

**María Bonilla Marsal, Ivet Molas Burgués**

# **LA PART OBLIDADA DEL CÀNCER DE MAMA.**

**TREBALL DE FI DE GRAU.**

**Dirigit per: Sra. Inés Sombrero Torres**

**Infermeria**



**UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI**

**Facultat d'Infermeria**

**TARRAGONA 2021**

*'El pit és meu'.*

## AGRAÏMENTS

Volem agrair la paciència i el suport dels nostres familiars i professionals de l'àmbit de la salut que ens han recolzat durant tot el procés de realització del treball de fi de grau.

En primer lloc, als nostres pares, que han estat al nostre costat i han compartit aquesta experiència amb nosaltres, entenent els nostres alts i baixos. Agraïm el temps que ens han dedicat a tranquil·litzar-nos i donar-nos ànims.

En segon lloc, als nostres amics, que ens anaven preguntant 'Com porteu el treball?'. Tanmateix ens han recolzat, dedicant part del seu temps a escoltar els nostres dubtes i les dificultats que ens anàvem trobant, però sempre donant-nos ànims per a seguir.

En tercer lloc, a la nostra tutora, Inés Sombrero Torres, per entendre i resoldre els dubtes que ens anaven sorgint a mesura que avançàvem el treball, pels bons consells i la sinceritat que ens ha transmès durant tot aquest curs.

Per últim i no menys important, a les quatre dones que han fet possible la realització d'aquest estudi, a totes elles que s'han obert amb nosaltres i han compartit les seves experiències en les diferents etapes d'aquesta malaltia. Aquest treball es tan vostre com nostre.

Gràcies per la vostra dedicació i compromís, sense vosaltres aquests resultats no hagueren sigut possibles.

Gràcies per tant i no oblideu que, sense salut mental no hi ha salut.

## ÍNDEX

ABREVIATURES .....	5
1.1. RESUM.....	6
1.2. ABSTRACT .....	7
2. JUSTIFICACIÓ .....	8
3. INTRODUCCIÓ .....	9
4. OBJECTIUS.....	10
4.1. Objectius generals: .....	10
4.2. Objectius específics: .....	10
5. HIPÒTESIS.....	10
6. MARC TEÒRIC.....	11
6.1. Què és el càncer? .....	11
6.2. Càncer de mama.....	12
6.3. Factors de risc.....	13
6.4. Classificació del càncer de mama.....	14
6.4.1. Classificació segons la seva histologia.....	14
6.4.2. Classificació segons l' extensió. Estadis del CM. ....	16
6.4.3. Classificació segons els factors biològics de pronòstic. ....	18
6.5. Diagnòstic i tipus de diagnòstic .....	19
6.6. Tractament i tipus de tractament.....	21
7. Suport emocional: la psicooncologia.....	22
7.1. Què és la psicooncologia? .....	22
7.2. Teràpia individual: .....	23
7.3. Teràpia en grup: .....	23
7.4. Tractaments complementaris: .....	24
8. METODOLOGIA .....	25
Criteris d'inclusió: .....	26
Criteris d'exclusió: .....	26
9. RESULTATS.....	27
10. DISCUSSIÓ.....	43
11. CONCLUSIÓ .....	47

12.	<i>CRONOGRAMA</i> .....	48
13.	<i>BIBLIOGRAFIA</i> .....	50
14.	<i>ANNEXOS</i> .....	59
	Annex 1: guió entrevista semiestructurada .....	59
	Annex 2: consentiment informat .....	60

## ABREVIATURES

AECC: Associació Espanyola Contra el Càncer.

CINAHL: Cumulated Index to Nursing and Allied Health Literature.

CM: càncer de mama

CMM: carcinoma medul·lar de mama

Mg: mil·ligrams.

OMS: Organització Mundial de la Salut.

THS: teràpia hormonal substitutiva.

Cm: centímetres.

RNM: Ressonància Magnètica Nuclear.

TC: Tomografia Computeritzada.

## 1.1. RESUM

**Introducció:** El càncer de mama és la neoplàsia maligna més comú entre les dones a nivell mundial, representant el 16% de tots els càncers femenins segons la OMS.

Es per aquesta raó que sentim la necessitat de potenciar el coneixement científic i contribuir a la millora social d'aquest sector. Per tant, volem donar visibilitat a aquesta part de la població. No volem que la part més humana de la nostra futura professió quedi oblidada i ens sentim amb la necessitat d'aportar tot allò que estigui a les nostres mans envers aquesta malaltia i tot el que comporta. Nosaltres també traïem pit per totes elles.

**Objectius:** Conèixer com afecta a nivell psicoemocional el càncer de mama en les dones.

**Metodologia:** Mitjançant una recerca bibliogràfica a les bases de dades *CINAHL*, *Dialnet*, *Pubmed* i *Google Academic* i, posteriorment, la realització de entrevistes semiestructurades seguint el model d' Amezcua i Hueso, vam realitzar un estudi amb metodologia qualitativa, sent aquest de caràcter fenomenològic.

**Resultats:** En aquest estudi s'han revelat les següents categories: sentiments, preocupació sobre la imatge corporal, prioritització de la salut, suport/recolzament, sensació de falta d'informació i comunicació amb els professionals i canvis i estil de vida

**Conclusions:** Els actuals avenços mèdics han permès una major supervivència de les dones que pateixen aquesta neoplàsia maligna, en canvi, segueix sent una patologia molt dolorosa en l'àmbit personal i psicoemocional, que precisa d'ajuda i recolzament en els seus pilars fonamentals.

**Paraules clau:** càncer de mama, dones, impacte psicoemocional, qualitat de vida.

## 1.2. ABSTRACT

**Introduction:** Breast cancer is the most common malignant neoplasm among women worldwide, accounting for 16% of all female cancers according to the WHO. It is for this reason that we feel the need to increase scientific knowledge and contribute to the social improvement of this sector. Therefore, we want to give visibility to this part of the population. We do not want the most human part of our future profession to be forgotten and we feel the need to contribute everything we have in our hands to this disease and all that it entails. We also stick up for all of them.

**Objective:** Learn how breast cancer affects women on a psycho-emotional level.

**Methodology:** Through a bibliographic research in the databases *CINAHL*, *Dialnet*, *Pubmed* and *Google Academic*, and then conducting semi-structured interviews following the model of Amezcua and Hueso, we carried out a study with a qualitative methodology, being of phenomenological character.

**Results:** In this study the following categories have been revealed: feelings, concern for body image, prioritization of health, support, feeling of lack of information and communication with professionals and, finally, changes and lifestyle.

**Conclusions:** Current medical advances have allowed a greater survival of women suffering from this malignant neoplasm. However, it remains a very painful pathology in the personal and psycho-emotional, which requires help and support in its fundamental pillars.

**Key words:** breast cancer, women, psycho-emotional impact, quality of life.



## 2. JUSTIFICACIÓ

El càncer de mama és la neoplàsia maligna més freqüent en les dones a nivell mundial, ja que representa el 16% de tots els càncers femenins segons la OMS (1). D'aquesta manera, es pot confirmar que es tracta d'un problema amb molta incidència a la salut pública (2), ja que en molts països encara representa la principal causa de mort en aquesta població (3).

Les dones que avui en dia són diagnosticades de càncer de mama compten amb més opcions terapèutiques i amb diversos tractaments, per tant la supervivència actual és més alta. Ara bé, reben l'ajuda psicològica adequada? Es senten acompanyades durant tot el procés? Els familiars, disposen de tota la informació necessària?

Com ja sabem, la infermeria és vocació, altruisme, empatia, aptitud, generositat, responsabilitat, respecte, confidencialitat, sense deixar de banda la part més humana de la persona i no veure als pacients com a una malaltia, sinó com allò que són: persones.

D'aquesta manera, i endinsant-nos en el càncer de mama (com en moltes altres malalties) les persones necessiten un gran suport a nivell psicoemocional.

Segons les últimes dades del Pla director d'oncologia, registrades a Catalunya, es diagnostiquen aproximadament 4.500 casos cada any, amb una major incidència en les dones de 35 a 64 anys, sense oblidar el gran pes que suposa la neoplàsia maligna de mama en majors de 65 anys (4).

Per desgràcia, no és estrany coincidir amb alguna persona que hagi patit de manera directa o indirecta afectació psicològica degut a aquesta malaltia. Per tot això i per molts altres aspectes hem decidit que, com a futures infermeres i com a dones, sentim la necessitat de potenciar el coneixement científic i contribuir a la millora social d'aquest sector. Tanmateix volem donar visibilitat a aquesta part de la població.

No volem que la part més humana de la nostra futura professió quedi oblidada i ens sentim amb la necessitat d'aportar tot allò que estigui a les nostres mans envers aquesta malaltia i tot el que comporta.

Nosaltres també traïem pit per totes elles.

### 3. INTRODUCCIÓ

Càncer, paraula de sis lletres que mai ningú s'imagina haver d'escoltar. Terme genèric que es designa a un ampli grup de malalties que poden afectar a qualsevol part de l'organisme, anomenat també tumor o neoplàsia maligna. Consisteix en la multiplicació ràpida de cèl·lules anormals que s'estenen més enllà dels límits habituals, podent envair altres òrgans i parts adjacents del cos humà.

En aquest cas, el tema d'estudi és el càncer de mama, sent la neoplàsia maligna més comú entre les dones a nivell mundial (1,2), ja que representa el 16% de tots els càncers femenins segons la OMS.

Segons l'Observatori del Càncer AECC (3), s'estima que 1 de cada 8 dones, patiran càncer de mama al llarg de la seva vida, amb una incidència nacional situada al voltant de 138 casos per 100.000 habitants (3).

A Espanya, la incidència del càncer de mama està en un continu creixement, degut a diferents factors com és l'augment de la població i de l'esperança de vida i les millores en la detecció precoç de la malaltia. Un major número total de casos diagnosticats es produeix en dones entre 45 i 65 anys (3), sent motiu principal per el qual s'implementen programes de cribatge en aquest rang d'edat.

A més a més, els factors esmentats en paràgraf anterior, han permès una supervivència global als cinc anys del diagnòstic d'aquest tumor, concretament del 82,8% (3), amb una prevalença estimada a l'any 2018 de 129.928 dones al nostre país.

No és estrany conèixer a alguna persona que hagi patit de manera directa o indirecta afectació psicològica degut a aquesta malaltia. Però, qui té la capacitat per a donar suport a totes aquestes dones i a les seves famílies? És hora de normalitzar aquestes situacions i contribuir a la millora social d'aquest sector.

Com a futures infermeres i com a dones, volem donar la visibilitat que es mereix aquesta part de la població. No volem que la part més humana de la nostra futura professió quedi oblidada i ens sentim amb la necessitat d'aportar tot allò que estigui a les nostres mans envers aquesta malaltia i tot el que comporta.

Per tot això, pensem que darrere de cada diagnòstic, hi ha una història de superació a explicar. D'aquesta manera, el més important per a nosaltres és la seva experiència i, sobretot, que no es sentin soles.

Nosaltres també traïem pit per totes elles.

## 4. OBJECTIUS

### 4.1. Objectius generals:

- Conèixer com afecta a nivell psicoemocional el càncer de mama en les dones.

### 4.2. Objectius específics:

- Analitzar les experiències viscudes durant el tot el procés de malaltia.
- Conèixer si les dones de la mostra han rebut suport emocional.
- Identificar aspectes rellevants que afecten a les dones diagnosticades de neoplàsia maligna de mama.
- Contribuir a vèncer la por establerta a parlar sobre tots aquells aspectes relacionats amb aquesta afectació en les dones.

## 5. HIPÒTESIS

La hipòtesi que ens hem plantejat a l'hora de realitzar el nostre estudi sobre "La part oblidada del càncer de mama" és la següent: les dones que reben o han rebut un recolzament psicoemocional més elevat, independentment de l'etapa del càncer en la que es trobin, afronten de manera més positiva el seu procés de malaltia.

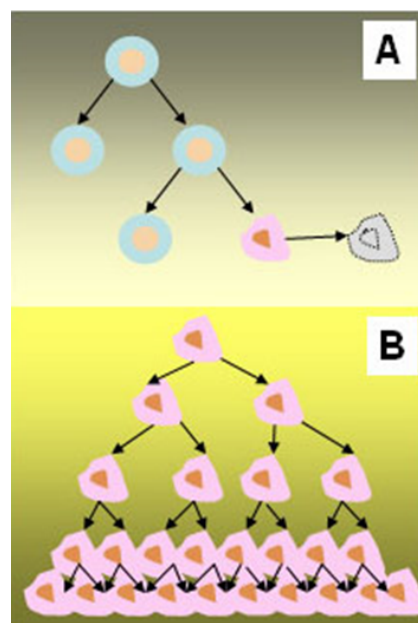
## 6. MARC TEÒRIC

### 6.1. Què és el càncer?

El cos humà conté al voltant de trilions de cèl·lules, denominades cèl·lules humanes que, en situacions normals, creixen i es divideixen per a la formació de noves cèl·lules a mesura que el cos ho necessita (5).

Definim el càncer com aquella patologia que es dona degut a la proliferació massiva i descontrolada de les cèl·lules humanes, desenvolupant cèl·lules anormals i sobrepasant el número de cèl·lules normals que conté el nostre organisme.

Les cèl·lules humanes normals (A)<sup>1</sup>, tenen la capacitat de dividir-se de forma controlada. Quan una cèl·lula ha desenvolupat alguna mutació o alguna altra alteració que no pot ser reparada de forma correcta, aquestes activen el seu propi mecanisme de mort cel·lular anomenat apoptosi (6). De manera que poden controlar adequadament el seu creixement i desenvolupament.



D'altra banda, les cèl·lules anormals o canceroses (B), tenen la capacitat de desenvolupar mutacions que no són reparades ni perden la capacitat per a morir-se.

Figura 1: desenvolupament de les cèl·lules, normals (A) i canceroses (B).

Aquestes cèl·lules tenen la competència de formar masses de teixits denominades tumors, que poden classificar-se en dos tipus, tumors benignes (masses que no es disseminen ni s'infiltren a altres teixits), i malignes, com en el cas del càncer, també anomenats tumors cancerosos. Per tant, podem concloure que el càncer pot aparèixer a qualsevol part del cos.

<sup>1</sup> Aquesta imatge ha estat extreta de la pàgina web següent: <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>

## 6.2. Càncer de mama

Per a poder comprendre de manera correcta què és el càncer de mama i com es desenvolupa, és necessari conèixer i entendre l'anatomia de la mama.

Principalment, una mama està constituïda per les següents parts (7,8): els lòbuls, els lobels, els conductes (ductes o conductes galactòfors) i el teixit connectiu. Altrament, el teixit adipós és el que li dóna consistència i volum<sup>2</sup>.

