de proves psicomètriques. Concretament, es pretén administrar l'Escala Hospitalària d'Ansietat i Depressió dissenyada per Zigmond i Snaith (1983) i el qüestionari de recolzament social MOS-SSS, dissenyat per Sherbourne i col·laboradors (1991). A més, per tal de poder analitzar la mostra posteriorment, les participants complementaran un qüestionari amb les seves dades sociodemogràfiques.

Descripció de la variable d'estudi

Aquest estudi compta amb les variables *simptomatologia depressiva*, *simptomatologia ansiosa* i *suport social percebut*.

Anàlisi estadístic

Les dades seran tractades a través del programa BM SPSS Statistics 24. Per fer-ho, es farà un anàlisi descriptiu de les dades sociodemogràfiques i de les dades dels qüestionaris: percentatges, mitjanes, rangs d'edat i anàlisi de correlacions.

Fulls de recollida de dades

Per tal de poder analitzar posteriorment les variables de la mostra, es passarà el següent qüestionari sobre dades sociodemogràfiques:

QÜESTIONARI SOBRE DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES

Data:

Data de naixement:

Antecedents mèdics de càncer: Sí / No – En el cas que sí, de quin tipus?:

Antecedents familiars de primer grau amb càncer: Sí, pares / Sí, fills / No

Antecedents de problemes de salut mental: Sí / No

Escolaritat/nivell d'estudis

- Cap
- Primària
- BUP/Secundària
- COU/Batxillerat
- Llicenciatura
- Màster/Postgrau

Estat civil

- Soltera
- Amb parella/casada
- Separada/divorciada
- Vídua

Convivència

- Visc sola
- Visc en parella
- Visc en parella i amb fills
- Visc sense parella i amb fills
- Altres: _____

Situació laboral

- A l'atur
- De baixa laboral
- Activa
- Jubilada
- De baixa per llarga malaltia

Religió

- Creient
- No creient
- No sap/no contesta

Anys transcorreguts des del diagnòstic

- 0-2 anys
- 2-4 anys
- 4-6 anys
- 6-8 anys

Temps en el recurs (Institut Català d'Oncologia)

- 1- 6 mesos
- 6-12 mesos
- 1-1.5 anys
- 1.5-2 anys
- Més de 2 anys

Nivell d'activitat física

- Diària
- 1-3 vegades a la semana
- Més de 3 vegades a la semana

Síntomes físics: Sí / No – En cas que afirmatiu, senyali quin/s dels següents:

Cansament: Sí / No
Gana: Sí / No
Restrenyiment: Sí / No
Dolor: Sí / No
Nàusees: Sí / No
Vòmits: Sí / No
Altres: _____
Rep ajuda psicològica? Sí / No

Cronograma

Realització de l'estudi (recollida de dades): febrer de 2019.

Especificació de l'acceptació de les normes ètiques

Aquest estudi es durà a terme seguint els principis ètics del codi deontològic del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya. Per tant, es respectarà a les persones, les dades seran estrictament confidencials i només es tractaran per aquest estudi i s'explicarà el dret a l'abandonament de la participació en l'estudi. Totes les persones incloses en l'estudi hauran signat la seva conformitat.

Bibliografia

Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., i Ramirez, A. (2005).

Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five year observational cohort study. *British Medical Journal*.
doi:10.1136/bmj.38343.670868.D3

Costa-Requena, G. (2014). *Apoyo social percibido en pacientes con cáncer* (Tesi doctoral). Universitat Jaume I, Comunitat Valenciana. Recuperat de <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=9pEVS%2FutRSM%3D>

Hipkins J, Whitworth M, Tarrier N, Jayson G. (2004). Social support, anxiety and depression after chemotherapy for ovarian cancer: a prospective study. *British Journal of Health Psychology*, 9(4)569-581. doi:10.1348/1359107042304542

Rodríguez, M.I. (2006). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico* (Tesi doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Recuperat de
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491_rodriguez_fernandez_maria_isabel.pdf?sequence=1

Rodríguez, B., Ortiz, A., Palao, A., Avedillo, C., Sánchez, A., i Chinchilla, C. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *European Journal of Psychiatry*, 16(1), 27-38. doi:10.4321/S1579-699X2002000100004

Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobon, S., i Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología*. doi:10.4067/S0718-48082008000100011

Full del consentiment informat pels participants



CONSENTIMENT INFORMAT: Estudi de la relació de malestar emocional i suport social percebut amb pacients amb càncer de mama. Un estudi pilot.