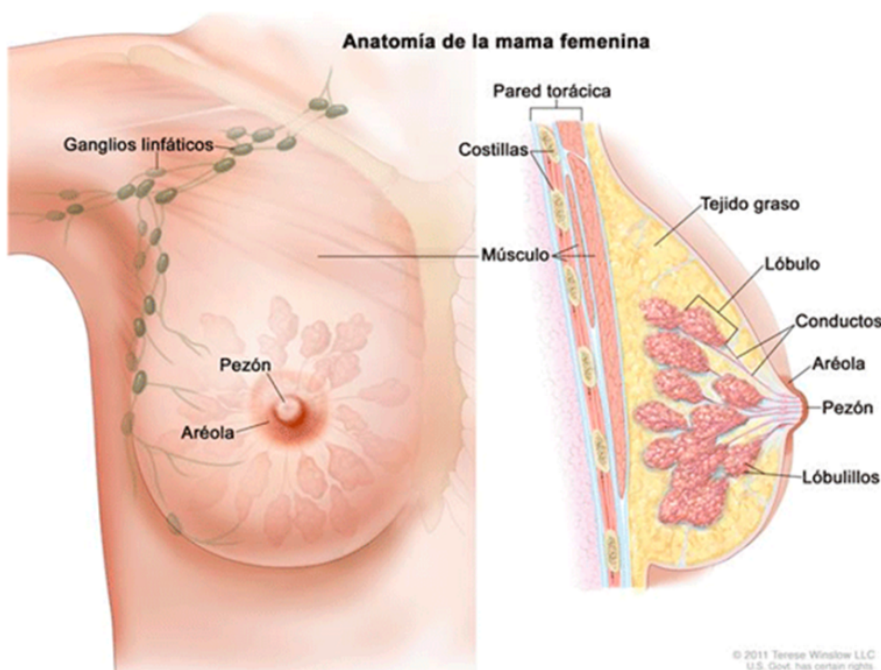


Figura 2: parts de la mama.

Llavors, cada lòbul es divideix en seccions més petites anomenades lobels, on es troben les glàndules que s'encarreguen de secretar la llet durant la lactància materna. Els conductes formen part del circuit de transport de la llet al mugró, per tant, connecten les glàndules, els lòbuls i els lobels.

El pit, també conté vasos sanguinis i vasos limfàtics. Els primers tenen com a funció principal proporcionar sang a les cèl·lules i els vasos limfàtics s'encarreguen de recollir la limfa. Aquests vasos limfàtics conflueixen en els anomenats ganglis limfàtics, que formen part de petites formacions arrodonides. Anatòmicament, els ganglis més propers a la mama es situen a l'axilla, a l'artèria mamària i a la zona supraclavicular (per sobre de la clavícula a la base del coll).

<sup>2</sup> Aquesta imatge ha estat extreta de la pàgina web següent: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?showall=1>

El càncer de mama es defineix com la proliferació massiva i accelerada de la capacitat reproductiva de les cèl·lules de l'epiteli glandular, tractant-se de la formació de tumors malignes que es poden desenvolupar en el teixit de les glàndules mamaris (9).

Aquests cèl·lules canceroses poden disseminar-se localment a l'interior de la mama, com també a través de vasos limfàtics als ganglis de l'axil·la i fins i tot envair els vasos sanguinis locals i difondre cèl·lules metastàsiques amb la finalitat d'infiltrar-se a altres teixits del cos i crear metàstasi a distància (10).

### 6.3. Factors de risc

L'etiologia del CM és majoritàriament desconeguda. Tot i això, existeixen una sèrie de factors de risc ben establerts que augmenten les probabilitats de patir un CM. Podem diferenciar dos grans grups:

Factors de risc **modificables**:

- Teràpia hormonal substitutiva: l'estudi envers la relació de la THS i el CM és molt ampli (11). Tot i això, s'ha relacionat amb l'administració d'estrògens i progestàgens, i no exclusivament amb l'ús d'estrògens (12).
- Estil de vida: és necessari mantenir una dieta variada i equilibrada i realitzar exercici físic regularment, atès que són factors que disminueixen el risc de patir un CM (12).
- Factors reproductius modificables: l'embaràs i la lactància materna són considerats dos factors protectors. Per contra, el risc augmentarà si el primer embaràs de la dona s'inicia quan aquesta presenta 35 o més anys d'edat. La nul·liparitat també és un factor de risc clarament establert (12).

Factors de risc **no modificables** (12):

- Edat: principal factor de risc no modificable. Poc freqüent en dones menors de 30 anys.
- Sexe: predomina el sexe femení per sobre del masculí.
- Raça: afecta majoritàriament a dones de raça blanca.

- Densitat del teixit mamari: el risc de patir CM és de 2 a 6 vegades major en dones amb alta densitat mamària.
- Antecedents familiars: constitueix un dels factors de major risc. Els CM hereditaris sorgeixen quan es transmeten canvis genètics (mutacions), la majoria als gens supressors de tumors (BRCA1 o el BRCA 2).

## 6.4. Classificació del càncer de mama

### 6.4.1. Classificació segons la seva histologia

La majoria de neoplàsies de mama són adenocarcinomes (tumor maligne que s'origina a partir de les cèl·lules de l'epiteli glandular) (13) i, segons la seva afectació, es divideixen en dos grans grups:

#### 1. Càncer de mama no invasiu o in situ :

La proliferació de cèl·lules malignes sorgeix a l'interior del conducte o lòbul mamari, sense invasió ni infiltració del teixit que l'envolta. Dins d'aquest grup es troben dos subgrups amb un tipus histològic diferent, és a dir, les cèl·lules en les quals s'ha iniciat el tumor provenen de llocs diferents.

- Carcinoma lobel·lar *in situ* (4): es considera un factor de risc per desenvolupar una neoplàsia maligna de mama que un carcinoma pròpiament dit. Les cèl·lules canceroses es troben als lobels de la mama (on es produeix la llet). En general, no és necessari l'estudi dels ganglis més propers a la mama.
- Carcinoma ductal *in situ*: en aquest cas, les cèl·lules anormals es troben en el revestiment d'un conducte mamari (conducte galactòfor) (14). En principi, es considera una lesió pre-maligna. En el 50% dels casos, la recidiva és en forma de carcinoma intraductal i en el 50% restant és en forma de carcinoma infiltrant (4).

#### 2. Càncer de mama invasiu o infiltrant :

Sorgeix quan la proliferació de cèl·lules malignes s'estén fora del conducte o lobel, envanint el teixit circumdant.

- Carcinoma lobel·lar infiltrant: s'origina en les cèl·lules dels lobels mamaris, la seva incidència és del 10% (7).
- Carcinoma ductal infiltrant: com s'ha esmentat en l'anterior punt, aquesta neoplàsia s'origina en els conductes galactòfors. És el tipus més freqüent, ja que significa un 80% dels càncers infiltrants de mama (7).

Tot i això, existeixen més tipus de neoplàsies malignes de mama menys freqüents. En aquest apartat s'organitzen de millor a pitjor pronòstic:

- Carcinoma mucinos o coloide:  
Representa entre el 1 i 4% de CM. És una forma poc freqüent de carcinoma ductal invasiu. El tumor es forma a partir de cèl·lules que 'floten' en acumulacions de mucina, un moc present en el cos humà sa, però que també es produït per moltes cèl·lules canceroses. El pronòstic d'aquest CM és bo, ja que no acostuma a donar metàstasi (15).
- Carcinoma medul·lar:  
Significa entre el 3 al 5% de tots els casos de CM (16). La OMS defineix el CMM com un tumor invasiu format per cèl·lules poc diferenciades, disposades en làmines, sense formació de glàndules. És un carcinoma ductal infiltrant, amb millor pronòstic que la variant habitual (12, 17).
- Malaltia de Paget del mugró:  
Representa menys del 2% del total de neoplàsies malignes de mama. Es defineix com una lesió neoplàsica de l'epiteli escamós de la pell de l'arèola i/o mugró (12).  
  
El pronòstic depèn de varis factors, com ara si hi ha o no tumor a la mama afectada i si n'hi ha, si és un carcinoma in situ o infiltrant i en quin estadi es troba (18).
- Carcinoma inflamatori:  
Significa entre l' 1-6 % del total de casos de CM. Pel que fa el diagnòstic, els símptomes són majoritàriament dolor, i els signes observables serien l'envermelliment, edema, i la mama conté clotets (pot semblar la pell d'una taronja).



Generalment, no hi ha presència de tumor ni protuberàncies, degut a això el pronòstic és dolent (12).

#### 6.4.2. Classificació segons l' extensió. Estadis del CM.

La neoplàsia maligna de mama es classifica segons la classificació anomenada *TNM* (18), que fa referència a tres aspectes principals:

**T:** es refereix a la mida del tumor o a la infiltració local del mateix. Aquesta lletra es divideix en 4 subgrups, amb números addicionals del 0 al 4:

- *T1*: el tumor és igual o inferior a 2 cm.
- *T2*: si el tumor presenta una mida entre 2 i 5 cm.
- *T3*: si el tumor es major a 5 cm.
- *T4*: quan el tumor presenta expansió a la pell o a la paret del tòrax.

**N:** aquesta lletra descriu l'afectació dels ganglis limfàtics. Es classifica del 0 al 3, depenent dels ganglis implicats:

- *N0*: no hi ha afectació dels ganglis limfàtics, per tant, no presenta infiltració ganglionar.
- *N1*: quan presenta afectació d'1 a 3 ganglis.
- *N2*: amb afectació de 4 a 9 ganglis.
- *N3*: quan l' afectació ganglionar és igual o superior a 10 ganglis limfàtics o bé els ganglis afectats es situen a la mamaria interna o supraclavicular.

**M:** fa referència a l' afectació o no d'altres òrgans del cos humà. S'enumera en funció d'haver-hi o no metàstasi, és dir, es classifica com *M0* quan hi ha absència de metàstasi i com *M1* de manera contrària, amb presència de metàstasi.

El pronòstic i la supervivència de patir un càncer de mama, està molt relacionada amb aquesta classificació. Que, per a poder realitzar-la, és necessari portar a terme una correcta exploració i diagnòstic.

Segons la classificació *TNM*, la neoplàsia maligna de mama es pot agrupar en els següents *estadis o etapes*:

**Estadi 0:** també anomenat *carcinoma in situ*. Fa referència a la presència de lesions premalignes. En aquest estadi, es poden diferenciar dos subgrups que s'han esmentat en l'apartat tipus de càncer de mama segons la histologia, i són el carcinoma lobel·lar in situ i el carcinoma ductal in situ.

**Estadi I (T1, N0, M0):** en aquest cas, la mida del tumor és inferior a 2 cm, no presenta afectació dels ganglis limfàtics ni metàstasi.

**Estadi II:** el tumor presenta una mida de 2 a 5 cm amb o sense afectació dels ganglis. Es pot subdividir de la següent manera:

- Estadi IIA:
  - *Estadi IIA (T0, N1, M0):* el tumor té una mesura inferior a 2 cm, presenta afectació ganglionar d'1 a 3 ganglis però no presenta metàstasi.
  - *Estadi IIA (T1, N1, M0):* el tumor presenta una mesura igual o inferior a 2 cm, presenta afectació ganglionar d'1 a 3 ganglis però no presenta metàstasi.
  - *Estadi IIA (T2, N0, M0):* el tumor presenta una mesura de 2 a 5 cm, sense afectació ganglionar ni metàstasi.
  
- *Estadi IIB:*
  - *Estadi IIB (T2, N1, M0):* el tumor presenta una mesura de 2 a 5 cm, presenta afectació ganglionar d'1 a 3 ganglis però no presenta metàstasi.
  - *Estadi IIB (T3, N0, M0):* el tumor presenta una mesura igual o superior a 5 cm, sense afectació ganglionar ni metàstasi.

**Estadi III:** en aquest cas, el tumor té afectació en els ganglis axil·lars i/o pell i paret del tòrax (múscles o costelles). Es subdivideix en:

- *Estadi IIIA:*
  - *Estadi IIIA (T0-2, N2, M0):* el tumor mesura menys de 5 cm, presenta afectació de 4 a 9 ganglis, amb disseminació als ganglis axil·lars de manera palpable o als ganglis situats a la cara posterior o darrere de l'estern, sense presència de metàstasi.

- *Estadi IIIA (T3, N1-2, M0)*: el tumor presenta una mesura superior als 5 cm, presenta afectació de 4 a 9 ganglis, amb disseminació als ganglis axil·lars o als ganglis situats a la cara posterior o darrere de l'estern, sense presència de metàstasi.
- *Estadi IIIB (T4, N0-2, M0)*: el tumor presenta expansió a la pell o a la paret del tòrax, amb afectació ganglionar igual o inferior a 4 o 9 ganglis, sense presència de metàstasi.
- *Estadi IIIC (T0-4, N3, M0)*: el tumor presenta expansió a la pell o a la paret del tòrax, amb afectació ganglionar igual o superior a 10 ganglis limfàtics o bé els ganglis afectats es situen a la mamaria interna o supraclavicular, sense metàstasi.

**Estadi IV:** en aquest cas, el càncer s'ha disseminat i afecta a diversos òrgans i teixits del cos, per tant, presenta metàstasi.

#### 6.4.3. Classificació segons els factors biològics de pronòstic.

**Grau histològic:** ens dona informació envers el grau de diferenciació de les cèl·lules neoplàsiques i les cèl·lules sanes. El grau I significa major diferenciació, i per tant, millor pronòstic. En el grau II, es troben cèl·lules moderadament diferenciades, i finalment grau III, menor diferenciades i, per tant, significa un càncer més agressiu.

**Receptors d'estrògens i progesterona:** a vegades, les cèl·lules neoplàsiques de mama contenen receptors que s'uneixen als estrògens i la progesterona. Sovint, el creixement del càncer està propiciat per aquestes dues hormones. Per això, si a la biòpsia o cirurgia s'indica que el receptor és positiu per alguna d'aquestes dues hormones, existeixen tractaments que les bloquegen (teràpia hormonal) i generalment, el pronòstic és millor (19).

**Índex de proliferació cel·lular Ki-67:** el Ki-67 és un anticòs monoclonal que s'utilitza per a mesurar la velocitat de proliferació i divisió de les cèl·lules canceroses. Si les cèl·lules es divideixen molt ràpid, la neoplàsia és més agressiva (19).

**HER-2:** és una proteïna que es crea a partir de les cèl·lules tumorals malignes i està present en un 15-20% dels tumors de mama. El receptor del factor de creixement epidèrmic humà 2 (HER2) quan es troba en concentracions elevades s'anomena 's'obreexposició' i representa una major agressivitat del tumor (19).

Per tot això, la classificació molecular del CM és la següent:

- **Luminal A:** receptor positiu per un o els dos tipus d'hormones (estrògens/progesterona), HER-2 negatiu. És el més comú i millor pronòstic.
- **Luminal B:** subtipus receptor positiu per un o dos tipus d'hormones (estrògens/progesterona), i receptors HER-2 positius. Pitjor pronòstic que el luminal A però millor que el HER-2 i el triple negatiu.
- **HER-2:** subtipus amb receptors d'hormones negatiu i HER-2 positiu.
- **Basal like:** també s' anomena triple negatiu, ja que presenta receptors d'hormones negatiu i HER-2 negatiu.

## 6.5. Diagnòstic i tipus de diagnòstic

En moltes ocasions, el càncer de mama es diagnostica gràcies al cribratge que ofereix el Sistema Nacional de Salut a Espanya, basat en una mamografia de detecció precoç en dones entre 50 i 69 anys a intervals de dos anys. A nivell europeu, les guies recomanen la realització de mamografies periòdiques en dones a partir dels 45-50 anys (20).

D'aquesta manera, una bona exploració i anamnesi és essencial per a l'anàlisi dels símptomes associats, juntament amb el coneixement dels antecedents familiars. A la primera visita, es realitza una exploració clínica de la mama i dels ganglis i, a partir d'aquesta primera consulta, cal valorar la necessitat de portar a terme un estudi ampliat amb proves complementàries (21).

Per altra banda, és important tenir en compte que es poden sol·licitar altres proves diagnòstiques per a la detecció de la neoplàsia maligna de mama.

**Inspecció i palpació:** aquesta exploració es realitza amb la finalitat de detectar i localitzar qualsevol tipus de protuberància per a la inspecció de la textura i mesura de les masses.

És en aquesta prova on s'analitzen els possibles canvis que es puguin donar en les mames o els mugrons, com també a l'exploració ganglionar, és a dir, a l'examinació dels ganglis limfàtics situats a les aixelles i a la zona supraclavicular .

Existeixen **estudis d'imatge** per a la detecció que son principalment els següents:

- *Mamografia de diagnòstic*: es tracta d'una prova radiològica que identifica a la glàndula mamària petites masses que fins i tot no són palpables, i altres malalties mamàries. És actualment la prova més usual i efectiva.
- *Ecografia*: tècnica d'exploració que permet l'observació interna dels òrgans i teixits mitjançant la creació d'ultrasons que fan eco sobre els teixits, en aquest cas mamaris, i els tradueixen en imatges. Facilita i dona informació de la localització i característiques estructurals de la mama.
- *Ressonància nuclear magnètica (RNM)*: és una prova d'imatge que permet visualitzar de forma precisa l'interior d'un òrgan i té la capacitat de delimitar l'extensió de la malaltia. És molt útil també per al seguiment de resposta del tumor i per a determinar el tractament a realitzar.
- *Gammagrafia òssia*: té la capacitat de detecció de les possibles disseminacions òssies dels tumors des d'altres parts del cos. Aquesta prova es realitza mitjançant la injecció de contrast durant el procediment.
- *Escàner o Tomografia Computeritzada (TC)*: descriu al detall els òrgans situats a nivell del tòrax i a l'abdomen.

Per a confirmar el diagnòstic després d'una sospita radiològica, s'executa un estudi cito histològic:

**Biòpsia**: tècnica que consisteix en l'extracció d'una mostra de teixit tumoral per a un estudi cel·lular posterior. Existeixen els següents tipus de biòpsia:

- *Punció aspirativa amb agulla fina (PAAF)*: aquest tipus de biòpsia es porta a terme amb la tècnica d'aspiració al buit de la xeringa.

- *Biòpsia amb agulla grossa (BAG):* en aquest tipus de biòpsia s'obté més informació que a la PAAF, ja que s'escull una agulla més grossa i agafa una mostra més petita en proporció a la mesura del tumor a analitzar.
- *Biòpsia oberta o quirúrgica:* es realitza una incisió a la mama per a l'extracció del fragment del teixit a analitzar, normalment aquest procediment es porta a terme a quiròfan.

## 6.6. Tractament i tipus de tractament

Pel que fa el tractament d'aquesta neoplàsia maligna, en els casos *in situ*, és a dir, localitzat i no invasiu, la recomanació és l'exèresi quirúrgica del tumor o mastectomia. Si es conserva la glàndula mamària, la radioteràpia és el tractament local d'elecció en aquests casos (4). Abans d'avançar amb l'explicació, cal esmentar que actualment s'han definit quatre tipus de tractament (18):

- Tractament local: dirigit específicament al tumor o a l'origen d'aquest. Com per exemple la cirurgia i la radioteràpia.
- Tractament sistèmic: afecta a totes les cèl·lules, i per tant òrgans i teixits de l'organisme. Per exemple l'hormonoteràpia i la quimioteràpia.
- Tractament adjuvant: pot ser tan local com sistèmic, i s'administra de manera profilàctica després del primer tractament, per evitar la recidiva del CM.
- Tractament neoadjuvant: s'administra abans del tractament inicial, per disminuir la mida del tumor, i, d'aquesta manera, poder realitzar el tractament inicial amb més facilitat. Per exemple reduir la mida del tumor abans de la cirurgia.

Així doncs, en principi, el tractament serà local en les dones que pateixen una neoplàsia no invasiva. No obstant això, és important tenir en compte el gangli sentinella. En tumors de menys de dos centímetres es pot utilitzar la tècnica del gangli sentinella que correspon a l'extirpació únicament del primer gangli de la cadena axil·lar de manera que és el primer on drena el tumor (23).

Per això, sigui quin sigui el tipus d' intervenció, s'ha de valorar l'estat dels ganglis axil·lars. Llavors, es realitzarà una biòpsia selectiva del gangli sentinella (si surt negatiu = no invasió tumoral) o bé, si el gangli sentinella és positiu, una linfadenectomia de la zona (extirpació de varis ganglis limfàtics) (18).

Quan la malaltia està més avançada i es diagnostica un carcinoma infiltrant, s'han de determinar les cèl·lules que formen el tumor i el tipus de receptors (21). En general, el tractament amb fàrmacs antineoplàstics (quimioteràpia) és una de les modalitats terapèutiques més utilitzades en aquestes ocasions.

El CM, en termes generals, respon a molts tractaments (hormonals, radioteràpia, quimioteràpia, bioteràpia), fins i tot en estadia avançats o metastàtics de la malaltia. Així mateix, hi ha pacients amb metàstasi que viuen més de quinze-vint anys amb l'ajuda d'aquestes teràpies (23).

## 7. Suport emocional: la psicooncologia

### 7.1. Què és la psicooncologia?

És una branca de la psicologia que s'encarrega de tractar les persones que pateixen càncer i de les seves famílies. Més concretament, la psicooncologia va ser definida per la Dra. *Holland* (considerada la fundadora d'aquesta rama) com una sub-especialitat de l' oncologia, que s'encarrega d'atendre la part més psico-emocional dels pacients amb càncer (en qualsevol estadi de la seva malaltia), dels seus familiars i del personal sanitari que els tracta (23).

Els objectius i, per tant, les habilitats del psico-oncòleg són les següents: avaluació de les necessitats psicosocials, tractament de les alteracions psicològiques associades a la malaltia neoplàsica (els canvis físics, emocionals i d'estil de vida), orientació als familiars, facilitar l'expressió dels sentiments, millorar la relació terapèutica entre el pacient, el familiar i el personal sanitari, rehabilitació psicològica, brindar recolzament i ajudar a afrontar les tractaments oncològics i els seus efectes (24).

En un metaanàlisi publicat l'any 2013 es va observar que les intervencions psico-oncològiques han pogut mantenir efectes petits/mitjans envers l'angoixa emocional i la qualitat de vida en els pacients amb una neoplàsia maligna en general (25).

Pel que fa les intervencions en el CM, l' Associació Americana de Psicologia, recomana teràpia psicològica, tant individual com en grup, la primera per a canviar patrons de pensament i conducta (model cognitiu-conductual) i la segona per a rebre recolzament emocional de dones que han patit unes circumstàncies similars (26), perquè mai seran les mateixes.

### **7.2. Teràpia individual:**

En aquest punt, ens centrarem amb la teràpia individual basada en el model cognitiu-conductual, encara que també es portin a terme altres teràpies com ara educatives per a augmentar la participació de la pacient en el diagnòstic i tractament (12).

La teràpia cognitiva-conductual en el CM consisteix en disminuir els nivells d' ansietat i depressió, desenvolupar habilitats d'afrontament positives per a millorar la percepció de qualitat de vida (27).

Varis estudis han demostrat l'eficàcia d'aquesta teràpia individual, assegurant que l' efecte positiu és molt significatiu amb un número més aviat reduït de sessions (27) (28).

### **7.3. Teràpia en grup:**

Les intervencions grupals estan basades en el recolzament social i l'expressió de sentiments. Aquestes, tenen com a objectiu augmentar l'afrontament de la malaltia, mitjançant l'explicació o bé l'escolta d'experiències similars amb les quals es puguin sentir identificades. A més a més, les dones que hi participen pertanyen a un col·lectiu i comparteixen una història similar però mai comparable.

El grup està dirigit per un professional, generalment és un psicòleg, treballador social o personal d'infermeria, però també pot estar moderat per una persona que hagi viscut una experiència semblant. La funció del dirigent del grup es basa en guiar les intervencions, com també la temàtica a tractar. Els temes d' interès més habituals són els següents: efectes secundaris, l'estrès, l'autoestima, canvis en l'estil de vida, sexualitat, alimentació, entre altres (29).



#### **7.4. Tractaments complementaris:**

Per a finalitzar aquest punt, cal fer esment específic en que existeixen altres intervencions que també ajuden a aconseguir l'objectiu que es proposa la psicooncologia: millorar l'estat d'ànim de les pacients que han patit CM. Un exemple d'aquestes intervencions seria l'exercici físic. S'ha comprovat en diversos estudis que l'activitat física ajuda a prevenir un 10-25% el risc de patir CM comparat amb dones sedentàries (30). Per altra banda, altres estudis han afirmat que l'exercici físic durant el tractament reforça a la dona tant a nivell físic com psicològic (31) (32).

Tot i això, cal recordar que les activitats sempre han de ser individualitzades a cada cas en concret i supervisades per un professional de la salut, atès que s'hauran d'adaptar a les capacitats, és a dir, a les circumstàncies de cada persona.

## 8. METODOLOGIA

L'estudi que s'ha portat a terme en aquest treball és de caràcter fenomenològic (33), basat en la metodologia qualitativa.

Aquesta tècnica d'investigació qualitativa, es caracteritza per la absència d'hipòtesis prèvies o tindre un caràcter molt general, amb finalitat de comprendre la realitat. Tanmateix, té un caràcter inductiu i subjectiu. Aquests estudis, son puntuals i tenen una extensió més petita, sent interpretatius i amb una finalitat de buscar el sentit al contingut de la informació.

Concretament, aquest estudi té la finalitat d'observar i comprendre les experiències de les dones que pateixen o han patit una neoplàsia maligna de mama, des d'un punt de vista més humà, i per tant, holístic.

En primer lloc, durant els mesos de novembre i desembre, hem portat a terme una recerca bibliogràfica a les bases de dades *CINAHL*, *Dialnet*, *Pubmed* i *Google Academic*, per tenir una idea general del que suposa el càncer de mama per a les dones que l'han patit. La visualització de diversos vídeos mitjançant la plataforma *Youtube* (concretament en el canal AECC), també ens ha ajudat en aquest sentit. Gràcies a tots aquests recursos, hem començat a pensar les preguntes que formaran part de l'entrevista semiestructurada que realitzarem.

Per l'obtenció de dades, amb l'objectiu de tindre als individus com a epicentre del treball i sense perdre de vista el context en el que es troben, realitzarem una sèrie d'entrevistes semiestructurades en les que prèviament facilitarem un consentiment informat dissenyat expressament per a la realització d'aquest estudi. Efectuant-se aquestes investigacions durant el mes de gener de l'any 2021 a la província de Tarragona, Catalunya.

Per tant, el mètode de recopilació d'informació escollida és l'entrevista, i es basa en un diàleg verbal entre dues persones, on es pretén arribar al coneixement d'una problemàtica a partir d'una relació inter-personal.

Els *critèris d'inclusió i exclusió* per a l' elecció de les dones són els següents:

*Critèris d'inclusió:*

- Dones majors d'edat amb diagnòstic de càncer de mama en els últims deu anys.
- Dones que visquin a la província de Tarragona i que compleixin tots els criteris d'inclusió esmentats anteriorment i autoritzin al consentiment informat la seva participació.

*Critèris d'exclusió:*

- Persona amb dificultats cognitives per a comprendre i respondre les preguntes de l'entrevista semiestructurada.

Pel que fa a les entrevistes, establim un primer contacte mitjançant una entrevista informal (no estructurada i sense gravadora), seguidament realitzarem entrevistes no dirigides de caràcter més obert i amb gravadora, per a poder escoltar els discursos de forma completa les vegades que sigui necessari i poder arribar a comprendre el que pensen i el que senten les dones d'aquest estudi en qüestió. Per últim, portarem a terme entrevistes semiestructurades amb un guió (Annex 1) i una sèrie de categories ja definides, tot i que les qüestions es realitzaran de la forma més oberta possible.

Es preveu que aquestes entrevistes tinguin una durada aproximada entre 30 minuts i una hora amb cadascuna de les dones que vagin a ser entrevistades, proporcionant d'aquesta manera un ambient d'intimitat i confiança. El lloc on les realitzarem serà diferent segons la disposició de la persona, o bé mitjançant una videoconferència.

A més a més, utilitzarem l'observació participant, ja que ens ajudarà a accedir a un nivell d'informació més profund, amb perspectiva èmic, aproximant-nos a la seva realitat, sobre allò que han experimentat les persones que son objecte del nostre estudi, amb la finalitat de reduir el biaix.

Finalment, esmentar també que totes les integrants d'aquest estudi van autoritzar per escrit mitjançant el consentiment informat (Annex 2) la seva participació en el projecte.

## 9. RESULTATS

Després de la realització de les entrevistes a les quatre dones que es van presentar com a voluntàries al nostre estudi, vam poder identificar i realitzar les respectives transcripcions, com també la classificació en categories i subcategories (taula 1). Aquestes, representen el cos de les emocions i sentiments que van experimentar les participants de l'estudi durant les proves diagnòstiques, al moment del diagnòstic, en el procés de tractament i en les revisions anuals.

Es tracta de quatre dones de parla catalana que viuen a la província de Tarragona, concretament a Reus, que han patit càncer de mama, cadascuna d'una manera molt diferent i particular. Actualment, es troben en diferents etapes en referència a aquesta neoplàsia maligna ens referim.