La Unitat de Psicooncologia de l'Institut Català d'Oncologia està duent a terme un estudi pilot que pretén avaluar la relació entre el malestar emocional i el suport social percebut en pacients amb càncer de mama.

Amb la present sol·licitem la seva participació voluntària a l'estudi. Per tal d'ajudar-la a decidir si desitja participar, li detallem que aquest pretén estudiar si existeix alguna relació entre el suport social percebut per part de la pacient amb càncer de mama, i el seu nivell de malestar emocional en relació a la malaltia.

Si vostè accedeix a participar en aquest estudi se li demanarà que respongui a unes preguntes per determinar el seu estat emocional i la seva percepció de suport social. Tota la informació obtinguda serà confidencial, seguint el compliment de la normativa vigent de Protecció de Dades (Llei Orgànica 3/2018 de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals). A més, si vostè desitja dirigir-se al delegat de protecció de dades de l'ICO L'Hospitalet, ho podrà fer a través del següent correu: lopd.iconcologia.net.

La inclusió en aquest estudi és estrictament voluntària i, per tant, la seva negativa a participar-hi no comportarà cap mena de perjudici. Igualment, si alguna de les qüestions plantejades a l'estudi el/la fan sentir incòmode, té el dret a fer-ho saber a la investigadora i no contestar-les. Constar que si accepta participar en l'estudi, no obtindrà cap benefici terapèutic, encara que els resultats derivats d'aquest puguin ser útils en el futur maneig de persones en la mateixa situació.

Finalment, en cas de tenir dubtes i voler contactar amb les persones investigadores, podrà fer-ho amb Anna Casellas i Grau.

Jo, sr./sra.

_____ amb DNI número _____.

DECLARO:

1. Haver estat informat/da de manera clara i comprensible, havent pogut consultar tots els meus dubtes, sobre els procediments i objectius de la investigació.
2. La meva participació en aquest estudi és completament voluntària, entenent que en qualsevol moment me'n puc retirar sense que això alteri en cap cas el procés assistencial.
3. Saber que tota la informació que faciliti als membre de la Unitat de Psicooncologia serà totalment confidencial, i només els investigadors coneixeran la identitat dels participants en aquest estudi.
4. Saber a qui adreçar-me en el cas de voler comunicar-me amb l' investigador.

Investigadors

Firma del/de la participant

L'Hospitalet de Llobregat, a _____ de _____ de
201____

Document aprovació de l'estudi



INFORME DEL COMITÈ D'ÈTICA DE LA INVESTIGACIÓ SOBRE PROJECTES D'INVESTIGACIÓ BIOMÈDICA

El Dr. Enric Sospedra Martínez, Secretari del Comitè d'Ètica de la Investigació del Hospital Universitari de Bellvitge,

CERTIFICA

Que el Comitè d'Ètica de la Investigació del Hospital Universitari de Bellvitge, a la reunió amb data 28/02/2019 (Acta 04/19), després d'examinar tota la documentació sobre el projecte d'investigació amb la nostra ref. **PR437/18**, titulat:

“ESTUDI DE LA RELACIÓ ENTRE EL MALESTAR EMOCIONAL I EL SUPORT SOCIAL PERCEBUT EN PACIENTS AMB CÀNCER DE MAMA. UN ESTUDI PILOT”

Documentos con versiones:

Protocol	Versió 13-Feb-2019
Full d'Informació al Pacient i Consentiment Informat	Versió Feb-2019

Presentat per la Dra. Ana Casellas-Grau del Servei de Psicooncologia del ICO L'Hospitalet, com a investigadora principal y promotora juntament amb la Sra. Júlia Valiente López de la Universitat de Vic (Universitat Central de Catalunya), ha acordat emetre **INFORME FAVORABLE** a l'esmentat projecte.