**Anàlisi del discurs:** s'analitzaran els principals ítems els quals han fet referència les participants durant les entrevistes, organitzats segons les categories i subcategories que s'observen la taula 1.

**TAULA 1:**

<i>Categories</i>	<i>Subcategories</i>
<i>Sentiments</i>	Diagnòstic i proves Futur
<i>Preocupació sobre la imatge corporal</i>	-
<i>Priorització de la salut</i>	-
<i>Suport/recolzament</i>	Família i amics Psicooncologia Grup d'ajuda mútua
<i>Sensació de falta d'informació i comunicació amb els professionals</i>	-
<i>Canvis i estil de vida</i>	Complicacions Hàbits

## CATEGORIA 1: SENTIMENTS.

Definim els sentiments, com la suma de les emocions i pensaments que sorgeixen en les persones. Aquets tenen una base cognitiva amb un alt component subjectiu.

Aquests afeccions que es desenvolupen, es deuen a les avaluacions, interpretacions i atribucions que realitzem dels nostres successos tant interns com externs.

Sent la neoplàsia maligna de mama, considerada com una malaltia causant d'un gran impacte emocional i psicològic segons molts estudis.

*1.1. Diagnòstic i proves.*

En la gran majoria d'aquests estudis realitzats mitjançant les entrevistes, gran part de les dones durant el diagnòstic i la realització de les proves diagnòstiques, expressen sentiments d'angoixa, de confusió i de por a la mort, representant totes aquestes emocions com un xoc anímic.

Durant la realització de les primeres proves i consultes mèdiques, la **usuària 1**, comenta el següent davant les proves diagnòstiques, referint no sentir en un primer moment por ni angoixa. De la mateixa manera, descriu les impressions i la confusió davant la situació, ja que no s'esperava aquest resultat:

*'No, no, perquè en cap moment semblava que podia tenir un càncer.'* *'Que jo conegui no han tingut cap càncer de res i llavors no tenia la sensació d'això. Tenia la sensació de m'hauran de treure alguna cosa, un tap que he de tenir, perquè tot era al conducte i pues potser serà una cosa així. Però no.'*

D'altra banda, a l'hora de rebre la notícia on ja li van diagnosticar el càncer de mama, afirma sentir-se nerviosa i bloquejada:

*'Llavors jo si que em vaig ja posar molt nerviosa, se'm va caure el mon a sobre i la paraula càncer realment fa molt, molt, molt de mal, molt, molt... clar jo aquí em vaig quedar molt bloquejada'*

*'Quan m'ho diuen a Reus, em bloquejo totalment i dic però no entenc, no entenc perquè m'han de treu-me el pit quan em dieu que és tant poca cosa i jo m'he de treure el pit, senzillament a tothom li feu quimioteràpia i després li feu radioteràpia... I lis vaig demanar radioteràpia i quimioteràpia i lis vaig: però deixeu-me el meu pit.'*

*'Allí ho vaig passar molt malament, però bueno, vaig pensar, ho he de fer perquè s'ha de saber quin resultat tinc, vull dir, s'ha de saber...'*

*'No, No. És que va ser com una bufetada. I.. tens un càncer t'has d'operar, t'operem i ja estàs operada. Ha sigut així. Mhh..'*

Totes les dones afirmen haver passat una etapa de negació de la malaltia, és a dir, expressen la dificultat que els va suposar acceptar el diagnòstic.

La **usuària 2** comenta el següent davant el diagnòstic:

*'Clar, jo no m'ho creia perquè o sigui, feia un any que estava tot bé, jo no tenia cap antecedent, jo deia pues si jo soc una persona que vaig de casa a la feina, no fumo, no bec, no... Allò que no...(sospira), que no t'ho creus. M'ho vaig de tenir que menjar amb patates... va ser molt dur.'*

I, davant les proves diagnòstiques ens explica i reflexiona com, a poc a poc, van sorgint gran varietat de sentiments en diferents etapes fins que arriba a acceptar la realitat del que l'està succeint:

*'i penses això és un error, a mi no em pot tocar i bueno pues quan t'ho diuen, bueno... ja està.'*

*'I pues, bueno... no sé... es com si estiguessis... com si viguessis una altra vida... no sé.'*  
*'I bueno, és realment el que em va passar, jo no estava acceptant lo que m'estava passant'*

*'I realment, les tres etapes les vaig passar i un dia no se perquè, vaig agafar allò que em va dir la psicooncòloga, me'l vaig posar sota el braç com si diguessin i vaig aprendre a conviure amb ell. No se com em va passar ni quan però si que se que un dia, bueno... (sospira i mira cap amunt), s'accepta, i viu amb tu i ja està. I segueix vivint amb mi... Encara que faci cinc anys.'*

Descriu el moment del diagnòstic com el pitjor que li va passar durant tots aquests procediments als quals es va enfrontar:

*'Bueno i el fet de anar entrant a màquines i a proves i tot això ho vaig portar molt malament, però molt malament... molt, molt, molt...'*

*‘Si, bueno, el diagnòstic va ser com potser lo pitjor perquè jo hi vaig anar al metge per una cosa i després bueno, hi van sospitar de l’altre pit, perquè jo ho vaig tenir bilateral... Llavors, hi vas per un i dius bueno... però clar, et diuen, no, es que clar, al pit esquerre també hem vist una altra cosa. I dius bueno, per favor, no sé no... em vull morir ja...’*

D’altra banda, la **usuària 3**, explica com el va afectar aquesta malaltia psicològicament i que, per ella, el pitjor va ser el tractament:

*‘De la malaltia no, de la malaltia en si jo em vaig trobar bé, va ser el tractament. O sigui, a mi el que em va fer més mal va ser el tractament.’ ‘Tot això psicològicament et va marcant..., m’anava marcant...’*

Per ella, el conflicte emocional que va viure amb el seu fill li va marcar molt durant el procés d’aquesta malaltia i ho defineix com:

*‘Perquè és el que dèiem, tu no et trobes bé, tenia el meu fill petit súper adolescent, perquè era súper adolescent, ell es va revelar amb el mon. Ja ho sabeu com sou, no? Es a dir, tothom tenia culpa de tot i ell... (sospira), ell no ho va engolir bé’ ‘I això també em va fer mal a mi! La reacció del meu fill! Vull dir, per sort no ha sigut així. Al menys et puc dir que ha sortit tot més o menys.’*

*‘Per això et dic que de la mateixa manera que va ser ell el que em va fer molt de mal... molt de mal perquè ell no va assumir la malaltia que jo tenia’*

*‘Vaig caure en una depressió molt forta (senyala a terra). Vaig tocar fons. Perquè vaig tocar fons. L’únic que hi va haver algú que em va estirar (s’agafa el jersei i l’estira cap al sostre) així amunt... I.. poquet a poquet en vaig sortir. Però ho vaig passar molt malament (li cauen llàgrimes)... veus, recordant-ho, encara m’afecta.’*

*‘Vull dir pensava més amb ells que amb mi. Aquest va ser un dels errors, que clar em van afectar. Jo esperava més del que em van donar. I llavors això psicològicament... I el que és la malaltia en si, pensar que m’havia de morir... sí que ho vaig pensar.’*

Per últim, i des d’un punt de vista molt més optimista, la nostra **usuària 4**, explica i realitza una contraposició davant dos vessants on explica (com la majoria de les entrevistades) que durant les proves i el diagnòstic es va sentir molt confosa i amb molta incertesa:

*‘A veure, jo el dia que m’ho van dir jo em vaig quedar una mica sobtada, em vaig quedar com impactada. En aquell moment no vaig plorar ni res i ho vaig comentar amb la família i amics més propers que tenia i doncs em vaig animar en ells, ells en mi... (riu)  
Després sí que va haver un moment en el que et deixes anar i vaig caure... (sospira nerviosa).’*

*‘I si que em quedo... potser por no, potser respecte de no saber què passa, o incertidumbre’*

*‘A veure, si que és veritat que va haver algun moment que ho passes malament, que t’enfones i plores, no saps perquè...’*

I d'altra banda, observem els següents comentaris durant l'entrevista:

*‘S’ha d’acceptar i s’ha de tirar endavant. Si no ho acceptes, et fiques en un bucle i llavors et fiques en negatiu, negatiu, negatiu... i llavors és pitjor. I jo la veritat que amb això ho he portat bastant bé. Al moment en el que ho vaig acceptar, ja està.’*

*‘Intentava sortir el màxim possible, el que la meva malaltia i el que el tractament em deixava, per no enfonsar-me i no caure en una depressió grossa.’ ‘És una mica intentar mantindrem positiva, fer coses...’*

## 1.2 Futur.

A l'hora de la realització de les entrevistes de la nostra investigació, vam afegir una pregunta amb perspectiva futura en relació amb com els hagués agradat que les tractessin durant aquesta etapa de la seva vida i quins consells donarien a les dones que estiguin afrontant aquesta malaltia.

En relació amb aquesta pregunta, la **usuària 2**, comentava amb perspectiva positiva sentir-se amb més força i amb capacitat de visualitzar i viure la vida d'es d'un altre punt de vista:

*‘O sigui que dono consells, com si diguéssim, perquè vegin la vida d'una altra manera, saps?’ ‘I llavors a vegades els hi dic t'enfades per això, de veritat? Per això val la pena? O sigui que no... També t'ha canviat una mica.’*



*'l 'escala de valors, saps? Hi ha gent que et compren a la vida i hi ha gent que no. Però bueno, entenc que també hi ha gent que m'entengui i gent que no.'*

La **usuària 1**, afirma que ara té la capacitat de prioritzar les petites coses, recolzant-se una vegada més, en els seus fills:

*'He canviat una mica de fer de les meves coses. La manera de pensar i tal... la por aquesta suposu... doncs de viure més el dia a dia, despreocupar-me del que et puguin dir, del que et puguin fer. Prioritzes... et passen per davant altres prioritats, la família, els fills..'*

*'I, i.. ho disfruto, m'entens? Perquè vull disfrutar això, perquè encabat tot això ens marxa. A la que ells facin la seva vida, o d'allò..pues mira tot això que tindrè i ara em vec més que necessito aquest carinyo.'*

## CATEGORIA 2. PREOCUPACIÓ PER LA IMATGE CORPORAL.

Com ja sabem, la imatge corporal, es tracta d'un constructe en el qual s'implica gran quantitat sentiments i percepcions que, durant el diagnòstic i el tractament del càncer de mama, es veuen alterades.

És el cas de la figura femenina i, sobretot, quan ens referim a la nostra cultura en l'àmbit de la sexualitat i atractiu i, també, amb forta relació durant la maternitat i la lactància. És aquí on el pit té gran importància i afectació en quant a l'alteració d'aspectes psicològics ens referim.

Com vam poder observar a les nostres entrevistes i en concret, davant la **usuària 1**. Per aquesta dona, el seu pit suposa una gran influència davant la seva salut mental. A continuació, es poden observar les seves manifestacions des d'un primer moment, com bé expressa durant el procés del diagnòstic:

*'Quan m'ho diuen a Reus, em bloquejo totalment i dic però no entenc, no entenc perquè m'han de treu-me el pit quan em dieu que és tant poca cosa i jo m'he de treure el pit, senzillament a tothom li feu quimioteràpia i després li feu radioteràpia... I lis vaig demanar radioteràpia i quimioteràpia i lis vaig: però deixeu-me el meu pit.'*

En aquesta dona, es pot observar un clar exemple de la importància que té per a ella el pit, com a empoderament de la seva imatge com a dona i la gran afectació que li suposa en l'àmbit emocional:

*‘Però deixeu-me el meu pit. Tenia molta por a veure’m sense pit i por a que em treguin una cosa que es teva i la por... Jo soc una dona molt femenina i llavors és una part molt important per a mi, perquè hi han dones que potser diguin pues escolta jo em quedo sense pit i s’ha acabat. Jo no, jo sempre vaig molt escotada i m’agrada...’*

*‘I em vaig ofuscar amb l’operació per no pensar em trauran un pit, i tal... Aquells dies abans de l’operació un drama, una despedida cada dia com si li fes.. m’entens?’*

*‘Però clar la mutilació és meva. El pit és meu.’*

### CATEGORIA 3. PRIORITZACIÓ DE LA SALUT.

D'altra banda, sorgeix un punt de vista molt diferent del que comentaven anteriorment, ja que, durant el diagnòstic i el tractament d'aquesta malaltia, moltes de les entrevistades comenten i afirmen la importància de tirar endavant passi el que passi sense donar gaire importància a l'estètica o imatge corporal.

Com bé va confirmar la nostra **usuària 4**: *‘per a mi, és més important tenir salut que perdre un pit. El pit doncs mira ara mateix el torno a tenir i si no doncs sense pit, però per a mi és més important sumar vida que tenir un pit més o un pit menys.’*

Per ella, perdre un pit o tindre la possibilitat que la seva imatge corporal pogués canviar no li va suposar un problema a l'hora d'afrontar-ho, mantenint la seva postura i donant més importància a la salut: *‘però per a mi és més important tindre salut, perquè el cabell em creixerà, les ungles em creixeran... I si tot va bé, jo sortiré d'aquesta i podré tornar a viure, podré tornar a pentinar-me, pintar-me les ungles, i per a mi lo important és això, no? Vull dir, poder explicar-ho.’*

I, com va dir durant l'entrevista: *‘Llavors, poc a poc ja vas assimilant, ja vas acceptant que això marxarà’*

Però, en contraposició a la postura que ens comentava sobre la importància de la imatge corporal i dels pits com a representant de la figura femenina de les dones, podem observar com, davant d'una gran saturació d'informació durant el procés prequirúrgic, la **usuària 1**, comenta el següent després de realitzar-li la pregunta sobre la importància que suposava per ella veure's el pit després de l'operació:

*‘Total, total, cent per cent, es que cent per cent. Cent per cent fins que no vaig arribar a Barcelona i vaig dir, traieu-me tota aquesta m\*rd\* i deixeu-me comestic.’*

Per últim, la **usuària 2**, comenta la importància del suport del seu marit davant aquesta malaltia i la prioritització de l’estima:

*‘Bueno, el meu marit va ser una part molt important, va estar amb mi en tot moment... No era una persona que... Em va dir que el meu físic quedés com quedés em seguia estimant igual... Que s’havia casat amb mi per a lo bo i per a lo dolent...’*

#### CATEGORIA 4. SUPORT / RECOLZAMENT.

El diagnòstic d’una malaltia oncològica pot aparèixer en qualsevol etapa de la vida i afecta tant a la persona que ho viu, com als seus familiars i entorn més proper. El suport psicològic és essencial per a millorar la qualitat de vida d’aquestes pacients, des del diagnòstic, durant el tractament i fins a les últimes revisions.

##### 4.1 Família i amics.

En aquest estudi, totes les participants coincideixen en el fet que han rebut suport emocional per part d’amics i / o familiars.

##### **Usuària 1:**

*‘Plego de la feina i me’ n vaig cap allà i truco a una amiga meva, que treballa allí a prop i li dic m’han dit això... i ella em diu, surto i vinc, i així va ser. ‘*

**Entrevistadora:** *‘ Sempre anaves acompanyada de la teva amiga? Sí. I aquesta vegada va tornar amb mi també el meu fill i estava més tranquil·la. ‘*

*‘Llavors tinc una altra amiga que és, vaja que treballa amb això del càncer. Vale? I llavors la F., la vaig trucar tres-centes vegades també’*

##### **Usuària 2:**

*‘El meu marit va ser una part molt important, va estar amb mi en tot moment... Em va dir que el meu físic quedés com quedés em seguia estimant igual...’*

*'També tinc una amiga, a Alemanya, que va estudiar aquí a Barcelona però se'n va anar a Alemanya a estudiar, va estudiar i es va quedar a allà viure es va casar allà i tot això... Ella havia passat un càncer de tiroides. Llavors quan li vaig dir lo meu, va agafar un avió i abans de 24h ja hi era aquí, a casa meva'*

**Usuària 3:**

*'Em vaig sentir acompanyada perquè sempre hi vaig anar amb algú. La ecografia hi vaig anar amb una amiga que va ser on hem van diagnosticar, o sigui em van donar... I a Barcelona hi vaig anar amb les meves germanes. Vull dir, que no hem vaig sentir en cap moment sola'*

**Usuària 4:**

*'Ho vaig comentar amb la família i amics més propers que tenia i doncs em vaig animar en ells, ells en mi... (riu)'*

*'El recolzament més fort per a mi va ser del meu marit i de la família i els amics'*

#### 4.2 Psicooncologia.

Respecte a les respostes proporcionades per les dones, es pot observar que totes han rebut suport d'una persona propera. Tot i això, existeix heterogeneïtat en les respostes pel que fa a rebre teràpia psicològica en si. L'abordatge psicològic dels pacients oncològics és molt variat, cada persona viu aquest procés d'una manera diferent. El psicooncòleg ofereix atenció psicològica especialitzada i complementària al tractament mèdic. Tot i això, a vegades és necessària, atès que ajuda a la pacient a gestionar de la millor manera possible les emocions que sorgeixen durant tot el procés de malaltia.

Totes les intervencions expressades per les dones respecte a la teràpia psicològica es mostren a continuació. Tres participants han afirmat demanar ajuda psicològica i una ho ha fet després de passar tot el procés.

**Usuària 2:**

*'Després vaig demanar ajuda a la psicooncòloga de l'hospital i em va ajudar molt el fet de que... (sospira). Bueno, vaig entrar allí i em van dir les tres etapes que passaria, que una seria doncs de no acceptar-ho, d'estar enfadada amb el món, de rebatre tot, de donar cops de puny a tot, pues als coixins de casa i tot això... I bueno, és realment el que em va passar'*

**Usuària 3:**

*‘Vaig anar a la psicooncòloga durant molt de temps, durant molt de temps... Perquè és el que dèiem, tu no et trobes bé’*

**Entrevistadora :** *per tant, anar a la psicooncòloga creus que va ser un recurs que vas aprofitar? Et va ajudar? ‘Sí, sí. Hi anava cada setmana, hi vaig anar potser... no ho se... quatre anys. I després de quan vaig tornar.. de quan em va passar això d’anar a.. a la UCI...’*

**Usuària 4:**

*‘... Fins que no vaig acabar amb tot no vaig demanar una psicòloga. Perquè llavors sí que em vaig enfonsar, llavors ja el meu cos i la meva ment ja sí que va fer pufffff (sospira)... i llavors ja sí que vaig tindre que demanar ajuda. Vaig anar un parell de camins i la veritat que ja està... ‘*

Una pacient va rebutjar l’ajuda psicològica, encara que no descarta anar-hi en un futur pròxim.

**Usuària 1:**

*‘Jo vaig dir que no perquè vaig pensar quin rollo ara.. anar al d’ estètica, a l’oncòleg, ara més visites, també al psicòleg i tal.. però ara sí que m’ han aconsellat visita psicològica eh.. la doctora de capçalera, la de la baixa, m’ha demanat perquè sí perquè he passat uns dies molt dolents ‘*

**4.3 Grup d’ajuda mútua.**

Tanmateix , dues de les quatre participants esmenten haver format part d’un grup d’ajuda mútua i, aquesta experiència, haver-les canviat la manera de pensar i veure la seva situació. També afirmen haver pogut expressar millor com es senten.

**Usuària 2:**

*‘Anàvem en aquest grup d’ autoajuda i clar quan explicaves lu teu i veies que... que clar hi havia casos com a més fotuts o.. pues bueno (fa una pausa) encara donaves gràcies de.. de que lu teu doncs malgrat tot rotlles bé, no?’*

*‘em donava aquesta sensació, que clar jo joveneta que era i que, clar, veies aquelles dones, amb aquella.. doncs jo vaig a ballar! Doncs jo cada dia.. jo que sé, no? I tu deies bueno, doncs sí aquestes dones.. doncs bueno jo de gran vull ser com elles, deia.’*

**Usuària 3:**

*‘de la lliga del càncer... hi havia... unes reunions d’ajuda mútua ehh... amb persones que totes han passat la mateixa malaltia. I a mi em va ajudar molt. Perquè anaves allí, et desfogaves, ploraves, cosa que per exemple a vegades a casa tenies moltes ganes de plorar i et treies... és que a casa no m’entenen’*

**CATEGORIA 5. SENSACIÓ DE FALTA D’INFORMACIÓ I COMUNICACIÓ AMB ELS PROFESSIONALS.**

La comunicació efectiva en l’àmbit d’oncologia s’ha definit com un diàleg entre el pacient i l’equip, on la informació es transmet de manera satisfactòria i cap de les parts es veuen limitades a expressar el que senten, preguntar o bé donar la seva opinió (34). El professional de la salut ha de disposar d’habilitats de comunicació de la informació. Per a donar a conèixer una notícia, com també per a transmetre la informació durant tot el procés de malaltia. És molt important utilitzar les paraules adequades, amb un to de veu adequat, de manera honesta, donant a entendre a la persona la comprensió de la seva situació.

Per tant, cal presentar una comunicació verbal i no verbal assertiva. D’aquesta manera, el pacient se sentirà segur i participi de totes les proves i el tractament que seguirà a terme, i no tindrà por de manifestar tot allò que no entengui al personal sanitari.

En aquest estudi, podem observar com, a vegades, la informació per part dels professionals no era del tot clara i altres vegades molt directa. Es pot observar en l’entrevista de la **usuària 1**:

*‘perquè s’havia de biopsiar el que havien vist, però en cap moment em van dir què és el que jo tenia...’*

*‘No, no, quan em diuen a Reus, quan m’ho van dir a Reus, van ser molt directes, clar jo aquí em vaig quedar molt bloquejada, perquè a més a més jo no m’esperava per a res la visita, jo estava a la feina i em truquen...’*

Durant el procés previ a l’operació, la **usuària 1**, va patir molta angoixa i nerviosisme a causa de la discordança de la informació entre professionals. Un disgust que s’hauria pogut evitar si la comunicació hagués sigut l’adequada:

*'No es transmeten bé la informació del metge oncòleg a metge d'estètica i el d'estètica dona per suposat cent per cent que m'han de fer radioteràpia. Jo arribo allí com una "pardilla" total que no tinc ni idea del que m'han de fer, prou feina tinc en saber què és una radioteràpia. Arribo allí molt nerviosa...amb la meva amiga, ell amb pujat, aquesta vegada, la única vegada com a molt... una mica molt prepotent i jo molt poca cosa (sospira), enfosadíssima, en la misèria i ell em va a començar a parlar i a ensenyar pits... i pits mutilats i pits amb tatuatges, i pits un a dalt i un altre a baix, i pits després de la radioteràpia... I em va començar a parlar de moltes operacions, primer d'una operació, després d'una altra operació, després d'una altra operació, després d'una altra operació... i jo deia però: no, no, no estem dient lo mateix, no estic entenent res '*

Tot i això, una infermera la va sentir i ella es va poder tranquil·litzar i explicar com se sentia:

*'Llavors passa una infermera per allí i em diu, penja el telèfon i vine cap aquí i jo crido a la meva amiga. I la infermera em diu què et passa, què et passa... Moolt, mooolt, mooolt bé... una amabilitat... I em va dir, tranquil·litzat aquí. Es que jo anava que em faltava el aire, allò era... no entenia res. Jo deia és un somni, no em pot passar a mi... no em pot estar passant a mi (rectifica). I llavors la infermera molt agradable, però molt agradable, em va dir, seu aquí, t'explicaran els passos no hi ha cap problema, es pot solventar.'*

La **usuària 4**, no tenia del tot clar què li passava i la informació que li proporcionaven no era precisa durant la realització de les proves diagnòstiques:

*'he de admetre que cada vegada que hi anava al metge em deia una cosa diferent... I al ser un càncer no res, sense res, insignificantiu, això t'ho traiem, un mica d'aquí, una mica de quimioteràpia (li deien)... Anava poc a poc a més, no? I si que em quedo... potser por no, potser respecte de no saber què passa, o incertidumbre, de dir osti\* què està passant que no em ho volen explicar... Va arribar un moment que vaig pensar, bueno, m'estic morint i la ginecòloga no m'ho vol dir i m'envia a l'oncòloga per a que m'ho digui: mira t'estàs morint i et queda molt poc de vida...'*

*'després tenia la sensació aquesta de que no... no que m'estava enganyant però si de que m'estava ocultant informació.'*

Per altra banda, la **usuària 3** i la seva família, també van patir preocupació i angoixa a causa de un error evitable per part del personal sanitari (en aquest cas, després de passar uns dies a l'UCI):

*'però en un primer moment em van dir que tenia.. que tenia.. una altra vegada càncer. I... que em quedava molt poc temps de vida. I això va ser molt fort. Perquè jo vaig pujar de la uci a dalt a l'habitació. I llavors se'm van presentar set o vuit bates blanques i em van començar a explicar el que m'havien trobat i tot això i... Bueno a mi que em moria no m'ho van dir. Això li van dir al meu home i als meus fills, que em quedaven tres mesos de vida.'*

*'i al final se'n van donar compte de que s'havien equivocat... I d'acord s'havien equivocat però el mal ja l'havien fet, perquè al meu home el van tocar molt, als meus nens els van tocar molt i al petit encara el van tocar més'*

En el cas de les **usuàries 2 i 3**, la informació va ser transmesa de forma adequada al moment del diagnòstic:

#### **Usuària 2:**

*'Entrevistadora: Perquè, al moment de la realització de les proves t'anaven informant del que sospitaven? Si, bueno, el diagnòstic va ser com potser lo pitjor perquè jo hi vaig anar al metge per una cosa i després bueno, hi van sospitar de l'altre pit, perquè jo ho vaig tenir bilateral... Llavors, hi vas per un i dius bueno... però clar, et diuen, no, es que clar, al pit esquerre també hem vist una altra cosa.'*

#### **Usuària 3:**

*'I al ginecòleg hem va fer la revisió i la mamografia i a les 24 hores de fer-me la mamografia em van trucar que anava d'anar a fer-me una ecografia, una ecografia però una mica més especial. I allí ja van veure que ja... que era cancerigen i que s'havia de tractar. '*

Tot i això, aquest any la **usuària 2** no ha rebut l'atenció corresponent al seu procés de seguiment:

*'Aquest any estic molt enfadada perquè he hagut de demanar les visites jo. Suposu que per tot.. tot no? Però.. Que et fan sentir desprotegida, no? Jo a l'estiu vaig tindre que*



*trucar a les ginecòlogues i els hi vaig dir: bueno que no em penseu fer cap revisió? (pausa i sospira)'*

Al final de la entrevista, la **usuària 4** va expressar una relació terapèutica adequada amb el personal sanitari:

*'Jo és que.. realment amb... amb... els sanitaris, amb els doctors i tal, jo m'he sentit molt arropada, tant per les infermeres que et donen quimio o les que et donen radio, com pels doctors.'*

#### CATEGORIA 6. CANVIS I ESTIL DE VIDA.

Una neoplàsia maligna de mama suposa un punt d'inflexió en la vida d'una persona, tant a l'àmbit físic, social com emocional.

Després d'un diagnòstic i tractament de la malaltia, la persona ha d'assimilar tot el que ha viscut i realitzar certs canvis en el seu estil de vida. En primer lloc, és essencial reflexionar envers la vida abans del càncer. Realitzar-se certes preguntes com ara: Què feia malament? Com m'alimentava? Quin nivell d'estrès portava? Feia exercici? Pot ajudar a pensar en els canvis que ha de portar a terme la pacient (35).

Per tant, és essencial acomplir activitat física de forma més regular, és a dir mantenir-se actiu físicament, la Societat Americana del Càncer recomana als supervivents de càncer realitzar a la setmana almenys 150 minuts d'activitat física moderada o 60 minuts d'activitat aeròbica atlètica, mantenir un pes corporal saludable, no fumar i consumir sis porcions de fruites i verdures cada dia (36). Tot i això, sempre ha d'estar adequat a les seves necessitats i autoritzat per un professional de la salut. Cal esmentar també que molt poques dones supervivents de CM reben aquestes indicacions i, d'aquesta manera més de 70% d'elles presenten sobrepès i obesitat (37). En segon lloc, cuidar la salut mental (acudint a teràpia si fos necessari) i reduir l'estrès mitjançant tècniques de relaxació. En tercer lloc, prioritzar el descans sempre que sigui necessari.

##### 6.1 Complicacions

Durant el tractament de la malaltia, poden sorgir efectes secundaris i efectes adversos. S'ha de tenir en compte que no totes les persones experimenten efectes secundaris i és possible que el facultatiu corresponent recepti o bé la infermera encarregada administri

fàrmacs antipirètics i / o antihistamínics per a evitar-los. En referència a les reaccions adverses, no són esperades i s'han de tractar tan aviat com es pugui per a evitar situacions crítiques.

En el nostre estudi, la **usuària 1**, va requerir tractament local (cirurgia) i no ha patit complicacions físiques, a banda del temps que havia de reposar després de la cirurgia.