Que la composició actual del Comitè d'Ètica de la Investigació és la següent:

President	Dr. Francesc Esteve Urbano	Metge - Medicina Intensiva
Vicepresident	Dra. Pilar Hereu Boher	Metge - Farmacologia Clínica
Secretari	Dr. Enric Sospedra Martínez	Farmacèutic - Farmàcia Hospitalària
Vocals:	Dr. Jordi Adamuz Tomás	Infermer - Infermeria
	Dra. María Berdasco Menéndez	Biòloga - membre no sanitari
	Dra. Concepción Cañete Ramos	Metge - Pneumologia
	Dr. Enric Condom Mundo	Metge - Anatomia Patològica
	Dr. Xavier Corbella Virós	Metge - Medicina Interna
	Sra. Consol Felip Farrás	Membre Laic - Docència
	Dr. José Luis Ferreiro Gutiérrez	Metge - Cardiologia



Hospital Universitari de Bellvitge
Feixa Llarga s/n
08907 L'Hospitalet de Llobregat
Tel. 932 607 500
www.bellvitgehospital.cat

Dra. Ana María Ferrer Artola	Farmacèutic - membre sanitari
Dr. Josep Ricard Frago Montanuy	Metge - Cirurgia General i Digestiva
Dr. Xavier Fulladosa Oliveras	Metge - Nefrologia
Dra. Margarita García Martín	Metge - Oncologia Medica
Dr. Carles Lladó Carbonell	Metge - Urologia
Dr. Josep Manel Llop Talaveron	Farmacèutic - Farmàcia Hospitalària
Sra. Sonia López Ortega	Graduat Social - Atenció a la Ciutadania
Dr. Sergio Morchón Ramos	Metge - Medicina Preventiva
Dr. Joan Josep Queralt Jiménez	Jurista
Dr. Ricard Ramos Izquierdo	Metge - Cirurgia Toràcica
Dra. Gemma Rodríguez Palomar	Farmacèutica - Atenció Primària
Dra. Nuria Sala Serra	Biologia - membre no sanitari
Dr. Petru Cristian Simon	Metge - Farmacologia Clínica

Que aquest Comitè compleix la legislació espanyola vigent per aquest tipus de projectes, així com las normes ICH i les Normes de Bona Pràctica Clínica.

Que en aquesta reunió del Comitè d'Ètica de la Investigació es va complir el quòrum preceptiu legalment.

Signat a L'Hospitalet de Llobregat, a 28 de Febrer de 2019


Dr. Enric Sospedra Martínez
Secretari del CEIm

 **Bellvitge**
Hospital
Comitè Ètic d'Investigació
Clínica

Hospital Anxiety and Depression scale (HADs)

1. Me siento Tenso/a o Nervioso/a

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

6. Me siento alegre

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

7. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

8. Me siento lento/a y torpe

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

9. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueo en el estómago”

- 0. Nunca
- 1. Sólo en algunas ocasiones
- 2. A menudo
- 3. Muy a menudo

10. He perdido el interés por mi aspecto personal

- 3. Completamente
- 2. No me cuido como debería hacerlo
- 1. Es posible que no me cuide como debiera
- 0. Me cuido como siempre lo he hecho

11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme

- 3. Realmente mucho
- 2. Bastante
- 1. No mucho
- 0. Nunca

12. Tengo ilusión por las cosas

- 0. Como siempre
- 1. Algo menos que antes
- 2. Mucho menos que antes
- 3. En absoluto

13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor

- 3. Muy a menudo
- 2. Con cierta frecuencia
- 1. Raramente
- 0. Nunca

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o TV

- 0. A menudo
- 1. Algunas veces
- 2. Pocas veces
- 3. Casi nunca

Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS)

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Vd. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Vd.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre).

Escriba el no de amigos íntimos y familiares cercanos:

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia Vd. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Qüestionari de dades sociodemogràfiques

Edat:

Data de naixement:

Estat civil:

- Soltera
- Casada o amb parella estable
- Separada
- Vídua

Fills:

- Sí. Quants?
- No

Estudis

- Sense estudis
- Estudis primaris
- Estudis secundaris
- Estudis universitaris

Situació laboral

- Activa
- Pensionista
- Baixa laboral
- Prestació
- Altres

Ha rebut atenció psicològica o psiquiàtrica abans del diagnòstic?

- Sí
- No

Medicació psicofarmacològica

- No
- Ansioítics
- Antidepressius
- Hipnòtics
- Ansiolítics i antidepressius
- Neurolèptics
- Altres

Ha rebut tractament de quimioteràpia?

- Sí
- No

Ha rebut tractament de radioteràpia?

- Sí
- No

Ha rebut tractament d'hormonoteràpia?

- Sí
- No

Ha rebut tractament de braquiteràpia?

- Sí
- No