La **usuària 2** comenta que va passar dues vegades per quiròfan i va requerir tractament sistèmic, hormonal i radioteràpia:

*'Llavors doncs, tens com una.. no ho se.. t'alleugera una mica que et diguin això. Tot i que va ser aparatós lu meu, perquè clar.. van intervenir en un pit i l'altre una miqueta també, no? Llavors dius, ostres tot el que he tingut s'acaba amb un tractament hormonal i amb radioteràpia.'*

Pel que fa als efectes secundaris, la **usuària 2** comenta que actualment sí que n'està patint:

*'suposu que el tractament i tot plegat m'ha deixat la matriu a 'campistrals'.. i no tinc res dolent gràcies a Déu, però tinc unes hemorràgies molt fortes i llavors els metges han optat per.. no sabem si és menopàusia o... però les hemorràgies són molt fortes i llavors han optat per, per... mirar-me tota, no?'*

La **usuària 3**, va realitzar tractament de quimioteràpia i de radioteràpia, i també va passar per quiròfan. Ella, explica el següent envers els efectes secundaris que va patir i que avui en dia afecten a la seva qualitat de vida:

*'Després, vaig tindre molt "mala pata", perquè vaig tindre, i encara els arrastro, molts efectes secundaris. '*

*'Pues bueno, em van sortir al·lèrgies, segueixo sent al·lèrgica al sol, cosa que no ho era abans. Soc al·lèrgica a l'aigua de la piscina, al cloro de la piscina, cosa que no ho era'*  
*'I bueno, anava a natació, anava tres dies i estava 15 dies a casa perquè en tenia molta picor vaginal i bueno, esto em va passar. Vaig anar a la ginecòloga de l'hospital i com que em va passar moltes vegades em va dir que era al·lèrgica i van decidir que no anés a natació'*

*‘Se’m van trencar costelles, no sabem com. No, no, tal com vos ho dic, eh.’*

La **usuària 4** va patir una mastectomia i tractament sistèmic (quimioterapèutic i radioterapèutic). Tot i això, ella remarca els efectes secundaris següents:

*‘jo no he tingut vòmits... bueno a part de la pèrdua del cabell, no? Però no he tingut vòmits, no he tingut nàusees, no he tingut... saps no ho se no he tingut res de tots els efectes secundaris que hi ha jo només he tingut cansament. Llavors clar, el dia que et donava el cansament, que potser jo que sé, del sofà al llit em podia tirar vint minuts per arribar-hi , llavors sí que et sents malament.’*

## 6.2 Hàbits

Cap de les usuàries fa referència al canvi d’hàbits o bé estil de vida, però si que les usuàries 1 i 2 fan especial esment al canvi de prioritats i totes dues afirmen valorar molt més el moment present.

### **Usuària 1:**

*‘He canviat una mica de fer de les meves coses. La manera de pensar i tal.. la por aquesta suposu.. doncs de viure més el dia a dia, despreocupar-me del que et puguin dir, del que et puguin fer. Prioritzes.. et passen per davant altres prioritats, la família, els fills..’*

### **Usuària 2:**

*‘a la feina pues a vegades.. bueno parles amb gent.. i també saben tot lu meu, i els hi dono consells..’*

### **‘Entrevistadora: Des d’una altra perspectiva, no?’**

*Sí. Que valorin les petites coses, que no.. I llavors a vegades els hi dic t’enfades per això, de veritat? Per això val la pena? O sigui que no... També t’ha canviat una mica l’escala de valors, saps? Hi ha gent que et compren a la vida i hi ha gent que no. Però bueno, entenc que també hi ha gent que m’entengui i gent que no. ‘*

## 10. DISCUSSIÓ

A partir dels resultats exposats en l'anterior apartat i considerant que l'objectiu principal del present estudi és conèixer com afecta en l'àmbit psicoemocional el càncer de mama en les dones a partir de les seves experiències, en aquest apartat s'esmentaran les similituds i les diferències en referència a la bibliografia publicada fins al mes d'abril de l'any 2021.

En relació amb els **sentiments** que es desenvolupen durant les diferents etapes del càncer de mama i, les usuàries entrevistades van comentar, de la mateixa manera que es conclou a l'estudi '*L'experiència de càncer de mama: percepcions y sentimientos de mujeres*', una gran diversitat de sentiments com la desesperació, ansietat durant el procediment i confirmació del diagnòstic i la por. Tanmateix, refereixen sentiments de tristesa i incertesa. Recalcant la importància de reconèixer les necessitats de cada persona (38).

Pel que fa a la **importància de la imatge corporal** i com hem pogut observar durant la realització de les entrevistes, es poden reconèixer dos vessants molt diferents. En el cas del article '<<No importa>>: *sexualidad femenina y càncer de mama*', podem concloure com en l'ocasió on la magnitud s'incrementa, descriuen la imatge corporal com una àrea no important en la seva vida, coincidint en gran part amb la majoria de les usuàries entrevistades en el nostre estudi on, en situacions on l'estrès i l'ansietat és trobaven molt augmentats, comentaven i deixaven en un segon pla la importància o el fet de realitzar una intervenció menys dràstica, prioritzant finalitzar amb aquesta malaltia (39).

Per altra banda, en el nostre estudi hem pogut descobrir de manera indirecta la **importància de la imatge corporal** per a una de les nostres usuàries, concretament a la **usuària 2**: '*Bueno, el meu marit va ser una part molt important, va estar amb mi en tot moment... No era una persona que... Em va dir que el meu físic quedés com quedés em seguia estimant igual... Que s'havia casat amb mi per a lo bo i per a lo dolent...*' Tanmateix, aquest raonament s'afirma a l'estudi '*Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con càncer de mama*' on es descriu que la baixa alteració de la imatge corporal pot ser manifestació del rebuig social o vergonya que poden arribar a sentir les dones a l'hora d'expressar la seva preocupació en diferents situacions relacionades amb la seva aparença física i emocional (40).

En aquesta investigació, el **suport emocional** més beneficiós en les dones que han patit CM prové majoritàriament d'amics i/o familiars, atès que són les persones que passen més temps amb elles. Aquest fet coincideix amb la majoria dels estudis cercats, que esmenten que el suport familiar ajuda a superar els moments d'incertesa i a l'enfrontament del tractament d'aquesta malaltia (41) (42).

Pel que fa a la **psicooncologia**, és a dir, l'ajuda d'un psicòleg per afrontar el CM, s'ha pogut observar que en el nostre estudi, l'ajuda psicològica ha estat rellevant, atès que tres de les quatre participants l'han requerit i aquesta última ha pensat a concórrer a la visita psicològica en poc temps. Tot i això, dues participants van reclamar la psicooncòloga després del diagnòstic i una única usuària ho va fer al final del procés. Aquest fet coincideix amb les dades que s'exposen al document *La atención psicológica al paciente de cáncer en España* esmenta que entre les patologies en les quals l'atenció psicològica es considera més necessària destaca, en primer lloc, el càncer de mama (43).

En referència a la bibliografia cercada, els resultats obtinguts en diversos estudis mostren que no rebre teràpia psicològica augmenta els sentiments de por, depressió, ansietat i preocupació i disminueix les estratègies d'afrontament de la malaltia (44).

En el nostre estudi, dues dones afirmen haver pogut acceptar i assimilar la malaltia molt millor gràcies a la **teràpia psicològica**. En un estudi realitzat l'any 2016, on es va analitzar l'estat emocional en dones amb CM després d'una sessió de psicooncologia, mostra que després de la visita la majoria de dones se senten animades (83,3%), valentes (83,3%) i tranquil·les (63,3%). Tot i això, aquest estudi també esmenta que el percentatge de dones que se senten preocupades després de la visita és superior a les dones que es senten despreocupades (60% i 40% respectivament) (45). Aquesta dada no coincideix amb el nostre estudi, ja que cap dona va esmentar sentir-se més preocupada després d'una visita psicològica, sinó al contrari, totes les dones que han rebut l'ajuda d'una psicòloga sentien que és un recurs que l'ha ajudat molt.

Pel que fa als **grups d'ajuda mútua**, en aquest document s'ha pogut observar com acudir a aquest tipus de teràpia augmenta el benestar de la pacient, ja que coneixen altres històries, poden rebre consells de dones que han passat per una experiència semblant, veuen altres punts de vista sobre la seva malaltia i senten que poden expressar-se amb naturalitat, sense rebre judicis de valor per part de cap membre del grup.

S'han comparat els resultats de la nostra enquesta amb els resultats d'un estudi on es van avaluar la qualitat de vida de les dones cinc anys després de la cirurgia de càncer de mama, membres de grups d'autoajuda (46). Els resultats de l'estudi exposen que les dones que van participar en el grup d'ajuda mútua tenen una major qualitat de vida i funcionament emocional, com també més perspectives de vida, de futur. En el nostre treball, no podem afirmar que les dones que hagin participat en un grup d'ajuda mútua tinguin una major qualitat de vida ni major funcionament emocional, atès que les usuàries 1 i 4, han escollit altres estratègies que també els han permès seguir endavant afrontant la malaltia. En el que sí que concorden els dos estudis és que els grups d'autoajuda brinden a les pacients amb CM la oportunitat de rebre i donar ajuda.

La **relació entre personal sanitari i pacient** ha de ser adequada a les necessitats de cada persona. Certament, no tothom vol rebre la mateixa quantitat d'informació. Tot i això, el pacient té dret a ser informat de la manera més adequada possible, atès que ho consideren imprescindible i determinant en la manera de viure la malaltia.

El tracte per part del personal sanitari en aquestes circumstàncies ha de ser des del respecte i l'empatia (47).

En el nostre estudi dos de les cinc participants van ser ben informades del seu diagnòstic, però durant el tractament no es van sentir ben notificades. Les altres dues participants, també afirmen que la informació que li proporcionaven durant i després del tractament no va ser l'adequada. Cap participant va sentir que el facultatiu pertinent compregués els seus sentiments.

Les usuàries 1 i 3 van explicar que elles o bé la seva família van patir angoixa degut a una mala comunicació entre professionals.

Un estudi que es va realitzar als Estats Units, va mostrar que la comunicació entre facultatiu i pacient era una barrera important alhora de manejar de manera eficaç els símptomes durant la quimioteràpia. La majoria dels pacients es van sentir incompresos (48). Els resultats d'aquest estudi concorden amb els nostres, atès que tres de les quatre pacients enquestades afirmen sentir poca empatia per part del personal sanitari.

Comunicar-se amb els pacients que pateixen una neoplàsia maligna pot comportar por i inquietud. A l'hora d'informar sobre un diagnòstic o bé l'operació, o les revisions posteriors en el càncer de mama és molt important tenir en compte els sentiments de la mateixa dona i deixar que expressi i consulti tot el que senti.

Com ja s'ha esmentat en l'apartat de resultats, el personal sanitari, ha de presentar les habilitats corresponents per a poder informar i dialogar amb el pacient oncològic segons les preferències d'aquest. Segons un altre estudi recent que comparava el comportament del facultatiu amb relació a l'angoixa psicològica del pacient, es va afirmar que donar males notícies sense tenir en compte les prioritats de la persona augmenta l'angoixa psicològica (49) i això mateix és el que han exposat les usuàries 1, 2 i 3 del nostre estudi. En canvi, la usuària 4 va afirmar que la relació personal-pacient era l'adequada, però sí que en alguns moments la informació que rebia era poc precisa.

A partir d'aquí, un estudi que es va realitzar l'any 2015, esmenta que la figura d'infermeria és molt important en l'àmbit d'oncologia, atès que els veuen com a figures més properes a les quals poder preguntar tots els dubtes. Tot i això, també afirma que cal reforçar el coneixement d'habilitats comunicatives amb el pacient (50).

Aquest fet coincideix amb una situació que va viure la usuària 1, on esmenta que una infermera la va ajudar a expressar el que sentia i va poder conversar més tranquil·lament amb ella.

Amb relació als **canvis i estil de vida**, és evident que cal fomentar estudis amb l'experiència de supervivents amb càncer de mama per a poder oferir una atenció de qualitat durant els anys posteriors a la remissió de la malaltia (51). Cal tenir en compte que, un supervivent a llarg termini és aquella persona que ha sobreviscut cinc anys o més després d'haver sigut diagnosticada d'una neoplàsia maligna, atès que s'ha demostrat que les recidives del càncer solen sorgir en els primers cinc anys postdiagnòstic (52).

Els sentiments que manifesten les usuàries 2, 3 i 4 de la mostra en referència a les **complicacions** dels tractaments, concorden amb la gran majoria dels diferents estudis consultats, que manifesten símptomes d'insomni, fatiga i reducció de la funcionalitat física i, a més a més, cal esmentar també que qualsevol tractament repercutirà tant a la pacient com a la família. (53) (54)

La Societat de Senologia i Patologia Mamària, afirma que realitzar exercici físic durant i després del tractament per un CM està altament recomanat i s'ha vinculat a una millora de la qualitat de vida i a un augment de la supervivència (12). En aquest sentit, en el nostre treball, les usuàries 3 i 4 fan referència a l'activitat física. La usuària 2 esmenta que va a caminar i és una activitat beneficiosa per a ella, i la usuària 3 comenta que també va a caminar, però no expressa cap sentiment de benestar i / o millora.

Portar una dieta saludable i equilibrada, mantenir-se físicament activa, cuidar la salut mental i descansar les hores necessàries, poden ajudar a qualsevol dona que hagi patit una neoplàsia maligna de mama a obtenir una millor qualitat de vida (37). En el nostre estudi, cap de les participants fa referència a haver-hi realitzat canvis en el seu dia a dia. Pel que fa als hàbits saludables, la usuària 2 comenta que ja portava una dieta equilibrada, sense hàbits tòxics abans del diagnòstic.

## 11. CONCLUSIÓ

A tall de conclusió, els actuals avançaments mèdics han permès una major supervivència de les dones que pateixen aquesta neoplàsia maligna i per això està certament 'normalitzada' en la societat d'avui en dia. En canvi, segueix sent una patologia molt dolorosa en l'àmbit personal i complexa per als familiars i amics propers.

Aquest estudi ens ha permès donar veu a quatre dones que han patit un procés molt diferent davant d'una mateixa malaltia com és la neoplàsia maligna de mama. Durant la realització d'aquest estudi, concretament a l'hora de portar a terme les entrevistes, hem pogut identificar la carència de dedicació i temps adequat en les nostres usuàries. Haver compartit una part del nostre temps amb elles, ha estat molt gratificant tant per elles com per a nosaltres. El fet de tenir més suport emocional juntament amb una forma més positiva de veure les diferents situacions, són un punt d'inflexió essencial davant la manera d'afrontar aquesta malaltia.

Pel que fa a les limitacions de l'estudi i en aquest cas, juntament amb la situació que estem patint en l'actualitat, no ha sigut possible realitzar les entrevistes de manera presencial, amb la consegüent dificultat per a la realització de l'anàlisi de la comunicació no verbal de les entrevistades.

Per tant, podem afirmar que, els resultats obtinguts, donen resposta als objectius plantejats. D'aquesta manera, hem pogut conèixer com afecta en l'àmbit psicoemocional el càncer de mama a les dones mitjançant la realització de les entrevistes on hem analitzat les experiències viscudes durant el procés de malaltia, afirmant que les dones de la nostra mostra han rebut suport emocional, sobretot per part de familiars i amics. Tanmateix hem identificat els aspectes principals que afecten les dones diagnosticades de CM en la nostra mostra d'estudi, com són la prioritització de la salut davant la imatge corporal i la importància de proporcionar informació per part del personal sanitari.



En termes personals, desenvolupar aquest treball de fi de grau ha estat molt positiu des de la vessant més holística i humana, com a futures infermeres i com a persones.

Pel que fa la hipòtesi, no podem afirmar-la, ja que totes les dones que han participat al nostre estudi han rebut un suport psicoemocional elevat. És a dir, considerem que seria interessant realitzar aquest estudi amb un nombre més elevat de participants, donant peu a la realització de nous estudis de caràcter qualitatiu a tall de proporcionar noves línies de millora, exposant aquest suggeriment amb visió futura d'ampliació de l'estudi.

## 12. CRONOGRAMA

En aquest apartat, ens hem plantejat un pla de treball, sent aquest la tècnica de desenvolupament i control de la programació de la nostra investigació anomenat diagrama de Gantt, que ens servirà i ajudarà a organitzar-nos durant la realització d'aquest estudi. Aquesta tècnica es tracta d'una forma habitual en la qual es representa el pla d'execució d'un projecte. A les files d'aquest quadre es pot observar la relació d'activitats desenvolupades. A les columnes, les escales de temps en les que les hem realitzat.

		Sept.	Oct.	Nov.	Des.	Gen.	Febrer	Març	Abril	Maig	Juny
<b>Planificació del projecte</b>	Presentació/resolució dubtes TFG	X									
	Seminari TFG	X									
	Petició d'assignació tutora TFG	X									
	Resolució d'assignació tutora TFG		X								
	1er contacte pre-tutoria presencial		X								
	1º tutoria presencial		X								
	Realització i entrega justificació TFG		X								
	Petició 2ª tutoria			X							
	2ª tutoria presencial			X							

<b>Revisió bibliogràfica</b>	Revisió d'articles Actualització d'estudis recents			X	X						
<b>Realització marc teòric</b>	Anàlisi sociodemogràfic Recerca bibliogràfica Realització marc teòric			X	X	X					
<b>Recol·lecció de dades</b>	Guió i planificació d'entrevistes Primer contacte entrevistades Realització d'entrevistes Transcripció entrevistes Anàlisi de les entrevistes				X			X	X		
<b>Entrega del treball</b>	Entrega del treball									X	
<b>Defensa del treball</b>	Defensa del treball										X

## 13. BIBLIOGRAFIA

1. Cáncer de mama: prevención y control [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 17 Oct 2020]. Disponible a: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
2. European Commission Initiative on Breast Cancer (ECIBC): European guidelines on breast cancer screening and diagnosis [Internet]. 2019 [citado 17 Oct 2020]. Disponible a: [https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/sites/default/files/Guidelines/EtDs/ECIBC\\_GLs\\_EtD\\_mammography\\_readers.pdf](https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/sites/default/files/Guidelines/EtDs/ECIBC_GLs_EtD_mammography_readers.pdf)
3. Pronóstico del Cáncer de Mama: Mortalidad y Esperanza de vida [Internet]. Asociación Española Contra el Cáncer. 2020 [citado 17 Oct 2020]. Disponible a: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/mas-informacion/evolucion-cancer-mama>
4. Ballester R, Cirauqui B, Dorca J, del Barco S, Falo C, Gil M, et al. ICOPraxis Mama per al tractament mèdic i amb irradiació del càncer de mama [Internet]. 3a edició, Institut Català d'Oncologia. 2016 [citado 17 Oct 2020]. Disponible a: <http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/arxiu//COPraxis-Mama-Cat.pdf>
5. ¿Qué es el cáncer? [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2015 [citado 2 Gen 2021]. Disponible a: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
6. Puente J, de Velasco G. ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? [Internet]. Sociedad Española de Oncología Médica. 2019 [citado 2 Gen 2021]. Disponible a: <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
7. Bernard V, Dowling N, Miller J, Saraiya M, Smith JL, Solomon F. ¿Qué es el cáncer de mama? [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [citado 2 Gen 2021]. Disponible a: [https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic\\_info/what-is-breast-cancer.htm](https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/what-is-breast-cancer.htm)

8. Santaballa A. Cáncer de mama [Internet]. Sociedad Española de Oncología Médica. 2020 [citad 2 Gen 2021]. Disponible a: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?showall=1>
9. ¿Qué es el cáncer de mama? [Internet]. Asociación Española Contra el Cáncer. 2018 [citad 2 Gen 2021]. Disponible a: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/que-es-cancer-mama>
10. Martín M, Herrero A, Echavarría I. El cáncer de mama. Arbor [Internet]. 2015 [citad 9 Gen 2021]; 191 (773): 1-7. Disponible a: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/2037/2530>
11. Rodríguez CA, Gómez A. Cáncer de mama. En: Cruz JJ, Rodríguez C, del Barco E, Fonseca E. Oncología Clínica. 6a ed. España: Elsevier; 2019. p.131-148.
12. Acea B, Adrover E, Aguinaga MT, Alba E, Alés JE, Algara M, et al. Manual de Práctica Clínica en Senología 2019 [Internet]. 4a edició, Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. 2019. [citad 9 Gen 2021]. Disponible a: <https://www.sespm.es/wp-content/uploads/2020/02/MANUAL-SESPM-2019-web-protegido.pdf>
13. Terminologia del càncer. Adenocarcinoma [Internet]. TERM CAT 2020 [citad 9 Gen 2021]. Disponible a: <https://www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/258/search/adenocarcinoma?type=basic&language=&condition=match>
14. La mama i el càncer [Internet]. Canal Salut. 2018 [citad 9 Gen 2021]. Disponible a: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/c/cancer/tipus-de-cancer/cancer-de-mama/la-mama-i-el-cancer/>
15. Luna-Abanto J, Grivette T. Carcinoma mucinoso de la mama: reporte del caso y revisión de la literatura. Medwave [Internet]. 2017 [citad 9 Gen 2021]; 17 (6). Disponible a: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Casos/7003.act>
16. Piamó AJ, Palma L, Arzuaga I, Ferrer D, Chávez D, Gracia MA, et al. Carcinoma medular de mama. Caracterización de una serie de casos, 2010 – 2019.

- Revista de Senología y Patología Mamaria [Internet]. 2020 [citad 9 Gen 2021]; 33 (1): 9-15. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria--131-pdf-S021415821930091X>
17. Prince J, Muñoz V, Mora E, Mahmoud B, Moro J, Guerrero D. Carcinoma medular de glándula mamaria. Revista Venezolana de Oncología [Internet]. 2018 [citad 9 Gen 2021]; 30 (3). Disponible a: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3756/375655486009/html/index.html>
18. Tratamientos del cáncer de mama [Internet]. Asociación Española Contra el Cáncer. 2018 [citad el 2 Gen 2021]. Disponible a: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/tratamiento>
19. Cómo entender su informe de patología: cáncer de seno [Internet]. Sociedad Americana Contra El Cáncer. 2021 [citad 10 Gen 2021]. Disponible a: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/como-comprender-su-informe-de-patologia/patologia-del-seno/patologia-del-seno.html>
20. Schünemann HJ, Lerda D, Quinn C, Follmann M, Alonso-Coello P, Giorgi Rossi P, et al. Breast Cancer Screening and Diagnosis: A Synopsis of the European Breast Guidelines. Annals of Internal Medicine [Internet]. 2020 [citad 10 Gen 2021]; 172 (1): 46 - 56. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31766052/>
21. Pruebas y diagnóstico del Cáncer de Mama | PortalCLÍNICA [Internet]. Clínic Barcelona. 2021 [citad 10 Gen 2021]. Disponible a: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/cancer-de-mama/pruebas-y-diagnostico>
22. El càncer. Tipus de càncer / Mama [Internet]. Lliga Contra el Càncer. 2021 [citad 16 Gen 2021]. Disponible a: <https://www.lligacontraelcancer.cat/cat/el-cancer-tipus/67/mama>
23. Robert V, Álvarez C, Valdivieso F. Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. Revista Médica Clínica las Condes [Internet]. 2013 [citad 26

- Feb 2021]; 24 (4): 677 – 684. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864013702074>
24. Cabrera Y, López EJ, López E, Arredondo B. La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. Revista Finlay [Internet]. 2017 [citad 26 Feb 2021]; 7 (2). Disponible a: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342017000200007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200007)
25. Hermelink K, Berndt U, Haidinger R. Alleviating the Breast Cancer Experience: A Plea for Psycho-Oncology. Breast Care [Internet]. 2015 [citad 26 Feb 2021]; 10 (2): 82-83. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4464027/>
26. Quintero MF, Finck C. Intervenciones psicológicas eficaces en pacientes con cancer de mama en Latinoamérica y España: una revision sistemática. Psicooncología [Internet]. 2018 [citad 26 Feb 2021]; 15 (1): 49-64. Disponible a: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/59174>
27. González AL, González A, Estrada B. Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama. Psicooncología [Internet]. 2015 [citad 27 Feb 2021]; 12 (1): 129-140. Disponible a: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/48908/45634>
28. Vera R, González A, Martínez I, Peñuelas A, Muñoz I, Griffin D, et al. Informe sobre la atención psicológica a pacientes de cáncer y familiares en España [Internet]. 2019 [citad 27 Feb 2021]. Disponible a: [https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Informe\\_AECC\\_Atencion\\_psicologica.pdf](https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Informe_AECC_Atencion_psicologica.pdf)
29. Hernández L. La mujer con cáncer de mama: una experiencia desde la perspectiva del cuidado humano. Enfermería Universitaria [Internet]. 2016 [citad 27 Feb 2021]; 13 (4): 253-259. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300409>

30. Kolak A, Kaminska M, Sygit K, Budny A, Surdyka D, Kukielka-Budny B, et al. Primary and secondary prevention of breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* [Internet]. 2017 [citat 28 Feb 2021]; 24 (4): 549 – 553. Disponible a: <http://www.aaem.pl/Primary-and-secondary-prevention-of-breast-cancer,75943,0,2.html#references>
31. Schmidt M, Wiskemann J, Armbrust P, Schneeweiss A, Ulrich C, Steindorf K. Effects of resistance exercise on fatigue and quality of life in breast cancer patients undergoing adjuvant chemotherapy: a randomized controlled trial. *International Journal of Cancer* [Internet]. 2015 [citat 28 Feb 2021]; 137 (2): 471 – 480. Disponible a: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijc.29383>
32. Ramírez K, Acevedo F, Herrera ME, Ibáñez C, Sánchez C. Actividad física y cáncer de mama: un tratamiento dirigido. *Revista médica de Chile* [Internet]. 2017 [citat 28 Feb 2021]; 145 (1). Disponible a: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872017000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
33. Fenomenología [Internet]. Universidad de Colima. 2020 [citat el 29 Nov 2020]. Disponible a: <https://recursos.ucol.mx/tesis/fenomenologia.php>
34. Arraras J. I, Wintner L. M, Sztankay M, Tomaszewski K, Hofmeister D, Costantini A, et al. La comunicación entre el paciente oncológico y los profesionales. El cuestionario de comunicación de la EORTC. *Psicooncología* [Internet]. 2017 [citat 1 Abril 2021]. Disponible a: <file:///Users/User/Downloads/55815-Texto%20del%20art%C3%ADculo-109841-2-10-20170524.pdf>
35. La vida después del tratamiento [Internet]. American Cancer Society. 2016 [citat 1 Abril 2021]. Disponible a: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/supervivencia-durante-y-despues-del-tratamiento/bienestar-tras-el-tratamiento/la-vida-despues-del-tratamiento.html>

36. Treating Breast Cancer [Internet]. American Cancer Society. 2017 [citat 3 Abr 2021]. Disponible a: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment.html>
37. Quintana VA., Díaz KJ., Caire G. Intervenciones para promover estilos de vida saludables y su efecto en las variables psicológicas en sobrevivientes de cáncer de mama: revisión sistemática. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2019 [citat 3 Abr 2021]; 35 (4). Disponible a: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112018000800033](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000800033)
38. Otani M, Barros N, Marin M. A experiência do câncer de mama: percepções e sentimentos. Revista Baiana de Enfermagem [Internet]. 2015 [citat 15 Abr 2021]; 29(3): 229. Disponible a: <https://www.mendeley.com/catalogue/33080650-eb74-3962-9f17-0d4c5cb77d73/>
39. Figueroa-Varela M, Rivera-Heredia M, Navarro Hernández M. <<No importa>>: sexualidad femenina y cáncer de mama. Gaceta Mexicana de Oncología [Internet]. 2016 [citat 15 Abr 2021]; 278-284. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665920116300773?pes=vor>
40. Juárez García D. M., Landero Hernández R. Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. Revista Electrónica Nova Scientia. [Internet]. 2014. [citat 15 Abr 2021]. Disponible a: <https://www.mendeley.com/search/?page=1&query=imagen%20corporal%20cancer%20de%20mama&sortBy=relevance>
41. Schneider J, Pizziano A, Calderón M. Mujeres con cancer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. Revista de Psicología (PUCP) [Internet]. 2015 [citat 16 Abr 2021]; 33 (2). Disponible a: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472015000200008&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472015000200008&script=sci_arttext&tlng=en)
42. Palacios X., Lizarazo A., Moreno S., Ospino JD. El significado de la vida y de la muerte para mujeres con cáncer de mama. Avances en Psicología Latinoamericana [Internet]. 2015 [citat 16 Abr 2021]; 33 (3): 455-497. Disponible a: <https://www.redalyc.org/pdf/799/79940724008.pdf>



43. Enrech S., López E., Olivares MA., Pérez MA., Sastre J., Torre A. La atención psicológica al paciente de cáncer en España [Internet]. 2018 [citad 16 Abr 2021]. Disponible a: <http://www.infocoponline.es/pdf/Atencion-Psicologica.pdf>
44. Moraga G., Bellver A., Santaballa A. Estudio de la efectividad de la intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama localizado. Psicooncología [Internet]. 2020 [citad 16 Abr 2021]; 17 (1): 59 – 71. Disponible a: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/68241>
45. Vila L., Font A., Caba L. Estado emocional en mujeres con cáncer de mama: variación experimentada después de una sesión psico-oncológica basada en el counselling y la psicología positiva. Psicooncología [Internet]. 2016 [citad 18 Abr 2021]; 13 (2,3): 205-225. Disponible a: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/54433>
46. Sowa M., Glowacka I., Monastyrska E., Nowikiewicz T., Mackiewicz M., Hagner W, et al. Evaluación de la calidad de vida en mujeres cinco años después de la cirugía de cancer de mama, miembros de los Grupos de autoayuda para el cancer de mama: estudio transversal no aleatorizado. Contemporary Oncology [Internet]. 2018 [citad 25 Abr 2021]; 22 (1): 20-26. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5909726/>
47. Rodríguez A., Rodríguez C., Haba J., García L., Calvo L., Muñoz M. Guía para la comunicación con la mujer con cáncer de mama [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Oncología Médica. 2019 [citad 25 Abr 2021]. Disponible a: [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/home/2009/Guia\\_empatia\\_Novartis.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/home/2009/Guia_empatia_Novartis.pdf)
48. Krok-Schoen JL., Fernández K., Unzeitig GW., Ruibio G., Paskett ED., Post DM. La experiencia de los síntomas de las pacientes hispanas con cáncer de mama y la comunicación entre el médico y paciente durante la quimioterapia. Supportive Care in Cancer [Internet]. 2018 [citad 28 Abr 2021]; 27: 697-704. Disponible a: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-018-4375-y>

49. Gebhardt C., Gorba C., Oechsle K., Vehling S., Koch U., Mehnert A. Dar malas noticias a los pacientes con cáncer: contenido, preferencias de comunicación y angustia psicológica. *Psychother Psychosom Med Psychol.* [Internet]. 2017 [citat 28 Abr 2021]; 67 (7): 312 – 321. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28719923/>
50. Álvarez MC., Martínez M., Pina LM., Guillén F., Bernal M., García S., et al. El enfermero como apoyo imprescindible en la relación del paciente oncológico con la enfermedad. *Revista Enfermería Docente* [Internet] 2015 [citat 28 Abr 2021]; 103: 3-7. Disponible a: <https://www.huvv.es/sites/default/files/revistas/ED-103-03.pdf>
51. Nardin S., Mora E., Varughese FM., Avanzo F., Vachanaram AR., Rossi V. Breast Cancer Survivorship, Quality of Life and Late Toxicities. *Frontiers in Oncology* [Internet]. 2020 [citat 29 Abr 2021]; 10: 864. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7308500/>
52. Vivar C. Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. *Atención Primaria* [Internet]. 2012 [citat 29 Abr 2021]; 44 (5): 288 – 292. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656711004264>
53. Mejía ME., Contreras A., Hernández M. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. *Biomédica* [Internet]. 2020 [citat 30 Abr 2021]; 40: 349 – 361. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7505510/pdf/2590-7379-bio-40-02-349.pdf>
54. Ramos VM., Caudillo L., Roca JM., Hernández MA., Barbosa G., García M. Correlación entre estrés, niveles de cortisol y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer sometidos a tratamiento. *Enfermería Global* [Internet] 2020

- [citat 30 Abr 2021]; 19 (60): 196 – 207. Disponible a:  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412020000400008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000400008)
55. Martín B, Gálvez M, Amezcua M. Cómo estructurar y redactar un Relato Bibliográfico para publicación. Index de Enfermería [Internet] 2013 [citad 20 Des 2020]; 22 (1-2). Disponible a:  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962013000100018&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100018&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
56. Correa M. Impacto psicológico frente al diagnóstico de cáncer de mama. Primeras reacciones emocionales. Index de Enfermería [Internet]. 2017 [citad 20 Des 2020]; 26 (4). Disponible a:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000300015](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300015)

## 14. ANNEXOS.

### Annex 1: guió entrevista semiestructurada

Per a realitzar l'entrevista semi – estructurada ens basarem en el model d'Amezcu i Hueso (55) atès que podrem escriure i analitzar de manera científica les troballes del nostre estudi d' investigació a partir d'aquests criteris publicats anteriorment. Tot i això, les preguntes es realitzaran de la forma més oberta possible, per tal que les informants puguin exposar la seva experiència personal a través del seu relat bibliogràfic. D'aquesta manera, s'intentarà evitar la inducció de respostes que els investigadors puguin causar sobre les persones que són objecte d'estudi.

A partir del relat bibliogràfic proposat per Amezcu i Hueso, en la nostra investigació s'observaran set grans temàtiques (56): antecedents personals, primeres proves, diagnòstic, reaccions davant del diagnòstic, professionals sanitaris, suport emocional i futur. Els àmbits d'investigació que analitzarem minuciosament i més importants per al nostre treball són les reaccions davant del diagnòstic i el suport emocional.

1. **Antecedents.** (edat / any i lloc de naixement / estat civil / família / patologies de base / altres dones afectades a la família per una neoplàsia de mama? )
2. **Primeres proves** (quines? / mamografia / biòpsia / ecografia / RMN i experiència i creences abans i després de la seva realització)
3. **Diagnòstic** (edat ..)
4. **Reaccions davant del diagnòstic** (sentiments / pors / afrontament / culpabilitat)
5. **Professionals sanitaris.** ( recolzament psicològic / què demanaries als metges per a millorar la teva qualitat de vida / vas rebre o has rebut informació suficient referent al diagnòstic i tractament ? / van tindre o han tingut en compte la part més important per a la dona ? (com quedarà el pit, fertilitat, necessitat de rehabilitació) )
6. **Recolzament emocional.** (principal recolzament / afectació psicològica )
7. **Futur.** (revisions / consells per altres dones / sentiments).

## Annex 2: consentiment informat

### **TREBALL DE FI DE GRAU DE LA FACULTAT D'INFERMERIA, UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI: LA PART OBLIDADA DEL CÀNCER DE MAMA**

Jo \_\_\_\_\_, amb DNI/NIE \_\_\_\_\_, mitjançant aquest document, dono constància de ser informada dels objectius d'estudi per part de les estudiants d'infermeria i autores d'aquest treball de fi de grau María Bonilla Marsal i Ivet Molas Burgués.

Manifesto la meva disposició per a ser partícip d'aquest projecte que tracta sobre l'afectació psicoemocional en les dones que han patit o que pateixen càncer de mama.

D'aquesta manera, sóc conscient que les meves dades seran utilitzades amb un fi d'investigació i amb la mantenció de la meva confidencialitat.

Declaro que:

La meva participació en aquest estudi és voluntària i he sigut degudament informada de tot el procés que es realitzarà.

Tinc dret a clarificar tots els dubtes que em sorgeixen, podent sol·licitar informació més detallada de la investigació o algun altre tema relacionat amb aquest estudi.

Tinc dret a negar-me a facilitar aquesta autorització després d'haver sigut informada i quan desitgi, de totes les dades amb l'única obligació d'informar de la meva decisió a les autores d'aquest estudi.

Sóc conscient que aquesta informació ajudarà a l'elaboració del treball i investigació.

Sé que les meves dades seran tractades amb confidencialitat exigida en la normativa de protecció de dades i amb les mesures de seguretat exigides per aquesta.

I, perquè consti, signe el document present.

Tarragona, en data de \_\_\_\_\_ de 2021.

Nom i signatura de qui atés:

Nom i signatura de les sol·licitants:

TREBALL FI DE GRAU

**CONSENTIMENT INFORMAT**
**TREBALL DE FI DE GRAU DE LA FACULTAT D'INFERMERIA, UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI: LA PART OBLIDADA DEL CÀNCER DE MAMA**

Jo Marta Nolla Cabré, amb DNI/NIE 39874809P, mitjançant aquest document, dono constància de ser informada dels objectius d'estudi per part de les estudiants d'infermeria i autores d'aquest treball de fi de grau Maria Bonilla Marsal i Ivet Molas Burgués.

Manifesto la meva disposició per a ser particip d'aquest projecte que tracta sobre l'afectació psicoemocional en les dones que han patit o que pateixen càncer de mama. D'aquesta manera, sóc conscient de que les meves dades seran utilitzades amb un fi d'investigació i amb la mantenició de la meva confidencialitat.

Declaro que:

La meva participació en aquest estudi és voluntària i he sigut degudament informada de tot el procés que es realitzarà.

Tinc dret a clarificar tots els dubtes que em sorgeixen, podent sol·licitar informació més detallada de la investigació o algun altre tema relacionat amb aquest estudi.

Tinc dret a negar-me a facilitar aquesta autorització després d'haver sigut informada i quan desitgi, de totes les dades amb l'única obligació d'informar de la meva decisió a les autores d'aquest estudi.

Sóc conscient de que aquesta informació ajudarà a l'elaboració del treball i investigació.

Se que les meves dades seran tractades amb confidencialitat exigida en la normativa de protecció de dades i amb les mesures de seguretat exigides per aquesta.

I, per a que consti, signe el document present.

Tarragona, a data de 13 de Febrer de 2021.

IVET MOLAS BURGUÉS I MARÍA BONILLA MARSAL

1

TREBALL FI DE GRAU

Nom i signatura de qui atés:



 UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

Nom i signatura de les sol·licitants:



TREBALL FI DE GRAU

 UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

## CONSENTIMENT INFORMAT

TREBALL DE FI DE GRAU DE LA FACULTAT D'INFERMERIA, UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI: LA PART OBLIDADA DEL CÀNCER DE MAMA

Jo Amaterrat Andreu, amb DNI/NIE 39876031, mitjançant aquest document, dono constància de ser informada dels objectius d'estudi per part de les estudiants d'infermeria i autores d'aquest treball de fi de grau Maria Bonilla Marsal i Ivet Molas Burgués.

Manifesto la meva disposició per a ser particip d'aquest projecte que tracta sobre l'afectació psicoemocional en les dones que han patit o que pateixen càncer de mama. D'aquesta manera, sóc conscient de que les meves dades seran utilitzades amb un fi d'investigació i amb la mantenció de la meva confidencialitat.

Declaro que:

La meva participació en aquest estudi és voluntària i he sigut degudament informada de tot el procés que es realitzarà.

Tinc dret a clarificar tots els dubtes que em sorgeixen, podent sol·licitar informació més detallada de la investigació o algun altre tema relacionat amb aquest estudi.

Tinc dret a negar-me a facilitar aquesta autorització després d'haver sigut informada i quan desitgi, de totes les dades amb l'única obligació d'informar de la meva decisió a les autores d'aquest estudi.

Sóc conscient de que aquesta informació ajudarà a l'elaboració del treball i investigació.

Se que les meves dades seran tractades amb confidencialitat exigida en la normativa de protecció de dades i amb les mesures de seguretat exigides per aquesta.

I, per a que consti, signe el document present.

Tarragona, a data de 5 de Febrer de 2021.

<sup>2</sup>  
IVET MOLAS BURGUÉS I MARIA BONILLA MARSAL



TREBALL FI DE GRAU

 UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

Nom i signatura de qui atés:  
sol·licitants:

*Montserrat Andreu*  
*Montserrat Andreu*

Nom i signatura de les





TREBALL FI DE GRAU


 UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

## CONSENTIMENT INFORMAT

 TREBALL DE FI DE GRAU DE LA FACULTAT D'INFERMERIA, UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI: LA PART OBLIDADA DEL CÀNCER DE MAMA

Jo \_\_\_\_\_ ISABEL GOMIS LLARGUES \_\_\_\_\_, amb DNI/NIE  
\_\_\_\_ 39853532 \_\_\_\_\_, mitjançant aquest document, dono constància de ser  
informada dels objectius d'estudi per part de les estudiants d'infermeria i autores  
d'aquest treball de fi de grau Maria Bonilla Marsal i Ivet Molas Burgués.

Manifesto la meua disposició per a ser particip d'aquest projecte que tracta sobre  
l'afectació psicoemocional en les dones que han patit o que pateixen càncer de mama.  
D'aquesta manera, sóc conscient de que les meves dades seran utilitzades amb un fi  
d'investigació i amb la mantenció de la meua confidencialitat.

Declaro que:

La meua participació en aquest estudi és voluntària i he sigut degudament informada  
de tot el procés que es realitzarà.

Tinc dret a clarificar tots els dubtes que em sorgeixen, podent sol·licitar informació més  
detallada de la investigació o algun altre tema relacionat amb aquest estudi.

Tinc dret a negar-me a facilitar aquesta autorització després d'haver sigut informada i  
quan desitgi, de totes les dades amb l'única obligació d'informar de la meua decisió a  
les autores d'aquest estudi.

Sóc conscient de que aquesta informació ajudarà a l'elaboració del treball i  
investigació.

Se que les meves dades seran tractades amb confidencialitat exigida en la normativa  
de protecció de dades i amb les mesures de seguretat exigides per aquesta.

I, per a que consti, signe el document present.

Tarragona, a data de \_\_\_\_ 30 GENER \_\_\_\_\_ de 2021.

Nom i signatura de qui atés:

Nom i signatura de les sol·licitants:



ISABEL GOMIS



IVET MOLAS BURGUÉS I MARÍA BONILLA MARSAL

1

TREBALL FI DE GRAU



## CONSENTIMENT INFORMAT

TREBALL DE FI DE GRAU DE LA FACULTAT D'INFERMERIA, UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI: LA PART OBLIDADA DEL CÀNCER DE MAMA

Jo Beatriz Revillas, amb DNI/NIE 76255278C, mitjançant aquest document, dono constància de ser informada dels objectius d'estudi per part de les estudiantis d'infermeria i autores d'aquest treball de fi de grau María Bonilla Marsal i Ivet Molas Burgués.

Manifesto la meva disposició per a ser particip d'aquest projecte que tracta sobre l'afectació psicoemocional en les dones que han patit o que pateixen càncer de mama. D'aquesta manera, sóc conscient de que les meves dades seran utilitzades amb un fi d'investigació i amb la manutenció de la meva confidencialitat.

Declaro que:

La meva participació en aquest estudi és voluntària i he sigut degudament informada de tot el procés que es realitzarà.

Tinc dret a clarificar tots els dubtes que em sorgeixen, podent sol·licitar informació més detallada de la investigació o algun altre tema relacionat amb aquest estudi.

Tinc dret a negar-me a facilitar aquesta autorització després d'haver sigut informada i quan desitgi, de totes les dades amb l'única obligació d'informar de la meva decisió a les autores d'aquest estudi.

Sóc conscient de que aquesta informació ajudarà a l'elaboració del treball i investigació.

Se que les meves dades seran tractades amb confidencialitat exigida en la normativa de protecció de dades i amb les mesures de seguretat exigides per aquesta.

I, per a que consti, signe el document present.

Tarragona, a data de 30 de Gener de 2021.

IVET MOLAS BURGUÉS I MARÍA BONILLA MARSAL

1

TREBALL FI DE GRAU

Nom i signatura de qui atés:

  
Beatriz.

 UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

Nom i signatura de les sol·licitants:

