



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

**Impacte emocional davant el risc d' infertilitat en dones en edat fèrtil
diagnosticades de càncer: una revisió sistemàtica qualitativa**

TREBALL DE FI DE GRAU

CURS 2025-26

Sandra Muñoz Merino i Marina Sánchez De Anta

Tutora: Laura Ortega Sanz

Agraïments

A la nostra tutora Laura Ortega, per la seva paciència, temps i dedicació i per guiar-nos en tot moment durant la realització d'aquest treball.

*A nosaltres dues, per fer tan bon equip a la vida i durant aquests 9 mesos.
A totes les mares, les que ho són, ho van ser i ho seran, per aquesta il·lusió de crear, cuidar i acompanyar que es converteix en una força capaç de moure camins.*

Resum

Introducció: El diagnòstic de càncer en dones en edat fèrtil pot tenir un impacte emocional important, especialment quan els tractaments oncològics comprometen la fertilitat. Aquesta situació implica no només afrontar la malaltia, sinó també la possibilitat de perdre un projecte de maternitat futur, generant potser incertesa, ansietat, tristesa i dol anticipat. Tot i els avenços en les tècniques de preservació de la fertilitat, la informació rebuda per les pacients sovint és insuficient o poc adaptada a les seves necessitats emocionals, fet que deixa en evidència la necessitat d'una atenció més integral i centrada en la persona.

Objectius: Analitzar l'evidència científica disponible sobre l'impacte emocional del risc d'infertilitat en dones diagnosticades de càncer en edat fèrtil. De manera específica, descriure les principals emocions i pensaments recollits a la literatura, analitzar el significat personal i social atribuït a la fertilitat, identificar els factors que intensifiquen o atenuen el malestar emocional i examinar les repercussions emocionals i identitàries a llarg termini.

Metodologia: S'ha realitzat una revisió sistemàtica qualitativa, amb l'objectiu de recopilar i interpretar l'evidència científica existent sobre les vivències emocionals de les dones amb càncer davant el risc d'infertilitat. La cerca bibliogràfica es va dur a terme en les següents bases de dades científiques: PubMed, Dialnet, SciELO, CINAHL i Web of Science. Es van incloure articles qualitius publicats entre 2011 i 2026, en anglès o castellà, d'accés gratuït i text complet, centrats en dones i en l'impacte emocional relacionat amb la infertilitat durant el procés oncològic. L'anàlisi dels articles es va realitzar mitjançant lectura detallada, codificació d'idees clau i agrupació en categories temàtiques.

Resultats: Inclosos un total de 15 articles qualitius. L'anàlisi temàtica va permetre identificar set grans temes: emocions, incertesa, adaptació, fertilitat, dimensió física, sistema sanitari i identitat. Els resultats mostren que el risc d'infertilitat representa de manera significativa un malestar emocional, expressada principalment a través de por, ansietat, tristesa, frustració i dol anticipat. També s'ha observat que la infertilitat pot afectar la identitat femenina,

el projecte vital, la percepció del propi cos i les relacions de parella. A més, la manca d'informació clara i d'acompanyament professional pot incrementar la incertesa i dificultar la presa de decisions.

Conclusió: El risc d'infertilitat en dones diagnosticades de càncer en edat fèrtil constitueix un problema emocional rellevant i sovint infravalorada dins l'atenció oncològica. Els resultats evidencien la necessitat d'integrar el consell reproductiu i el suport emocional des del moment del diagnòstic, promoure una atenció multidisciplinària, individualitzada i centrada en les necessitats més emocionals de les pacients. En aquest context, la infermeria té un paper fonamental en la detecció del malestar emocional, la transmissió d'informació comprensible i l'acompanyament durant tot el procés oncològic.

Paraules clau: Càncer, Infertilitat, Dones, Salut mental, Emocions, Fertilitat, Infermeria, Oncologia.

Abstract

Introduction: The diagnosis of cancer in women of childbearing age can have a significant emotional impact, especially when cancer treatments compromise fertility. This situation involves not only facing the disease, but also the possibility of losing a future maternity project, perhaps generating uncertainty, anxiety, sadness and anticipated mourning. Despite advances in fertility preservation techniques, the information received by patients is often insufficient or poorly adapted to their emotional needs, which highlights the need for more comprehensive and person-centered care.

Objectives: To analyze the available scientific evidence on the emotional impact of the risk of infertility in women diagnosed with cancer of childbearing age. Specifically, describe the main emotions and thoughts collected in the literature, analyse the personal and social meaning attributed to fertility, identify the factors that intensify or attenuate emotional distress and examine the long-term emotional and identity repercussions.

Methodology: A systematic qualitative review has been carried out, with the aim of compiling and interpreting the existing scientific evidence on the emotional experiences of women with cancer in the face of the risk of infertility. The bibliographic search was carried out in the following scientific databases: PubMed, Dialnet, SciELO, CINAHL and Web of Science. Qualitative articles published between 2011 and 2026, in English or Spanish, with free access and full text, focused on women and the emotional impact related to infertility during the cancer process were included. The analysis of the articles was carried out through detailed reading, coding of key ideas and grouping into thematic categories.

Results: Including a total of 15 qualitative articles. The thematic analysis identified seven main themes: emotions, uncertainty, adaptation, fertility, physical dimension, health system and identity. The results show that the risk of infertility significantly represents emotional distress, expressed mainly through fear, anxiety, sadness, frustration and anticipated grief. It has also been observed that infertility can affect female identity, the life project, the perception of one's own

body and relationships. In addition, the lack of clear information and professional support can increase uncertainty and make decision-making difficult.

Conclusion: The risk of infertility in women diagnosed with cancer of childbearing age is a relevant and often undervalued emotional problem in cancer care. The results show the need to integrate reproductive counseling and emotional support from the moment of diagnosis, to promote multidisciplinary, individualized care focused on the most emotional needs of patients. In this context, nursing plays a fundamental role in the detection of emotional distress, the transmission of understandable information and the accompaniment throughout the oncological process.

Keywords: Cancer, Infertility, Women, Mental health, Emotions, Fertility, Nursing, Oncology.

ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ	9
1.1 JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI	11
2. MARC TEÒRIC	13
2.1 EPIDEMIOLOGIA CÀNCER	13
2.1.1 CÀNCER EN EDAT FÈRTIL	13
2.1.2 CÀNCER EN DONES ADOLESCENS I ADULTES JOVES	14
2.2 SALUT MENTAL A L'ÀMBIT HOSPITALARI	15
2.2.1 ESTRATÈGIES D'AFRONTAMENT EN PROCÈS ONCOLÒGIC	17
2.2.2 ROL DE LA INFERMERA EN L'ACOMPANYAMENT EMOCIONAL DEL PROCÈS ONCOLÒGIC	19
2.3 INFERTILITAT SECUNDÀRIA AL TRACTAMENT ONCOLÒGIC	21
2.3.1 EFECTES DE LA QUIMIOTERÀPIA I LA RADIOTERÀPIA EN LA FERTILITAT FEMENINA	22
2.4 DOL REPRODUCTIU I PÈRDUA DEL PROJECTE DE MATERNITAT	31
3. OBJECTIUS	33
4. METODOLOGIA	34
4.1 PERÍODES DE CERCA I SELECCIÓ	34
4.2 BASES DE DADES UTILITZADES	35
4.3 TERMINOLOGIA UTILITZADA	36
4.4 OPERADORS BOOLEANS	36
4.5 CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ	37
4.6 EQUACIÓ DE CERCA	37
4.7 ANÀLISI DELS ARTICLES	39
5. RESULTATS	40
5.1 TAULA RESUM DELS ARTICLES	41
5.2 LÍNIA TEMPORAL DELS ARTICLES	52
5.3 ESQUEMA RESUM DE LA SÍNTESI TEMÀTICA (I)	53
5.3 ESQUEMA RESUM DE LA SÍNTESI TEMÀTICA (II)	54

5.4 TAULA DELS ESQUEMES RESUM	55
5.5 INTERPRETACIÓ DE RESULTATS	56
5.5.1 Emocions	56
5.5.2 Incertesa	57
5.5.3 Adaptació	58
5.5.4 Fertilitat	58
5.5.5 Dimensió física	59
5.5.6 Sistema sanitari	59
5.5.7 Identitat	60
6. DISCUSSIÓ	61
7. CONCLUSIONS	64
8. LIMITACIONS	66
9. FUTURES LINIES DE TREBALL	67
9.1 PREGUNTA D'INVESTIGACIÓ	67
9.2 METODOLOGIA	67
9.3 ANÀLISI DE RESULTATS	68
9.4 ASPECTES ÈTICS	68
10. BIBLIOGRAFIA	70

ÍNDEX DE IL·LUSTRACIONS

IL·LUSTRACIÓ 1. GRÀFIC INCIDÈNCIA CÀNCER DONES. FONT: ORGANIZACIÓ MUNDIAL DE LA SALUT (OMS).	15
IL·LUSTRACIÓ 2. CRONOGRAMA. FONT: ELABORACIÓ PRÒPIA	34
IL·LUSTRACIÓ 3. DIAGRAMA DE FLUXE. FONT: ELABORACIÓ PRÒPIA	39
IL·LUSTRACIÓ 4. LÍNIA TEMPORAL. FONT: ELABORACIÓ PRÒPIA	52

ÍNDEX DE TAULES

TAULA 1. TERMINOLOGIA UTILITZADA A LA RECERCA BIBLIOGRÀFICA. FONT: ELABORACIÓ PRÒPIA	36
TAULA 2. CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ. FONT: ELABORACIÓ PRÒPIA	37
TAULA 3. EQUACIÓ DE CERCA. FONT: ELABORACIÓ PRÒPIA	38
TAULA 4. RESUM ARTICLES. FONT: ELABORACIÓ PRÒPIA	51
TAULA 5. ARTICLES PER TEMES. FONT: ELABORACIÓ PRÒPIA	54
TAULA 6. ARTICLES PER TEMES. FONT: ELABORACIÓ PRÒPIA	55

TAULA D'ABREVIATURES

AAJ	Adolescents i adults joves
FIV	Fecundació in vitro

1. INTRODUCCIÓ

L'amenaça de la infertilitat es una ombra per a moltes dones que es troben en etapa reproductiva i reben un diagnòstic de càncer ja que, tractaments com la quimioteràpia poden imposar un dany sever en els seus ovaris i per tant posar en risc la seva fertilitat. Se sap que els agents quimioteràpics actuen sobre les cèl·lules que es divideixen ràpidament, fol·licles ovàrics inclosos, cosa que provoca que s'esgoti la reserva ovàrica i pot desembocar en una insuficiència ovàrica prematura (Roof et al., 2024). L'impacte no és l'uniforme ja que depèn del tipus de fàrmac que s'empri, de la dosi acumulada, del règim terapèutic, de si ha rebut radioteràpia la pacient i també de la seva edat i la seva reserva ovàrica prèvia al tractament (Ben-Aharon et al., 2010; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019). En aquest sentit agents alquilants com la ciclofosfamida han estat associats amb un risc alt de fallada ovàrica. A més, fins i tot si després de la quimioteràpia moltes dones recuperen els cicles menstruals, no garanteix que es recuperi completament la fertilitat, ja que el dany es pot manifestar de forma progressiva o retardada.

Per intentar atenuar aquesta gonadotoxicitat, hi ha hagut investigació de diverses estratègies. Una és la coadministració d'agonistes de l'hormona encarregada d'alliberar gonadotropina (GnRH-a) durant la quimioteràpia, això pot donar lloc a una mena "d'apagat" de la funció ovàrica i reduir per tant l'exposició dels fol·licles al dany químic. Diferents metaanàlisi han reflectit que aquelles dones que van rebre GnRH-a durant el tractament compten amb més probabilitat de recuperar la funció ovàrica i, en alguns estudis es demostra que aquestes probabilitats també hi són a l'hora d'aconseguir un embaràs posteriorment tot i que, cal dir que els resultats varien i no tots els estudis aleatoris han estat concloents (Clowse et al., 2009; Roof et al., 2024).

Més enllà del dany que pot patir l'organisme, afrontar aquest risc biològic té diferents i profundes ramificacions emocionals. Per a moltes dones, el desig de ser mares és una part inherent del seu projecte vital i de la seva identitat i, enfrontar-se a la possibilitat de perdre'l genera patiment intens. Al moment del diagnòstic, la urgència de tractar el càncer acostuma a eclipsar la reflexió sobre

aquella maternitat futura que únicament es un pensament que no té lloc al present i es quan moltes pacients es troben sense informació adequada o bé un espai on processar què significa realment per elles que, al igual que perdran les ganes de fer moltes coses o inclús el cabell moltes d'elles, també podrien estar davant la pèrdua de la fertilitat (Aboutaleb et al., 2025; Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), 2012).

Aquesta manca d'informació i de suport emocional poden derivar en pacients amb incertesa, ansietat, dol per aquell projecte de vida interromput i conflicte amb les decisions mèdiques (preservar o no, quina tècnica triar, assumir els riscos o no, els costos i si s'ho poden permetre, etc.). La discussió sobre la preservació de la fertilitat, en molts casos, es centra més en la tècnica correcta que en les seves conseqüències emocionals, no s'aborda per tant l'impacte psicològic de contemplar un futur on potser no es podrà concebre de forma natural.

Quan les dones superen la fase aguda del tractament, les seves preocupacions sobre la fertilitat no desapareixen, sinó que poden intensificar-se. Algunes van mantenir la menstruació, cosa que podria generar una falsa sensació de seguretat, però després descobreixen dificultats per concebre o desenvolupen una insuficiència ovàrica tardana (Karavani et al., 2021). A més, tot i que la informació sobre quines són les opcions de preservació acostumen a estar disponibles, no sempre es accessible o estan adaptades a la seva comprensió o situació personal: es poden ometre detalls com les taxes d'èxit, quin és el cost, la logística o l'impacte emocional que comporta la criopreservació, deixant per tant a la pacient sense una visió completa i vertadera per prendre decisions (Aboutaleb et al., 2025; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2019).

En aquest context, cal analitzar de manera integrada l'evidència científica existent sobre l'impacte emocional del risc d'infertilitat en dones diagnosticades de càncer en edat fèrtil. Una revisió sistemàtica, en concret la metasíntesi qualitativa ens permet recollir, sintetitzar i interpretar els resultats dels estudis publicats, oferint una visió global de les emocions, significats i factors moduladors descrits a la literatura. Aquest coneixement pot contribuir a una atenció

oncològica més integral, empàtica i centrada en la persona, on la infermeria té un paper clau a l'acompanyament emocional, la informació i el suport a la presa de decisions.

Amb tot això, aquesta revisió sistemàtica qualitativa pretén establir les bases per al desenvolupament d'un projecte de recerca qualitativa orientat a explorar en profunditat les experiències de les dones diagnosticades de càncer en edat fèrtil davant l'amenaça de la infertilitat.

1.1 JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI

Es sabut que el càncer constitueix actualment un dels principals problemes de salut pública a nivell mundial. La epidemiologia indica que l'any 2050 el nombre de nous casos anuals arribarà als 33 milions, amb aproximadament 18,2 milions de defuncions relacionades amb aquesta malaltia (Instituto Nacional del Cáncer (NIH), 2025). Aquest augment no només suposa un repte per als sistemes sanitaris, sinó també un increment de les conseqüències psicosocials que s'associen al diagnòstic i al tractament del càncer. A escala europea, cada any es diagnostiquen 2,6 milions de persones amb algun tipus de tumor i 1,2 milions, pràcticament la meitat moren a causa d'aquesta patologia, quedant en evidència per tant l'impacte sanitari i emocional que comporta (Naciones Unidas, 2024). Si ens centrem a nivell nacional, a Espanya les estimacions per al 2025 han previst 296.103 nous casos, un increment del 3,3% respecte al 2024 (Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), 2025). En l'àmbit català, durant l'any 2024 es van diagnosticar 45.593 nous casos de càncer, dels quals un 94% eren tumors malignes. D'aquests, 19.541 corresponen a dones, amb una taxa del 94,6% de tumors malignes (Direcció General de Planificació en Salut, 2024). Aquestes dades evidencien clarament la magnitud i transversalitat del problema.

Quan aquest càncer afecta dones en edat fèrtil, el possible tractament amb quimioteràpia pot comprometre la seva capacitat reproductiva. Aquesta possible infertilitat pot donar lloc a un impacte emocional molt significatiu, ja que per moltes dones es pot veure afectada la identitat personal, un possible projecte de vida i el propi desig de la maternitat. Tot i això, la literatura científica, pel que hem

pogut veure, encara és limitada pel que fa a comprendre profundament la vivència emocional d'aquestes dones davant d'aquesta amenaça, i molt cops els sistemes sanitaris no contempen de manera idònia les seves necessitats en salut mental i acompanyament emocional.

En aquest sentit, resulta rellevant dur a terme una revisió sistemàtica qualitativa que permeti analitzar de manera crítica i integrada l'evidència científica disponible sobre l'impacte emocional del risc d'infertilitat en dones diagnosticades de càncer en edat fèrtil. Els articles qualitius ens faciliten la identificació de les emocions predominants descrites als estudis, el significat personal i social atribuït a la fertilitat, així com els factors que poden intensificar o atenuar el malestar emocional al llarg del procés oncològic. A més, sintetitzar aquest coneixement pot contribuir a millorar la pràctica clínica, especialment a l'àmbit infermer, afavorint una atenció més holística que integri la informació sobre la preservació de la fertilitat amb el suport emocional necessari. Així mateix, pot ajudar a visibilitzar una problemàtica sovint subestimada i a orientar el desenvolupament de protocols de consell reproductiu i programes d'acompanyament psicosocial adaptats a les necessitats reals d'aquestes dones.

Des del punt de vista més personal, hem escollit aquest tema perquè considerem que la salut mental és una part fonamental dins del procés oncològic i que, sovint, rep menys atenció que els aspectes purament biomèdics. Creiem que la maternitat, com a projecte vital que es troba profundament arrelat en moltes dones, pot veure's amenaçada de manera sobtada i devastadora pel diagnòstic de càncer i allò que comporta els seus tractaments. Ens sembla molt important comprendre i donar visibilitat a aquelles emocions, pors i possibles dilemes que tenen les dones, per tal de, des de inclús el nostre paper de la infermeria, garantir una atenció integral, humana i sobretot sensible a les seves necessitats més íntimes, necessitats que de vegades inconscientment deixem a un costat. Amb el nostre estudi volem contribuir d'alguna manera, a donar veu a una realitat silenciosa però present, que afecta al benestar psicològic i per tant a la qualitat de vida de les dones.

2. MARC TEÒRIC

2.1 EPIDEMIOLOGIA CÀNCER

Com hem mencionat anteriorment, sabem que el càncer és una de les grans pandèmies del món, que encara amb el gran avanç mèdic, s'emporta cada vegada a més persones. Al 2022, hi va haver 20 milions de casos nous i 9,7 milions de morts per càncer al món i per desgracia els números van en augment (Instituto Nacional del Cáncer (NIH), 2025). Només a Espanya a l'any 2025 s'estima que el nombre de diagnòstics arribarà als 296.103 casos, segons els càlculs de REDECAN.

Segons la SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica), els càncers amb major nombre de diagnòstics en dones al 2025 seran el de mama (37.682) i els de colon i recte (17.349). Després d'aquests dos grans grups vindrien els càncers de pulmó (11.064), cos uterí (7.428), pàncrees (5.055) i tiroide (4.869), els limfomes no hodgkinians (4.533) i el càncer de bufeta urinària (4.154), tots superant els 4.000 casos a l'any (Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), 2025).

A Catalunya, l'any 2024 es van diagnosticar 45.593 nous casos, d'aquests 19.541 són dones. Si aprimem més el territori, a Tarragona es van diagnosticar 2.062 dones (Direcció General de Planificació en Salut, 2024).

2.1.1 CÀNCER EN EDAT FÈRTIL

Les transicions entre les diferents etapes de la vida forma part d'un procés continu i variable, que es troba influït per factors geogràfics, socials, econòmics i fisiològics, així com pels esdeveniments vitals. La delimitació del període d'adolescència i adultesa jove varia segons el país degut als factors mencionats, però la seva definició té implicacions rellevants per a la planificació sanitària. Des d'un punt de vista general, la infància s'estableix entre els 0 i els 14 anys i l'adolescència entre els 15 i els 19 anys. Tot i que es reconeix que l'adultesa comença aproximadament als 20 anys, encara no hi ha un consens respecte al límit superior de l'adultesa jove, que s'ha informat de manera inconsistent com 24, 35 i 39 anys. Des del punt de vista epidemiològic, la població amb càncer en edat fèrtil s'inclou dins la denominació d'adolescents i adults joves (AAJ), que engloba les persones d'entre 15 i 39 anys segons la definició del National Cancer

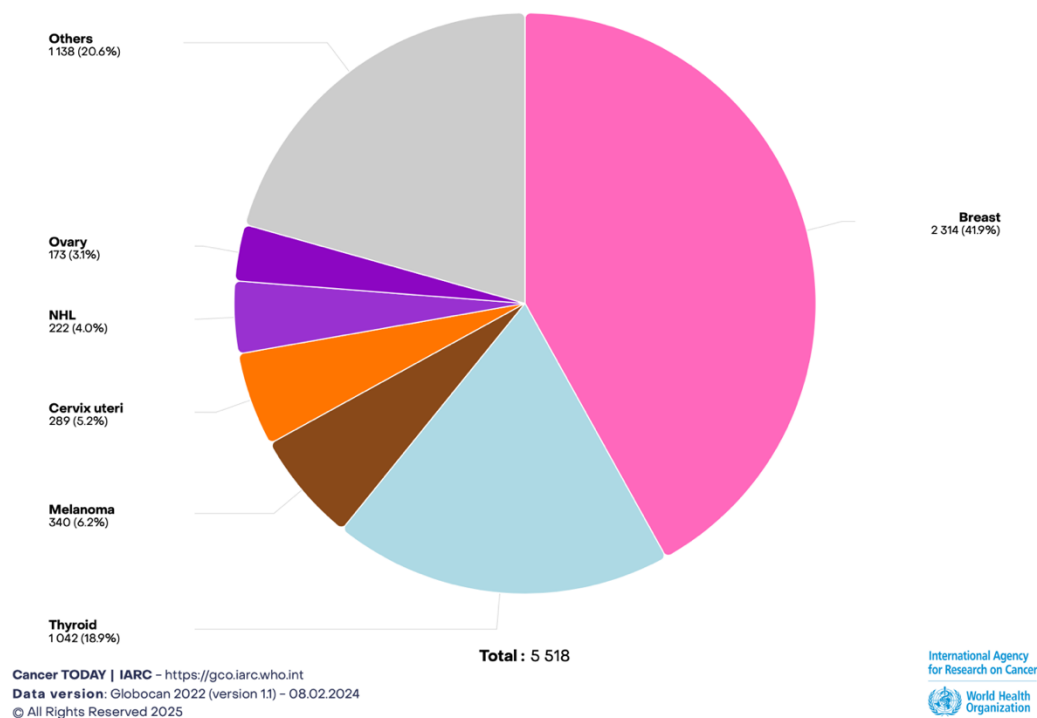
Institute dels Estats Units (Ferrari et al., 2021). El càncer entre els 15 i els 39 anys és 4 vegades més freqüent que durant els primers 14 anys de vida i representa el 2-4 % de tots els càncers invasius a Europa i segons una publicació del 2017 estimava una incidència de 50.000-70.000 pacients cada any.

Pel que fa a Europa, els càncers més freqüents en AAJ durant el 2020 van ser el carcinoma de mama (20,6%), càncer de tiroide (11,8%), melanoma (10,2%), càncer de testicle (9,2%), càncer de cèrvix (8,4%), i limfomes de Hodgkin i no Hodgkin (5,1% i 4,4%, respectivament). A Espanya, la incidència estimada el 2020 és de 8.385 casos, que representa un 2,96% de tots els càncers. Són més freqüents en dones (64,5%) que en homes (35,42%).

En comparació amb els pacients grans amb càncer, els AAJ tenen més risc d'efectes tardans i a llarg termini, que inclouen infertilitat, disfunció sexual, malaltia cardiovascular i futurs càncers (Sociedad Española de Contracepción (SEC), 2024).

2.1.2 CÀNCER EN DONES ADOLESCENS I ADULTES JOVES

El següent gràfic (Il·lustració 1), mostra la distribució de la incidència de càncer en dones d'entre 15 i 39 anys a Espanya l'any 2022, amb un total de 5.518 casos nous. El càncer de mama és, amb diferència, el més freqüent, i representa el 41,9% dels diagnòstics, fet que posa de manifest el seu impacte en dones en edat fèrtil. El segueixen el càncer de tiroide (18,9%) i el grup d'altres tumors (20,6%), mentre que les patologies directament relacionades amb la fertilitat, com el càncer d'ovari (3,1%) i el de coll uterí (5,2%), també tenen un pes rellevant. Aquesta distribució evidencia que una proporció significativa de dones joves s'enfronta a un diagnòstic oncològic en etapes vitals claus, en què la preservació de la fertilitat i l'impacte emocional associat al risc d'infertilitat derivat dels tractaments, com la quimioteràpia, adquireixen una especial rellevància des de la perspectiva de la salut mental i de les cures infermeres (World Health Organization. International Agency for Research on Cancer, 2022).



Il·lustració 1. Gràfic incidència càncer dones. Font: Organització Mundial de la Salut (OMS).

2.2 SALUT MENTAL A L'ÀMBIT HOSPITALARI

Si ens centrem més en el tema principal d'aquesta investigació, l'impacte psicològic del diagnòstic de càncer es manifesta des de les primeres fases de la malaltia. La necessitat d'iniciar els tractaments de forma urgent, aquella incertesa respecte al pronòstic i l'exposició a teràpies agressives ocasionen nivells elevats d'estrès, ansietat i por. Dins d'aquest context, la informació sobre la fertilitat futura i les possibles opcions de preservació acostumen a quedar en un segon pla o bé es dona de manera insuficient, cosa que dificulta la presa de decisions de manera conscient i adaptada a les necessitats emocionals de les pacients (Benedict et al., 2018; Castellano et al., 2013). Hi ha diversos estudis que han reflectit que aquesta manca d'informació clara i l'escàs acompanyament emocional en relació amb la fertilitat augmenten el malestar psicològic i la sensació de pèrdua de control sobre el seu propi cos i aquells plans de futurs que moltes, definien com a somnis (Logan et al., 2019; Benedict et al., 2018).

Les preocupacions reproductives s'han associat d'una manera consistent amb símptomes d'ansietat, depressió i angoixa emocional en dones amb càncer. Aquelles pacients que tenen sentiment d'amenaça real a la seva capacitat reproductiva presenten nivells significativament més alts de distres psicològic i una pitjor qualitat de vida si ho comparem amb les dones que no identifiquen la infertilitat com un problema rellevant (Kieu et al., 2022; Gorman et al., 2012). A més la infertilitat relacionada amb el càncer pot generar conflictes inclús a la relació de parella, sentiments de culpa, frustració i una vivència de dol anticipat per aquella maternitat no realitzada (Gorman et al., 2012).

Des del punt de vista de la salut mental, es important assenyalar que aquestes reaccions emocionals no han d'entendre's de manera necessària com trastorns mentals en si mateixos, sinó com a respostes humanes davant una situació vital amb elevat estrès. El DSM-5-TR estableix que el malestar psicològic clínicament significatiu pot aparèixer com una resposta a esdeveniments vitals greus, inclús sense complir criteris diagnòstics d'un trastorn mental específic, cosa que reforça la importància de realitzar una avaluació integral de sofriment emocional al context hospitalari (American Psychiatric Association, 2013). Aquest enfocament resulta pertinent especialment a oncologia, on el patiment emocional pot arribar a ser intens, prolongat i fluctuant al llarg del procés assistencial.

En aquest context, la psicooncologia emergeix com una disciplina clau dins de l'atenció hospitalària, que s'orienta a la prevenció, detecció i abordatge del malestar emocionals en pacients amb càncer. L'evidència indica que les intervencions psicològiques primerenques contribueixen a reduir aquesta ansietat, millorar les estratègies d'afrontament i facilitar per tant, l'adaptació als canvis vitals que deriven de la malalties i els seus respectius tractaments (Milán, 2020). A més, la integració de l'atenció psicològica als equips oncològics afavoreix una visió més holística del cuidatge.

Des de la pràctica infermera, és fonamental identificar el malestar emocional, oferir una escolta activa i facilitar l'accés a recursos de suport psicològic quan sigui necessari. L'abordatge de la salut mental en dones amb càncer i risc d'infertilitat contribueix a millorar el seu benestar psicològic i la qualitat de

l'atenció rebuda, reforçant així una atenció oncològica integral i centrada en la persona (Logan et al., 2019).

2.2.1 ESTRATÈGIES D'AFRONTAMENT EN PROCÉS ONCOLÒGIC

Les estratègies d'afrontament han estat definides com aquells esforços cognitius i conductuals que les persones posen en marxa per manejar demandes internes i externes percebudes com a estressants o desbordants dels seus propis recursos (Lazarus, 1984). Com passa, en aquest cas, durant el procés oncològic o davant el diagnòstic de la malaltia. Un diagnòstic de càncer suposa un episodi vital molt estressant, que es caracteritza la incertesa, la por al possible pronòstic, els efectes secundaris del tractament i les preocupacions sobre el futur, aquell futur que havien imaginat en algun moment i que ara semblava haver-se trencat; tot això fa imprescindible el desenvolupament de mecanismes d'afrontament que afavoreixin l'adaptació emocional i la qualitat de vida (Moreno, 2016; Obispo et al., 2023).

Dins el context oncològic, a la literatura es pot distingir principalment entre les estratègies d'afrontament centrades en el problema i aquelles estratègies que es basen en l'emoció. Les primeres inclouen conductes orientades a posar solució directament sobre la situació estressant, buscant informació sobre la malaltia, participant de manera activa en la presa de decisions clíniques, planificant el tractament i mantenint una adequada adherència terapèutica. Aquest tipus d'afrontament s'ha associat amb una major sensació de control, seguretat i una millor adaptació psicològica durant el tractament del càncer (Lashbrook et al., 2018). Per altra banda, les estratègies que es centren en l'emoció tenen com a objectiu regular l'impacte emocional de l'estrès i comprenen accions com l'expressió emocional, la reinterpretació cognitiva de l'experiència, la recerca de suport social o l'ús de recursos espirituals, mostrant una relació positiva amb menors nivells d'ansietat i distres psicològic (Pamela & Pozo, 2024; Rivera-Cruzatt et al., 2022).

Diversos estudis assenyalen que les pacients oncològiques acostumen a emprar una combinació de les dues estratègies, aquelles que integren l'afrontament actiu amb una adequada regulació emocional són les més adaptatives. En aquest sentit, els estils d'afrontament de tipus evitatiu passius s'han relacionat amb uns nivells majors de malestar psicològic, ansietat i una pitjor qualitat de

vida, especialment quan la malaltia s'allarga en el temps o apareixen seqüeles com en aquest cas és la infertilitat. Així mateix, s'ha observat que l'afrontament pot actuar com a mediador entre aquella incertesa que s'associa al càncer i el distres emocional, atenuant l'impacte psicològic que implica la malaltia i tot allò que la envolta quan s'utilitzen estratègies adaptatives (Obispo et al., 2023; Lashbrook et al., 2018).

De forma més concreta, la literatura descriu diverses estratègies d'afrontament utilitzades per dones durant el procés oncològic, entre les quals destaquen (Moreno, 2016; Lashbrook et al., 2018):

1. Recerca de suport social, on s'inclou l'acompanyament emocional per part de la família, parella, amistats o grups de suport amb altres pacients oncològiques. Aquesta estratègia està associat amb menor ansietat, major sensació de comprensió i una millor adaptació emocional.
2. Afrontament actiu i centrat en el problema, basat en obtenir informació sobre la malaltia, la planificació del tractament i la implicació en les decisions clíniques, la qual cosa afavoreix la percepció de control i l'adherència terapèutica.
3. Expressió emocional, aquella que entenem com la verbalització de les pors, preocupacions i emocions negatives, ja sigui amb professionals sanitaris o amb l'entorn proper i que consideren segur, facilitant per tant la regulació emocional i la reducció del malestar psicològic.
4. Reestructuració cognitiva, intentant reinterpretar l'experiència de la malaltia des d'una perspectiva més adaptativa i optimista, centrant-se en objectius a curt termini o en aspectes de creixement personal, cosa que s'ha relacionat amb majors nivells de resiliència psicològica.
5. Estratègies d'afrontament espiritual o existencial, com la recerca del sentit propi, l'espiritualitat o les creences personals, que poden aportar consol emocional i ajudar a tolerar la incertesa pròpia del procés oncològic.
6. Acceptar progressivament la malaltia, reconèixer la situació sense resignació, afavorint així una adaptació emocional més flexible i una millor convivència amb els canvis vitals derivats del càncer.

2.2.2 ROL DE LA INFERMERA EN L'ACOMPANYAMENT EMOCIONAL DEL PROCÈS ONCOLÒGIC

El diagnòstic de càncer en dones en edat fèril representa una experiència de gran impacte emocional, en especial quan hi ha la possibilitat d'una infertilitat derivada dels tractaments oncològics. Aquesta situació no només implica afrontar la malaltia i sobreviure, sinó també la incertesa associada al futur reproductiu, la identitat femenina, en si mateix, el projecte vital d'aquella dona. Diversos estudis mostren que les preocupacions relacionades amb la fertilitat després del càncer incrementen el malestar emocional, l'ansietat i les dificultats en la presa de decisions, especialment quan la informació rebuda és insuficient arriba tard o no es compren (Barioni & Gozzo, 2024; la Rosa et al., 2020; Laganà et al., 2017). En aquest context, la Teoria de la Incertesa davant la Malaltia de Merle H. Mishel ens proporciona un marc conceptual útil per poder comprendre aquelles respostes emocionals de les pacients i el paper de la infermeria durant aquest procés.

Segons Mishel, la incertesa apareix quan la persona no és capaç d'atribuir significat als esdeveniments que es relacionen amb la malaltia a causa de l'ambigüitat, la imprevisibilitat, la complexitat del procés o bé la manca d'informació suficient (Zhang, 2017). En dones diagnosticades de càncer, aquesta incertesa molts cops va més enllà del pronòstic mèdic com a tal i s'estén cap a aspectes personals, com la possibilitat de ser mares en el futur, els possibles canvis en la imatge corporal o la por a perdre el control sobre el propi projecte de vida.

Davant aquesta realitat, la infermera desenvolupa un paper fonamental com a figura de suport i acompanyament. Una de les seves funcions principals és proporcionar informació clara, comprensible i que s'adapti a les necessitats de cada pacient assegurant la seva comprensió. Segons la teoria de Mishel, el suport informatiu pot actuar com un element estructurador que ajuda la persona a interpretar millor la situació i a disminuir la sensació d'incertesa (Guan et al., 2021; Zhang, 2017).

De la mateixa manera, el rol infermer va més enllà de la transmissió d'informació. Infermeria també proporciona suport emocional, creant un espai segur on la dona pugui expressar pors, preocupacions i sentiments relacionats amb la malaltia i amb la possible pèrdua de fertilitat. L'acompanyament permet validar emocions com la tristesa, l'ansietat, la ràbia o el dol anticipat, afavorint estratègies d'afrontament més adaptatives i una millor capacitat d'adaptació a aquesta nova realitat. En aquest sentit, la literatura destaca que les intervencions orientades a gestionar la incertesa en pacients amb càncer poden contribuir a millorar el benestar psicològic i la qualitat de vida (Guan et al., 2021).

Així mateix, la teoria reconceptualitzada de Mishel planteja que, en situacions cròniques o prolongades, la incertesa no sempre s'ha d'interpretar com una experiència negativa. En alguns casos, la persona pot arribar a integrar aquesta incertesa dins la seva vida, transformant-la en una oportunitat de creixement personal, adaptació i reconstrucció identitària (Fernandez-Araque et al., 2020). Entenem llavors que durant aquest procés, la infermera pot actuar facilitant la resiliència, ajudant la dona a reinterpretar l'experiència viscuda i a reconstruir el seu projecte vital més enllà de la malaltia.

En conclusió, i des de la Teoria de la Incertesa de Mishel, infermeria i com ja sabíem fins ara, ocupa una posició clau en l'acompanyament emocional de les dones diagnosticades de càncer en edat fèrtil. La seva intervenció contribueix no només a disminuir la incertesa associada a la malaltia i a la possible infertilitat, sinó també a afavorir l'adaptació emocional i la reconstrucció del projecte de vida de la dona.

2.3 INFERTILITAT SECUNDÀRIA AL TRACTAMENT ONCOLÒGIC

La infertilitat secundària als tractaments oncològics constitueix una de les conseqüències a llarg termini més rellevants per als adolescents i els adults joves (AAJ) supervivents de càncer. Durant el procés diagnòstic i terapèutic, la prioritat tant per als pacients com per als professionals sanitaris sol centrar-se en la supervivència i el control de la malaltia. Tanmateix, un cop finalitzat el tractament oncològic, molts supervivents experimenten un canvi de focus, passant de la preocupació per la supervivència immediata a la reconstrucció del seu projecte vital, on la maternitat o paternitat ocupa un lloc central, especialment en dones en edat fèrtil (Quinn et al., 2008).

En aquest context, la infertilitat pot emergir com un problema inesperat i profundament impactant des del punt de vista psicològic. Nombrosos pacients diagnosticats en edats joves no reben prou, clara o adaptada informació sobre el possible impacte dels tractaments gonadotòxics en la seva fertilitat futura. En alguns casos, la preservació de la fertilitat s'inicia de manera tardana o directament no s'aborda, mentre que en d'altres, els pacients desenvolupen la creença errònia que la seva capacitat reproductiva no ha estat afectada pel tractament. Aquesta manca de coneixement i d'acompanyament adequat pot donar lloc a un xoc emocional quan, després del tractament, s'enfronten a dificultats reproductives no previstes.

La infertilitat secundària al càncer no sols suposa una pèrdua biològica, sinó que pot interferir de manera significativa en tasques evolutives pròpies de l'adolescència i l'adulthood jove, com ara la construcció de la identitat, l'establiment de relacions íntimes i la planificació del futur. Com hem mencionat abans, diversos estudis han relacionat les preocupacions reproductives en els supervivents AAJ amb més risc d'ansietat, símptomes depressius, dol anticipat, disminució de l'autoestima i alteracions en l'autoconcepte. Així mateix, la percepció d'una fertilitat compromesa pot afectar negativament les relacions de parella, la vida social i la sensació de control sobre la pròpia vida (Benedict et al., 2016; Vialle et al., 2025).

Per afrontar la infertilitat secundària, és fonamental una gestió integral que inclogui avaluació de la reserva ovàrica pre i post tractament, així com assessorament sobre opcions de preservació de fertilitat abans de la

quimioteràpia o radioteràpia. Aquestes opcions poden incloure la criopreservació d'òvuls o embrions o de teixit ovàric per a dones que planegen embarassar en el futur, especialment quan es preveu l'ús de tractaments altament gonadotòxics. A més, la coordinació entre oncologia i especialistes en fertilitat (oncofertilitat) és crucial per avaluar els riscos individuals i planificar estratègies adequades de preservació i seguiment reproductiu.

Finalment, cal destacar que la infertilitat secundària al tractament oncològic no sempre és permanent, ja que en alguns casos la funció ovàrica pot recuperar-se parcialment després d'alguns mesos o anys, especialment en dones més joves o sotmesos a tractaments de menor toxicitat; tanmateix, aquest procés és imprevisible i no es pot garantir. Des de la perspectiva infermera, resulta fonamental reconèixer aquesta situació com un problema de salut integral que transcendeix l'àmbit físic, fet que requereix la detecció precoç de les preocupacions reproductives, la provisió d'informació adequada i un acompanyament emocional continuat abans, durant i després del tractament, amb l'objectiu de minimitzar l'impacte psicològic de la infertilitat, afavorir una holística que integri tant la salut física com la psicoemocional dels pacients.

2.3.1 EFECTES DE LA QUIMIOTERÀPIA I LA RADIOTERÀPIA EN LA FERTILITAT FEMENINA

Els tractaments oncològics poden tenir un impacte significatiu sobre la fertilitat femenina i la funció reproductiva, tant a curt com a llarg termini. Aquest efecte depèn de múltiples factors, entre els quals destaquen l'edat de la pacient i el seu estadi de desenvolupament puberal, el tipus de tractament administrat, les dosis acumulades i la combinació de diferents modalitats terapèutiques. L'edat en el moment del tractament constitueix un factor pronòstic clau, incrementant-se el risc d'amenorrea i de símptomes climatèrics com més gran és l'edat de la pacient. En molts casos, no és el càncer en si, sinó els tractaments necessaris per controlar-ho, els principals responsables del deteriorament de la capacitat reproductiva (Kapoor et al., 2025).

La quimioteràpia pot afectar de forma directa l'ovari, interferint en l'ovulació i reduint la quantitat i la qualitat dels oòcits. Es pot produir isquèmia del teixit ovàric

com a conseqüència de la inhibició de l'angiogènesi, així com per espasme vascular ovàric induït per la quimioteràpia. A més, la quimioteràpia pot provocar fibrosi de l'escorça ovàrica, cosa que també dona lloc a isquèmia.

Els agents alquilants són els fàrmacs amb més potencial gonadotòxic, ja que causen enllaços creuats i trencaments a les cadenes d'àcid desoxirribonucleic (ADN), cosa que condueix a l'apoptosi de les cèl·lules germinals de ràpida divisió, això provoca una alteració el cicle fol·licular i que s'aturin els fol·licles a la metafase. Quan això succeeix hi ha una pèrdua de l'hormona antimülleriana (AMH). Aquesta pèrdua d'AMH provoca la supressió del reservori de fol·licles primordials, fenomen conegut com el mecanisme de “maduració fol·licular ovàrica accelerada” es a dir, una disminució accelerada de la reserva ovàrica. Fàrmacs com la ciclofosfamida, ifosfamida, busulfan o tiotepa, especialment quan s'utilitzen a altes dosis o en el context de condicionament per a trasplantament de precursors hematopoètics, s'associen a un risc elevat d'insuficiència ovàrica prematura, amenorrea persistent i menopausa (Kapoor et al., 2025; Salama & Woodruff, 2017).

Altres agents quimioteràpics poden provocar alteracions menstruals transitòries, amb recuperació parcial o completa de la funció ovàrica després de la finalització del tractament, sent aquest fenomen més freqüent en pacients joves i amb més reserva ovàrica basal (Sociedad Española de Contracepción (SEC), 2024).

La radioteràpia pot comprometre la fertilitat femenina a diferents nivells de l'eix reproductiu. La irradiació cranial pot afectar l'eix hipotàlem-hipofisiari, alterant la secreció de gonadotropines i donant lloc tant a pubertat precoç central com a hipogonadisme hipogonadotrop (trastorn en què les gònades funcionen de forma insuficient a causa d'un dèficit en l'estimulació hormonal del cervell, concretament de l'hipotàlem o de la hipòfisi) amb retard puberal, depenent de la dosi i del moment del desenvolupament en què s'administri. Aquestes alteracions poden condicionar trastorns de l'ovulació i requerir un tractament hormonal substitutiu o inducció de l'ovulació en cas de desig gestacional (Anderson et al., 2015; Sociedad Española de Contracepción (SEC), 2024).

L'afectació ovàrica és especialment rellevant a la radioteràpia pèlvica, abdominal o corporal total, on el dany depèn de la dosi rebuda i de l'edat de la pacient. L'ovari és altament radiosensible i la destrucció d'ovòcits pot produir-se fins i tot amb dosis relativament baixes, cosa que es tradueix en disminució de la reserva ovàrica, fallada ovàrica aguda o insuficiència ovàrica prematura. Les dones adultes són més susceptibles al dany ovàric que les nenes i els adolescents, encara que en aquestes últimes l'impacte es pot manifestar anys després del tractament.

Per part seva, la radiació sobre l'úter pot produir alteracions estructurals i funcionals de gran rellevància reproductiva. El dany sobre la vascularització, el miometri i l'endometri pot provocar disminució de la mida i de l'elasticitat uterina, fibrosi i alteracions del reg sanguini, cosa que s'associa a problemes d'implantació, augment del risc d'avortaments espontanis, parts prematurs, baix pes al néixer, restricció del creixement hipertensió gestacional o preeclàmpsia. Aquestes complicacions són més freqüents quan la radioteràpia s'administra a edats primerenques, abans del desenvolupament uterí complet, per la qual cosa els embarassos en aquestes pacients s'han de considerar d'alt risc i han de ser manejats en centres especialitzats (Anderson et al., 2015).

La immunoteràpia, especialment els inhibidors dels punts de control immunitari, representa una modalitat terapèutica més recent, i l'evidència sobre el seu impacte en la fertilitat femenina encara és limitada. Això no obstant, s'han descrit possibles alteracions de la funció ovàrica i efectes secundaris endocrins que podrien influir en la capacitat reproductiva. Tot i que els mecanismes no estan completament aclarits, es considera prudent informar les pacients joves sobre la incertesa existent i valorar estratègies de preservació de la fertilitat abans d'iniciar el tractament.

En conjunt, la quimioteràpia, la radioteràpia i la immunoteràpia poden comprometre la fertilitat femenina mitjançant mecanismes diversos que afecten l'ovari, l'eix hormonal i l'úter. Per això, és fonamental una valoració precoç i individualitzada del risc reproductiu, així com un abordatge multidisciplinari que permeti informar adequadament la pacient i, quan sigui possible, implementar mesures de preservació de la fertilitat abans de l'inici del tractament oncològic (Salama & Woodruff, 2017).

2.3.2 PRESERVACIÓ DE LA FERTILITAT I OPCIONS DISPONIBLES.

Quan s'aborda la preservació de la fertilitat, és fonamental considerar l'existència de diverses barreres que poden dificultar la seva implementació, especialment en el context de pacients oncològiques. En primer lloc, destaquen les barreres mèdiques. La falta de comunicació i coordinació entre oncòlegs i ginecòlegs, l'escassa derivació primerenca per part dels oncòlegs, la manca d'especialistes en oncofertilitat i el fet que alguns diagnòstics es realitzin en estadis avançats de la malaltia constitueixen obstacles rellevants per a iniciar de manera oportuna un procés de preservació de la fertilitat. Diversos estudis internacionals han evidenciat que moltes pacients joves no reben una informació adequada sobre el risc d'infertilitat ni són derivades de forma precoç a especialistes en preservació de la fertilitat, fet que genera importants desigualtats en l'accés a aquests recursos (Mulder et al., 2021). Aquesta situació posa de manifest, a més, la necessitat de continuar avançant en la recerca i en el desenvolupament d'estratègies de diagnòstic precoç del càncer. En segon lloc, les barreres econòmiques representen un factor limitant important. Les tècniques de preservació de la fertilitat, com la criopreservació d'ovòcits, de teixit ovàric o d'embrions, comporten un elevat cost econòmic i, en molts casos, no estan cobertes pels sistemes públics de salut. Com a conseqüència, aquests procediments solen oferir-se en centres privats, sent les pròpies pacients els qui han d'assumir la despesa, la qual cosa genera una càrrega econòmica addicional i pot condicionar l'accés a aquests tractaments (Salama & Woodruff, 2017; Yang et al., 2024).

Finalment, han de considerar-se les barreres socials. En determinats contextos socioculturals, l'ús de gàmetes de donants externs no està plenament acceptat, la qual cosa pot suposar una font addicional d'estrès per a les pacients en un moment d'especial vulnerabilitat. Aquesta situació és especialment rellevant en dones sense parella, als qui a vegades se'ls planteja la criopreservació d'embrions com a única alternativa, procediment que requereix necessàriament la utilització d'esperma masculina (Salama & Woodruff, 2017; Quinn et al., 2008). En conjunt, aquestes barreres evidencien que la preservació de la fertilitat ha d'abordar-se de manera integral i amb especial sensibilitat en pacients AAJ. No obstant això, malgrat les dificultats existents, resulta imprescindible que aquest tema sigui tractat de manera sistemàtica i coherent dins del procés assistencial,

amb la finalitat de garantir una adequada informació i la presa de decisions informades per part de les pacients. Les guies clíniques actuals recomanen que les discussions sobre fertilitat es realitzin de manera precoç, idealment en el moment del diagnòstic oncològic, i que les pacients siguin derivades ràpidament a unitats especialitzades en preservació de la fertilitat quan existeixi risc de gonadotoxicitat associada al tractament (Yang et al., 2024).

Des del punt de vista clínic, s'han proposat tres grans estratègies de preservació de la fertilitat femenina que poden aplicar-se de manera seqüencial sempre que no existeixin contraindicacions específiques. La primera estratègia consisteix en l'estimulació ovàrica hormonal, ja sigui convencional o d'emergència, seguida de la punció ovocitària i la criopreservació d'ovòcits i/o la fecundació in vitro (FIV) amb posterior criopreservació d'embrions, considerades opcions establertes. Aquestes tècniques presenten actualment les taxes d'èxit més elevades dins de les estratègies de preservació de la fertilitat femenina, especialment en dones postpuberals amb temps suficient abans de l'inici del tractament oncològic. Tanmateix, aquesta estratègia està contraindicada en nenes prepuberals i en dones amb tumors hormonodependents, com els càncers de mama i d'endometri (Yang et al., 2024).

La segona estratègia inclou l'ooforectomia parcial o unilateral amb posterior criopreservació de teixit ovàric i el seu eventual autotrasplantament i/o maduració in vitro, opcions que actualment es consideren experimentals. Aquest abordatge no és recomanable en casos de carcinoma d'ovari ni en neoplàsies amb alt risc de metàstasi ovàrica, com les leucèmies, els limfomes i alguns càncers de mama o gastrointestinals, pel risc de reintroducció de cèl·lules malignes. Per aquest motiu, és fonamental realitzar una valoració individualitzada del risc de metàstasi ovàrica abans de plantejar l'autotrasplantament del teixit criopreservat (Mulder et al., 2021).

Finalment, la tercera estratègia engloba les tècniques de protecció ovàrica, com l'ooforopexia, el blindatge pèlvic, l'ús d'anàlegs de l'hormona alliberadora de gonadotropines (GnRH) i l'administració fraccionada de quimioteràpia o radioteràpia. No obstant això, l'eficàcia d'aquestes mesures és controvertida, ja que l'ooforopexia i el blindatge pèlvic no protegeixen l'ovari davant la

quimioteràpia, mentre que els anàlegs de la GnRH no ofereixen protecció en el context de la radioteràpia (Salama & Woodruff, 2017; Yang et al., 2024).

A més, diversos autors destaquen la necessitat d'implementar circuits assistencials sistematitzats que facilitin la detecció precoç de necessitats reproductives, la coordinació entre oncologia i reproducció assistida i l'accés equitatiu als tractaments de preservació de la fertilitat (Yang et al., 2024).

CRIOPRESERVACIÓ D'OVOCITS

En relació amb les opcions clíniques disponibles, el mètode més establert per a la preservació de la fertilitat femenina és la criopreservació d'embrions, una pràctica consolidada i habitual dins dels tractaments de fecundació in vitro (FIV). Tanmateix, aquesta tècnica presenta diverses limitacions que poden actuar com a barreres addicionals per a determinades pacients oncològiques. D'una banda, la criopreservació embrionària requereix un període de temps relativament prolongat i, malgrat que les estratègies actuals d'estimulació ovàrica han permès reduir-ne la durada, continuen essent necessàries aproximadament dues o tres setmanes abans d'iniciar el tractament oncològic. Aquest retard pot no ser assumible en situacions en què és imprescindible començar la teràpia antineoplàsica de manera immediata (Yang et al., 2024).

D'altra banda, la creació d'embrions exigeix disposar d'esperma, i els embrions resultants passen a ser propietat conjunta de la dona i de l'home implicats, excepte en els casos en què s'utilitza esperma de donant. Aquest fet converteix la criopreservació d'embrions en una opció menys adequada per a dones que no tenen una parella estable i, fins i tot quan la tenen, planteja implicacions legals, ètiques i emocionals que han de ser discutides de manera exhaustiva i clara amb la pacient i la seva parella abans d'iniciar el procediment. Aquestes consideracions reforcen la necessitat d'un assessorament personalitzat i multidisciplinari, així com d'oferir alternatives com la criopreservació d'ovòcits quan sigui possible, especialment en el context de dones joves i adolescents (AAJ) (Anderson et al., 2015; Mulder et al., 2021).

Després de la consulta inicial, s'elabora un pla d'estimulació ovàrica individualitzat, i els pacients poden iniciar les injeccions amb la següent menstruació, si el temps clínic ho permet, o bé en qualsevol moment del cicle mitjançant protocols d'inici aleatori (random start) (Yang et al., 2024).

En el cas de la criopreservació d'ovòcits, si la pacient decideix utilitzar posteriorment el material criopreservat, els ovòcits són descongelats, fecundats i cultivats al laboratori fins que estan preparats per a la transferència embrionària o per a la realització d'una biòpsia amb finalitats de diagnòstic genètic. En canvi, els pacients que opten inicialment per la criopreservació d'embrions tenen els ovòcits fecundats i cultivats fins a l'estadi embrionari abans de la congelació. Aquestes tècniques, tot i estar cada cop més estandarditzades, presenten limitacions importants que cal tenir en compte en el context de la presa de decisions (Vialle et al., 2025).

Les dades relatives a les taxes de naixement viu després de la preservació mèdica de la fertilitat són encara limitades, principalment pel nom relativament reduït de pacients que, després d'haver rebut tractaments gonadotòxics, retornin per utilitzar el material criopreservat. Les taxes de retorn se situen aproximadament entre el 5% i el 10%, tant per a embrions com per a ovòcits. Diversos factors podrien explicar aquesta baixa utilització, incloent-hi la mort de la pacient, la concepció espontània després del tractament oncològic, el retard derivat de tractaments en curs o un canvi en el desig reproductiu (Lehmann, Vlooswijk, et al., 2025).

En aquelles pacients que sí fan ús del material criopreservat, un metaanàlisi sobre els resultats de la criopreservació amb finalitats mèdiques va mostrar una taxa de naixement viu per transferència embrionària del 25,8% en el cas dels ovòcits criopreservats i del 35,3% en el cas dels embrions criopreservats. D'altra banda, un estudi retrospectiu de major dimensió en pacients tractats per càncer va indicar que la probabilitat acumulada d'obtenir almenys un naixement viu era del 42,1% en dones de 35 anys o menys i del 29,0% en dones majors de 35 anys en el moment de la congelació. Aquestes taxes resultaren inferiors a les observades en dones de la mateixa edat que havien congelat ovòcits per indicacions no mèdiques (Quinn et al., 2025).

CRIOPRESERVACIÓ DE TEIXIT OVÀRIC

Dins de les opcions clínics disponibles, a més de la criopreservació d'ovòcits i d'embrions, la criopreservació de teixit ovàric (OTC, per les seves sigles en anglès) constitueix una alternativa cada cop més rellevant a l'àmbit de l'oncofertilitat. Es tracta d'una tècnica relativament recent que permet l'obtenció de teixit reproductiu sense necessitat d'estimulació ovàrica, fet que la converteix en una opció especialment valuosa en dos contextos clínics principals: d'una banda, en pacients prepuberals, que no són candidats a la criopreservació d'ovòcits o d'embrions, i, de l'altra, en pacient i per a les quals no és possible retardar l'inici de la teràpia oncològica. Tot i que les dades disponibles sobre els resultats reproductius de l'OTC són més limitades en comparació amb altres tècniques, el Comitè de Pràctica de l'American Society for Reproductive Medicine (ASRM) ja no la considera una tècnica experimental (Yang et al., 2024). L'OTC consisteix en l'obtenció de teixit cortical ovàric, ric en milers de fol·licles primordials, mitjançant laparoscòpia o laparotomia abans de l'inici del tractament gonadotòxic. Pot realitzar-se en persones de qualsevol edat, incloent-hi lactants, i habitualment implica l'extirpació parcial d'un ovari o, en alguns casos, l'extirpació completa d'un sol ovari. Un cop extret, el teixit es dissecciona en fragments més petits i és criopreserva mitjançant tècniques de refredament lent o vitrificació. Quan la pacient és considerada lliure de malaltia oncològica i està preparada per fer ús del teixit criopreservat, aquest pot ser reimplantat a la mateixa pacient, ja sigui a la seva localització anatòmica original (trasplantament ortotòpic) o en una localització alternativa (trasplantament heterotòpic). En el cas de l'OTC, el trasplantament ortotòpic ha demostrat una major eficàcia pel que fa a l'obtenció de naixements vius, i permet la restauració tant de la funció endocrina com de la fertilitat (Salama & Woodruff, 2017).

Gran part de l'evidència disponible sobre els resultats de l'OTC prové d'informes de casos, principalment en pacients que ja havien iniciat la pubertat en el moment de l'extracció del teixit. Aquests dades han estat sintetitzades en una revisió sistemàtica i un metaanàlisi publicats per Khattak et al. l'any 2022, que inclouran un total de 568 pacients. Els autors descriuen la reaparició de la menstruació al 72% dels pacients, una taxa de naixement viu del 28% i una taxa d'avortament espontània del 37%. Entre els pacients que van aconseguir un embaràs, el 69% ho van fer de manera espontània. De manera similar, en una altra revisió dels

resultats obtinguts a centres europeus, Dolmans et al. van analitzar les dades de 285 dones i van observar taxes de naixement viu comparables: del 25,4% en dones que havien desenvolupat amenorrea després del tractament gonadotòxic i del 30,6% en aquelles que presentaven menstruacions irregulars abans del trasplantament (Quinn et al., 2025).

En conjunt, la criopreservació de teixit ovàric representa una alternativa especialment valuosa per a pacients pediàtriques, adolescents i dones que requereixen iniciar el tractament oncològic de manera immediata, tot i que continua sent necessari ampliar l'evidència disponible sobre la seva eficàcia i seguretat a llarg termini (Mulder et al., 2021; Yang et al., 2024).

SUPRESSIÓ OVÀRICA

Pel que fa a la supressió ovàrica, els pacients amb antecedents personals de càncer s'enfronten a una presa de decisions especialment complexa en el moment de considerar la planificació familiar. Tal com s'ha exposat anteriorment, el tractament oncològic pot tenir efectes diversos sobre la funció gonadal i la fertilitat. Els pacients que desitgen un embaràs han de valorar si intentar-ho de manera espontània o recórrer a tècniques de reproducció assistida, especialment si han criopreservat prèviament gàmetes i/o embrions, si considerar l'ús de gàmetes de donant o si poden dur a terme un embaràs de manera segura (Benedict et al., 2016a).

En pacients que han rebut quimioteràpia amb riscos coneguts a llarg termini a nivell cardíac, pulmonar o d'altres sistemes, es recomana realitzar una avaluació i un assessorament preconcepcional adequats per valorar els possibles efectes tardans del tractament (Yang et al., 2024).

Finalment, els fàrmacs anàlegs de l'hormona alliberadora de gonadotropines (GnRHa) continuen sent objecte d'investigació pel que fa a la seva eficàcia en la preservació de la funció ovàrica durant la quimioteràpia gonadotòxica. Els resultats disponibles són heterogenis i, en alguns casos, contradictoris, tant en estudis individuals com en metaanàlisis, atesa la diversitat de dissenys i d'indicadors utilitzats per avaluar la funció ovàrica, com ara la represa de la menstruació, els nivells de FSH, l'hormona antimülleriana o l'assoliment d'un embaràs (Quinn et al., 2025). En conjunt, les guies clíniques basades en l'evidència reconeixen l'ús dels GnRHa en pacients amb càncer de mama

únicament com a complement ja que, alguns estudis han observat una disminució del risc d'insuficiència ovàrica prematura i una major probabilitat de recuperació menstrual després del tractament en pacients tractades amb GnRHa a opcions de preservació de la fertilitat més consolidades, mentre que la seva eficàcia en altres grups de pacients continua sent objecte d'estudi (Kapoor et al., 2025).

2.4 DOL REPRODUCTIU I PÈRDUA DEL PROJECTE DE MATERNITAT

Ser capaç de concebre i portar un fill sovint s'integra en la construcció de la pròpia identitat i en les narratives personals de futur. Quan el diagnòstic de càncer i els seus tractaments comprometen de manera irreversible la fertilitat, la pèrdua no és només biològica: es converteix en una fractura profunda del *projecte vital* que la persona havia imaginat per a la seva vida. Aquest trencament es manifesta com un dol reproductiu, un procés emocional complex que combina sentiments de pèrdua, de fractura de la pròpia identitat i de frustració davant un ideal de vida que ja no és accessible.

Des d'una perspectiva filosòfica, la maternitat sovint s'entén com una experiència que transcendeix la mera funció biològica: està vinculada a valors com la continuïtat, la transmissió i la realització personal de la dona. El fet de no poder dur a terme aquest projecte pot afectar l'autoestima, el sentit de *ser dona* o de *fer família*, així com la percepció de control sobre la pròpia trajectòria vital. Aquesta experiència de pèrdua s'acosta, en molts aspectes, al que la psicologia defineix com a dol perinatal o reproductiu, un tipus de dol que no sempre és públic o socialment reconegut, però que provoca un dolor emocional profund. En la societat occidental, on la fertilitat i la maternitat sovint s'associen íntimament amb la identitat femenina i el valor social de la dona, la infertilitat pot conduir a sentiments de fracàs, inadequació o estigma personal. Aquest context cultural amplifica el dolor internalitzat i dificulta l'elaboració del dol reproductiu en grup o amb suport comunitari, ja que moltes vegades es viu en silenci i en solitud (Dr. Artur Wdowiak, 2022).

Als nivells psicològics i emocionals, les respostes al dol reproductiu són variades i profundes. Les dones que experimenten infertilitat o repetides fallides en tractaments de reproducció assistida poden presentar símptomes de depressió, ansietat, pèrdua d'esperança, culpa o frustració. Aquestes reaccions afectives s'han descrit en la literatura com a característiques de l'estrès emocional associat al *grief* reproductiu, que inclou tant la pèrdua de gàmetes o la funció ovàrica com la pèrdua del significat vital associat a la maternitat. Les manifestacions de dol no es limiten a la tristesa; en molts casos inclouen sentiments d'ira, dolor profund, tendència a l'aïllament i fins i tot pensaments associats a desesperança, tot això com a resposta a l'eliminació d'un futur desitjat que ja no és possible de materialitzar (de Castro et al., 2021).

A nivell existencial, l'absència de maternitat pot ser interpretada com un trencament entre el *jo actual* i el *jo projectat*, és a dir, entre la identitat futura que es volia construir (mare, cuidadora, progenitora) i la que finalment es percep. Aquesta fractura genera una retroalimentació emocional que sovint requereix no només suport clínic, sinó també un treball profund de reconstrucció de la pròpia narrativa de vida. La literatura en salut mental subratlla que la infertilitat no solament afecta la salut física i reproductiva, sinó també la *coherència identitària*, la *sensació de control sobre el propi cos* i la *percepció del valor personal*. Aquest impacte psicològic perdura amb el temps, amb efectes duradors sobre l'autoestima, les relacions de parella i la qualitat de vida general (Jackson et al., 2025).

Només reconeixent la dimensió filosòfica i emocional d'aquesta pèrdua, més enllà de la mera biologia, es pot abordar de manera integral el dol reproductiu. Polítiques de salut i pràctiques clíniques actuals recomanen incorporar suport psicològic especialitzat des de l'inici del tractament, així com espais de validació social del dolor reproductiu, per tal de facilitar l'elaboració psicoemocional d'aquesta pèrdua. En aquesta línia, l'assistència hauria de reconèixer no només l'impacte fisiològic de la infertilitat, sinó també els *significats existencials* que la maternitat i la seva pèrdua comporten per a la subjectivitat de la dona a llarg termini (Dr. Artur Wdowiak, 2022).

3. OBJECTIUS

Pregunta d'investigació

Quin impacte emocional té el risc d'infertilitat en les dones diagnosticades de càncer en edat fèrtil segons l'evidència científica disponible?

Objectiu principal

- Analitzar l'evidència científica disponible sobre l'impacte en la salut mental de les dones diagnosticades de càncer en edat fèrtil davant el risc d'infertilitat derivat dels tractaments oncològics.

Objectius específics

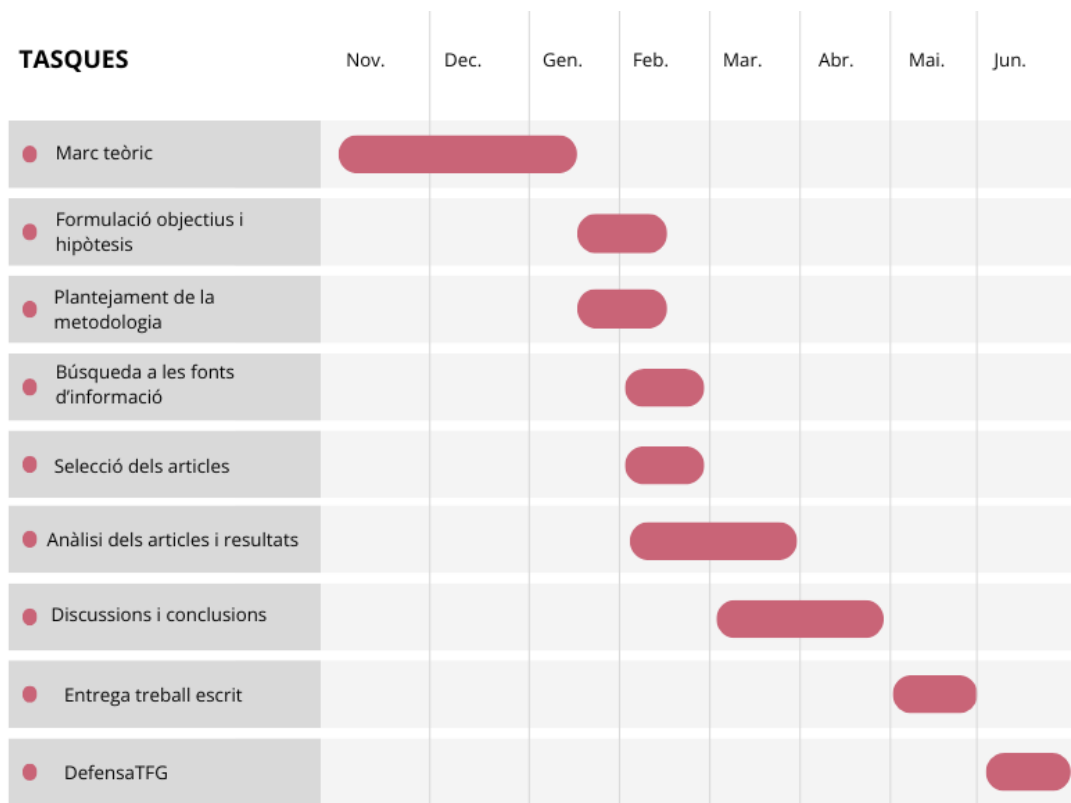
- Descriure les principals emocions i pensaments recollits a la literatura científica en dones en edat fèrtil abans, durant i després del tractament oncològic en relació amb el risc d'infertilitat.
- Analitzar el significat personal i social de les participants enfront a la fertilitat i la capacitat reproductiva.
- Identificar els factors descrits a la literatura que intensifiquen o atenuen l'impacte emocional del risc d'infertilitat associat al càncer.
- Examinar les repercussions emocionals i identitàries a llarg termini descrites en dones que han afrontat un diagnòstic de càncer en edat fèrtil

4. METODOLOGIA

La metodologia d'aquest treball consisteix en una revisió sistemàtica qualitativa, en concret una metasíntesi qualitativa. L'objectiu principal d'aquest tipus de metodologia és recopilar i analitzar l'evidència científica existent sobre l'impacte emocional del risc d'infertilitat en dones diagnosticades de càncer en edat fèrtil sintetitzant els resultats d'investigacions qualitatives que exploren experiències, emocions i vivències personals (Pena, 2024).

D'aquesta manera, busquem conèixer com afronten les dones aquesta situació i quines són les repercussions emocionals principals descrites a la literatura, amb la finalitat d'aportar coneixement útil per a la pràctica infermera i afavorir una atenció integral centrada en l'acompanyament emocional.

4.1 PERÍODES DE CERCA I SELECCIÓ



Il·lustració 2. Cronograma. Font: Elaboració pròpia

4.2 BASES DE DADES UTILITZADES

Per a la realització de l'estudi es va fer una cerca a les següents bases de dades de caràcter científic:

- PubMed és una base de dades desenvolupada pel National Center for Biotechnology Information (NCBI). És d'accés lliure i conté més de 19 milions de referències bibliogràfiques relacionades amb la literatura de recerca en ciències biomèdiques i biològiques (PubMed, 1997).
- Dialnet és una base de dades fundada per la Universitat de la Rioja. És d'accés lliure i integra més d'1 milió d'articles de revista científiques espanyoles i iberoamericanes. S'hi pot accedir tant a recursos (llibres, articles de revista, tesis doctorals) com a diferents serveis documentals, centrats principalment en els àmbits de les Ciències Humanes, Jurídiques i Socials (Dialnet plus, 2001).
- Scielo és una biblioteca virtual d'accés lliure formada per una col·lecció de revistes científiques espanyoles de ciències de la salut seleccionades segons uns criteris de qualitat preestablerts. Aquest projecte està format per la cooperació entre BIREME i (Scientific electronic library online, 1990).
- CINAHL és una base de dades bibliogràfica especialitzada en infermeria i ciències de la salut afins. Està desenvolupada per l'empresa EBSCO Publishing i recull referències d'articles de revistes científiques, llibres, tesis i altres recursos relacionats amb la infermeria, la salut pública, la fisioteràpia i altres disciplines sanitaris. Aquesta base de dades és una de les principals fonts d'informació per a la investigació en infermeria i àrees relacionades (CINAHL, 1981).
- Web of Science és una base de dades bibliogràfica d'àmbit multidisciplinar que ofereix referències i resums d'autors d'articles de revista, índexs de citacions i patents. És d'origen anglosaxó fundat per l'empresa Clarivate Analytics (Web of science, 2003).

4.3 TERMINOLOGIA UTILITZADA

Per delimitar la cerca d'aquesta revisió es van utilitzar els descriptors DeCS (Descriptors de Ciències de la Salut) i MeSH (Medical Subject Headings). Tots dos mètodes van permetre acotar els resultats de la cerca en relació amb els objectius.

LLENGUATGE LLIURE	MESH	DECS
Infertilitat	Infertility	Infertilidad
Oncologia/Càncer	Neoplasms	Neoplasias
Salud mental	Mental health	Salud mental
Emocions	Emotions	Emociones
Mujer	Women Female	Mujeres

Taula 1. Terminologia utilitzada a la recerca bibliogràfica. Font: elaboració pròpia

4.4 OPERADORS BOOLEANS

Els operadors booleans utilitzats són “AND” i “OR” per analitzar, recopilar i sintetitzar la informació més rellevant sobre el tema destudi. A continuació, es defineixen les frases de cerca utilitzades:

- Neoplasms AND Infertility AND Emotions
- Neoplasms AND Infertility AND Mental health
- Neoplasms AND Infertility AND Emotions AND Women
- Neoplasms AND Infertility AND Emotions AND Female AND Fertility Preservation

4.5 CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ

En relació amb els criteris de selecció que s'han fet servir per realitzar la cerca, són els que apareixen a la següent taula:

INCLUSIÓ	EXCLUSIÓ
Publicacions centrades en la salut mental de les dones relacionat amb la infertilitat durant processos oncològics	Publicacions centrades en població masculina
Publicacions entre 2011 i 2026	Article de pagament
Accés gratuït	Text no complet
Text complet	Publicacions inferiors a 2011
Publicacions en castellà i anglès	Publicacions en un idioma diferent a castellà i/o anglès
Articles amb metodologia qualitativa	Totes les publicacions amb metodologia únicament quantitativa.

Taula 2. Criteris d'inclusió i exclusió. Font: elaboració pròpia

4.6 EQUACIÓ DE CERCA

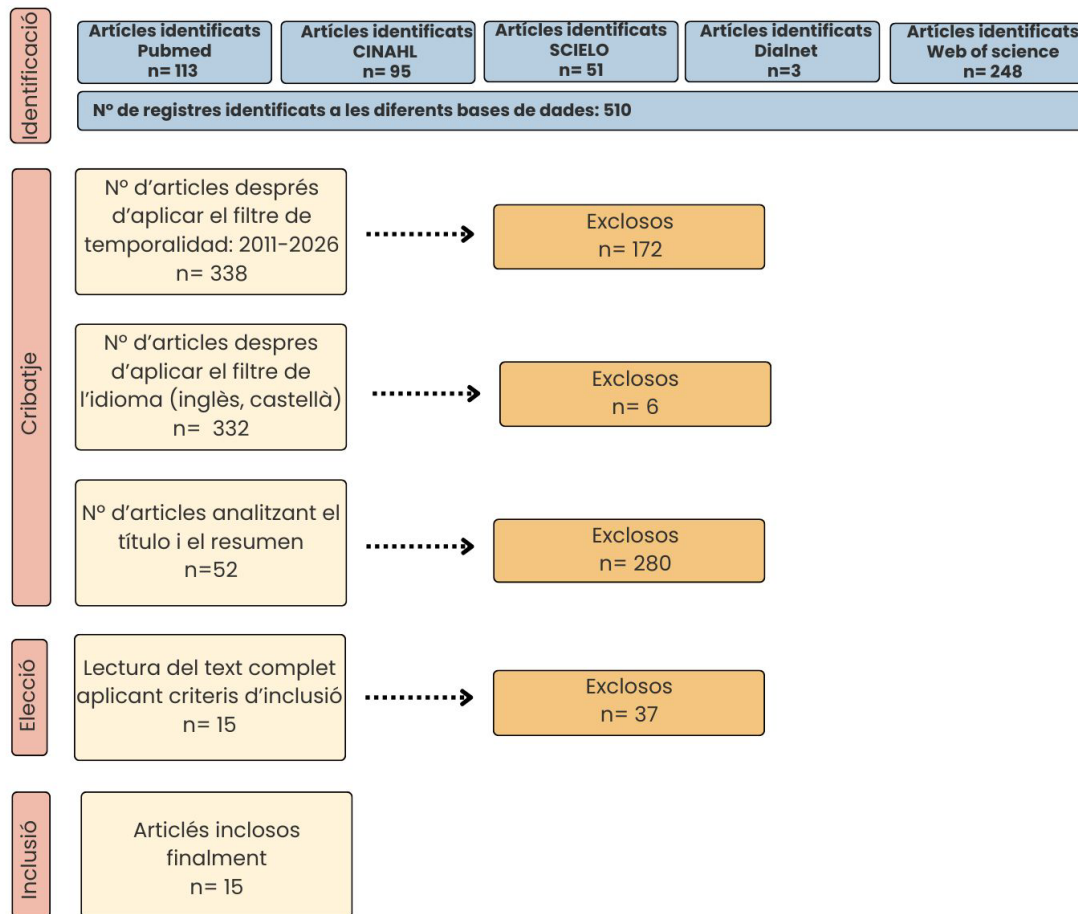
La taula següent exposa les diferents frases de cerca que s'han fet servir per a cada base de dades, juntament amb els articles seleccionats en total.

BASE DE DADES	EQUACIÓ DE CERCA	Nº ARTICLES RECUPERATS	RESULTATS AMB FILTRES	Nº ARTICLES SELECCIONATS
PubMed	((("Emotions"[Mesh]) AND "Infertility"[Mesh]) AND "Neoplasms"[Mesh])	95	63	3
	((("Mental Health"[Mesh]) AND "Infertility"[Mesh]) AND "Neoplasms"[Mesh])	9	5	1
	((("Infertility"[Mesh]) AND "Women"[Mesh]) AND "Emotions"[Mesh]) AND "Neoplasms"[Mesh])	1	1	1
	((("Female"[Mesh]) AND "Neoplasms"[Mesh]) AND "Infertility"[Mesh]) AND "Fertility")	8	8	2

	Preservation"[Mesh]) AND "Emotions"[Mesh]			
CINAHL	oncology AND infertility AND (Qualitative OR interview* OR "focus group*" OR experience*)	52	38	2
	oncology AND infertility AND (woman or women or female or females) AND (Qualitative OR interview* OR "focus group*" OR experience*)	40	29	0
	oncology AND infertility AND (woman or women or female or females) AND mental health AND (Qualitative OR interview* OR "focus group*" OR experience*)	3	1	0
SCIELO	(infertility) AND (cancer)	40	21	1
	(cancer) AND (infertility) AND (women)	11	5	0
Web of Science	oncology AND infertility AND mental health	17	16	0
	(cancer OR neoplasm* OR oncology) AND (infertility OR "fertility preservation" OR oncofertility) AND (women OR female*) AND (experience* OR perception* OR psychosocial OR emotional) AND (qualitative OR interview* OR phenomenolog* OR "thematic analysis")	231	196	5
Dialnet	(cáncer OR oncología) AND (infertilidad OR "preservación de la fertilidad") AND (mujeres) AND (cualitativo OR entrevistas OR fenomenológico)	3	3	0

Taula 3. Equació de cerca. Font: elaboració pròpia

4.6 DIAGRAMA DE FLUXE



Il·lustració 3. Diagrama de fluxe. Font: Elaboració propia

4.7 ANÀLISI DELS ARTICLES

Per dur a terme l'anàlisi dels estudis inclosos hem realitzat unes taules resum de cadascun dels articles seleccionats als quals els hem assignat un número del 1 al 15; a més s'ha dut a terme una síntesi temàtica. Inicialment vam fer una lectura detallada dels resultats de cada article per identificar idees clau. Posteriorment es van codificar aquelles idees clau i es van agrupar en categories temàtiques. Finalment, els temes emergents els vam integrar per identificar aquells patrons comuns entre els estudis qualitatius que hem inclòs (Thomas & Harden, 2008).

5. RESULTATS

Dels 15 estudis inclosos, sis van ser publicats després del 2020. Pel que fa al país de publicació, cinc estudis es van dur a terme a Austràlia, dos als Estats Units, dos a Turquia, i un respectivament a Regne Unit, Espanya, Brasil, Dinamarca i Països Baixos. A més, un dels estudis es va dur a terme conjuntament entre Austràlia i Nova Zelanda.

Tots els estudis inclosos van abordar l'impacte emocional del risc d'infertilitat i de la preservació de la fertilitat en pacients oncològics, principalment dones joves diagnosticades de càncer. La majoria dels estudis es van centrar exclusivament en població femenina, tot i que alguns van incloure també homes joves supervivents de càncer. En conjunt, els estudis van incloure més de 3.000 participants, amb edats compreses principalment entre l'adolescència i l'adulthood jove.

Pel que fa al disseny metodològic, la majoria dels estudis van ser qualitius, utilitzant principalment entrevistes semiestructurades en profunditat per explorar les experiències, emocions i percepcions de les participants. Alguns estudis van emprar a més grups focals, qüestionaris online o metodologies mixtes amb combinació d'anàlisi qualitativa i quantitativa.

5.1 TAULA RESUM DELS ARTICLES

PUBMED					
Autor/es, títol, any, país	Objectiu	Tipus d'estudi	Mostra (n) / intervenció	Resultats	Conclusió
ARTICLE 1 Rees, Sophie "Am I really gonna go sixty years without getting cancer again?" Uncertainty and liminality in young women's accounts of living with a history of breast cancer 2017 Regne Unit	Explorar les experiències i percepcions de dones joves que han tingut càncer de mama, especialment l'impacte de la incertesa (recurrència i fertilitat) i la liminalitat en les seves vides	Estudi qualitatiu amb enfocament interpretatiu	20 dones entrevistades amb entrevistes semiestructurades	Les dones experimenten una forta incertesa després del tractament, especialment sobre la recurrència del càncer i la seva fertilitat. Aquesta situació genera un estat intermedi en el qual no es perceben completament sanes ni malaltes, afectant la seva identitat, la seva sensació de control i la seva planificació de vida.	Les dones joves viuen en un estat de liminalitat prolongada, caracteritzat per incertesa sobre salut i fertilitat, la qual cosa afecta profundament la seva identitat i trajectòria vital; l'edat és un factor clau en aquesta experiència
ARTICLE 2 Wytiaz, V. et al. Body image disturbances in	Explorar com el risc d'infertilitat i les decisions sobre preservació de la fertilitat afecten la	Estudi qualitatiu amb entrevistes semiestructurades	27 dones entrevistades	Els resultats mostren que els pacients experimenten alteracions en la imatge corporal relacionades tant amb l'aparença com amb el	Els pacients joves amb càncer presenten múltiples alteracions en la imatge corporal

adolescent and young adult cancer patients confronting infertility risk and fertility preservation decisions 2024 EEUU	imatge corporal en pacients oncològics joves			funcionament del cos. Sorgeixen preocupacions sobre canvis corporals, incomoditat amb el propi cos i els procediments, por al judici d'altres i sensació de no complir amb expectatives reproductives. Aquestes experiències influeixen en la percepció de si mateixos i en la presa de decisions sobre la preservació de la fertilitat	en enfrontar-se al risc d'infertilitat, la qual cosa ressalta la necessitat de millorar l'abordatge psicosocial i les intervencions en oncofertilitat
ARTICLE 3 Perz et al. Loss, uncertainty, or acceptance: subjective experience of changes to fertility after breast cancer 2014 Austràlia	Examinar l' experiència subjectiva dels canvis en la fertilitat en dones amb càncer de mama i les seves vivències sobre la informació rebuda	Estudi qualitatiu (anàlisi temàtica de respostes obertes en enquesta online)	1830 dones (381 analitzades)	Els resultats mostren que moltes dones experimenten infertilitat com una pèrdua significativa acompanyada de malestar emocional i canvis en la sexualitat i identitat. També apareix incertesa sobre la fertilitat i mancances en la informació rebuda, tot i que algunes dones mostren acceptació.	La infertilitat després del càncer de mama genera experiències de pèrdua, incertesa o acceptació i evidencia la necessitat de millorar la informació i el suport clínic
ARTICLE 4 Wang et al. Supportive oncofertility care, psychological	Explorar les experiències d' atenció en oncofertilitat, les preocupacions	Estudi qualitatiu (part d'un estudi mixt longitudinal)	30 pacients (9 homes i 21 dones) amb entrevistes	Els pacients van mostrar una alta satisfacció amb l'atenció rebuda i van destacar la importància d'una atenció individualitzada. Es va	L'accés a cures d'oncofertilitat pot disminuir l'impacte emocional de la

health and reproductive concerns: a qualitative study 2020 Austràlia i Nova Zelanda	reproductives i la salut psicològica en pacients amb càncer en edat reproductiva en el moment del diagnòstic amb accés a aquestes cures		telefòniques semiestructurades	evidenciar un fort desig de paternitat/maternitat, mentre que els tractaments de preservació de la fertilitat van ser percebuts com a emocional i físicament exigents. Malgrat això, la preservació de la fertilitat va proporcionar tranquil·litat en actuar com una garantia per al futur, reduint la càrrega emocional associada a la possible infertilitat.	possible infertilitat en el moment del diagnòstic de càncer, tot i que es requereixen estudis a llarg termini per avaluar els seus beneficis sostinguts
ARTICLE 5 Halliday et al. Liminal Reproductive Experiences After Therapies for Hematological Malignancy 2015 Austràlia	Explorar les experiències viscudes relacionades amb la fertilitat, l'embaràs i la maternitat en dones joves després de tractaments per neoplàsies hematològiques	Estudi qualitatiu	12 dones (25–39 anys) amb 12 dones presencials o telefòniques	Les dones van experimentar incertesa sobre la seva fertilitat després del tractament, generant ansietat i dificultats per planificar el futur. L'embaràs es va viure amb emocions mixtes d'esperança i por, i la maternitat va estar marcada per preocupació per la salut futura i canvis en la percepció del rol matern	Les dones joves supervivents de càncer poden experimentar incertesa reproductiva prolongada que afecta el seu benestar emocional i psicosocial, per la qual cosa es requereixen suports a llarg termini,

					assessorament especialitzat i millor informació sobre fertilitat, embaràs i maternitat després del tractament
ARTICLE 6 Ussher et al. "Need for information, honesty and respect: patient perspectives on health care professionals communication about cancer and fertility" 2018 Austràlia	Analitzar l'experiència i percepció dels pacients sobre la comunicació amb professionals sanitaris respecte a la fertilitat en el context del càncer	Estudi mixt (quantitatiu + qualitatiu) amb anàlisi temàtica	878 pacients (693 dones i 185 homes) + entrevistes en profunditat a 78 participants	Els pacients mostren una gran necessitat d'informació sobre fertilitat, però sovint aquesta comunicació és insuficient o absent. Quan es produeix una comunicació clara, honesta i empàtica, s'associa amb menor angoixa, millor comprensió i major participació en la presa de decisions. En canvi, la manca d'informació o comunicació deficient genera confusió, frustració i impacte emocional negatiu, afectant la identitat i el benestar psicològic.	La comunicació sobre fertilitat és un element clau en l'atenció oncològica. Proporcionar informació adequada, honest i empàtica millora el benestar emocional, la presa de decisions i la satisfacció amb l'atenció sanitària.
ARTICLE 7	Explorar les preocupacions,	Estudi qualitatiu amb anàlisi	43 supervivents joves (16–24	Els joves supervivents presenten nombroses preocupacions sobre la	La infertilitat i la incertesa associada

Benedict et al. "Fertility Issues in Adolescent and Young Adult Cancer Survivors" 2016 EE.UU.	emocions i estratègies relacionades amb la fertilitat en supervivents joves de càncer	temàtica (grounded theory)	anys) mitjançant entrevistes i grups focals	fertilitat, incloent relacions de parella, riscos per a la salut i impacte en el projecte vital. Aquestes preocupacions generen emocions com angoixa, incertesa i sentiments de pèrdua, especialment en dones. Molts participants tenen poc coneixement sobre la seva fertilitat i sobre opcions de preservació, i utilitzen estratègies com l'acceptació, evitar el tema o confiar en tècniques de reproducció assistida per gestionar aquesta incertesa.	tenen un impacte important en el benestar emocional i el desenvolupament psicosocial dels joves supervivents. És necessari millorar la informació i el suport sobre fertilitat dins de l'atenció oncològica.
---	---	----------------------------	---	--	--

CINAHL					
Autor/es, títol, any, país	Objectiu	Tipus d'estudi	Mostra (n) / intervenció	Resultats	Conclusió
ARTICLE 8 Penrose R. et al. Fertility and cancer—a qualitative study of Australian cancer survivors 2012 Austràlia	Explorar preocupacions sobre fertilitat en supervivents de càncer	Qualitatiu (entrevistes)	n=25 supervivents; entrevistes semiestructurades	La fertilitat és una preocupació rellevant fins i tot sense desig de fills, associada a identitat i control personal; hi ha tendència a assumir infertilitat i manca d'informació al diagnòstic, cosa que afecta la presa de decisions i genera malestar emocional	La fertilitat és clau en la qualitat de vida de joves supervivents; calen millores en informació, comunicació i suport durant tot el procés oncològic
ARTICLE 9 Aker M.N. et al. The Experiences of Female Cancer Patients Undergoing Fertility Preservation 2025 Turquia	Analitzar experiències emocionals i procés de preservació de fertilitat	Qualitatiu descriptiu	n=12 dones; entrevistes en profunditat	Les dones presenten impacte emocional (xoc, ansietat), manca d'informació, dificultats econòmiques i logístiques i efectes secundaris; el suport social i sanitari és clau i es manté l'esperança de maternitat	Es requereix un enfocament integral amb assessorament primerenc, informació clara i suport psicològic continu, mitjançant atenció individualitzada i multidisciplinar

SCIELO					
Autor/es, títol, any, país	Objectiu	Tipus d'estudi	Mostra (n) / intervenció	Resultats	Conclusió
ARTICLE 10 Blanco Sánchez R. Càncer de mama i maternitat 2011 Espanya	Analitzar l'impacte de l'absència de maternitat i la menopausa precoç després del càncer de mama	Qualitatiu fenomenològic	n=30 (29 dones, 1 home); entrevistes en profunditat	L'absència de maternitat es viu com a pèrdua, sobretot en dones sense fills; genera ansietat i incertesa sobre fertilitat; tractaments provoquen menopausa precoç amb símptomes físics i emocionals i pitjor qualitat de vida	Les dones joves sense fills presenten ansietat per no poder ser mares; la maternitat és clau i la pèrdua augmenta el malestar, requerint adaptació emocional i reorganització del projecte de vida

Web of Science					
Autor/es, títol, any, país	Objectiu	Tipus d'estudi	Mostra (n) / intervenció	Resultats	Conclusió
ARTICLE 11 Assi J. et al. "Psychosocial benefits of fertility preservation for young cancer patients" 2018 Brasil	Avaluar els sentiments, les preocupacions i l'impacte en la qualitat de vida relacionats amb la preservació de la fertilitat en dones amb càncer.	Qualitatiu transversal.	34 dones amb càncer, 23–39 anys, qüestionari amb preguntes tancades i obertes.	La majoria desitjava tenir fills en el moment de la preservació. Els sentiments predominants van ser seguretat i esperança. Les principals dificultats van ser el temps i el cost econòmic. Totes van considerar important la preservació; sense aquesta, anticipaven afectació emocional, pitjor qualitat de vida, problemes de parella i incertesa respecte a la maternitat.	La preservació de la fertilitat és percebuda com una estratègia positiva que aporta tranquil·litat durant el tractament oncològic i millora la qualitat de vida en oferir una possibilitat real de maternitat biològica.
ARTICLE 12 Aker M. N. et al. "The Experiences of Female Cancer Patients Undergoing	Comprendre en profunditat les respostes emocionals, els reptes i els	Estudi qualitatiu descriptiu amb anàlisi de contingut convencional.	12 dones; entrevistes presencials semiestructurades en profunditat.	Es van identificar 5 temes i 17 subtemes: impacte emocional del diagnòstic i de l'amenaça d'infertilitat; factors que influeixen en la decisió;	El procés de preservació de la fertilitat combina sofriment emocional amb esperança. Cal un assessorament individualitzat, suport

Fertility Preservation: A Qualitative Study” 2025 Turquia	mecanismes de suport que experimenten les dones amb càncer durant tot el procés de preservació de la fertilitat.			difficultats del procés (efectes secundaris, càrrega econòmica i logística, dificultats de les dones solteres); suport dels professionals; i esperança de tenir fills. Les participants van descriure xoc inicial, càrrega psicològica, necessitat d’informació i suport emocional, i també optimisme i empoderament.	psicològic continu i una atenció multidisciplinària centrada en la pacient.
ARTICLE 13 Lehmann V. et al. “Are we Only Doing Good? Long-term Psychosocial Effects of Fertility Preservation (or Lack Thereof) on Survivors of Cancer During Adolescence and Young Adulthood”	Examinar les conseqüències psicosocials a llarg termini d’haver fet o no preservació de la fertilitat sobre la planificació familiar i les relacions afectives en	Qualitatiu amb entrevistes semiestructurades	48 dones; entrevistes per telèfon o videotrucada	Tots descriuen impacte emocional, tant si havien fet preservació com si no. La incertesa sobre l’estat fèril i les opcions reproductives és universal. La preservació pot aportar esperança i tranquil·litat, però també afegeix noves incerteses sobre material criopreservat i reproducció assistida. L’ART va ser poc utilitzada i viscuda com	La preservació de la fertilitat no elimina per si sola la càrrega emocional futura. Els professionals han d’oferir informació realista, seguiment a llarg termini i suport en salut mental quan sigui necessari.

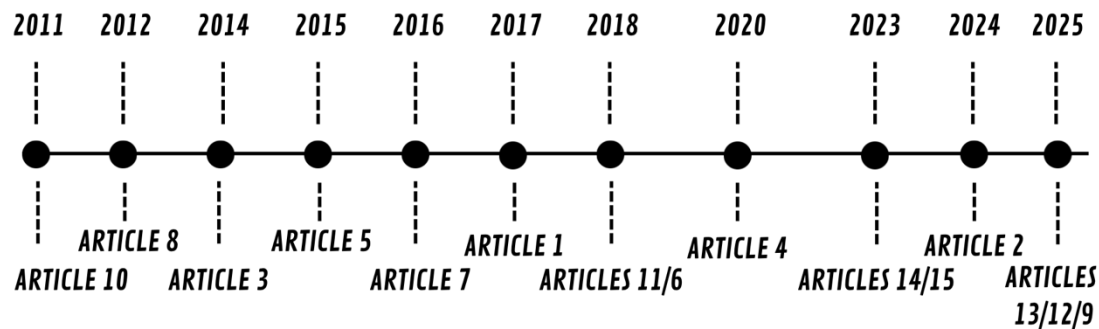
2025 Països Baixos	supervivents de càncer AYA.			a físicament i emocionalment dura; les dificultats van afectar la parella, la comunicació i les cites.	
ARTICLE 14 Schlossman J. et al. "Identifying barriers individuals face in accessing fertility care after a gynecologic cancer diagnosis" 2023 Estats Units	Identificar les principals barreres d'accés a l'atenció de fertilitat en persones premenopàusiqu es amb càncer ginecològic i explorar les seves experiències relacionades amb la fertilitat.	Estudi mixt: enquesta online + entrevistes semiestructura des amb anàlisi qualitativa	55 pacients de 18–40 anys van completar l'enquesta i 20 van participar en entrevista.	El 73% pensava en tenir fills en el futur en el moment del diagnòstic, però només el 32% va fer preservació de la fertilitat. Les barreres principals van ser la resposta emocional al diagnòstic (pèrdua de control, xoc, confusió), el consell inadequat, la manca de temps, les limitacions econòmiques i la priorització del tractament oncològic.	Tant les barreres emocionals com les logístiques dificulten l'accés a la preservació de la fertilitat abans d'iniciar el tractament. Cal detectar aquestes barreres precoçment i reforçar el suport i la informació des del diagnòstic.
ARTICLE 15 Bentsen L. et al. "Thoughts about fertility among female adolescents and young adults with	Explorar els pensaments sobre fertilitat en adolescents i adultes joves amb càncer.	Estudi qualitatiu amb entrevistes semiestructura des i anàlisi temàtica.	12 dones AYA	Es van identificar 4 temes: esperança de tenir fills en el futur; pressió temporal i espera viscudes com un esprint i una marató; decisions existencials i ètiques entre supervivència i	Mantenir l'esperança de maternitat és central per a aquestes dones, però el procés està marcat per urgència, incertesa i canvis corporals. És clau un bon assessorament

cancer: a qualitative study” 2023 Dinamarca				formació familiar; i pèrdua de control sobre el cos. Les participants descriuen por, incertesa, frustració per la rapidesa de la decisió i alteració de la imatge corporal i de la feminitat.	oncofètil i seguiment durant tot el procés i la supervivència.
---	--	--	--	---	--

Taula 4. Resum articles. Font: Elaboració pròpia

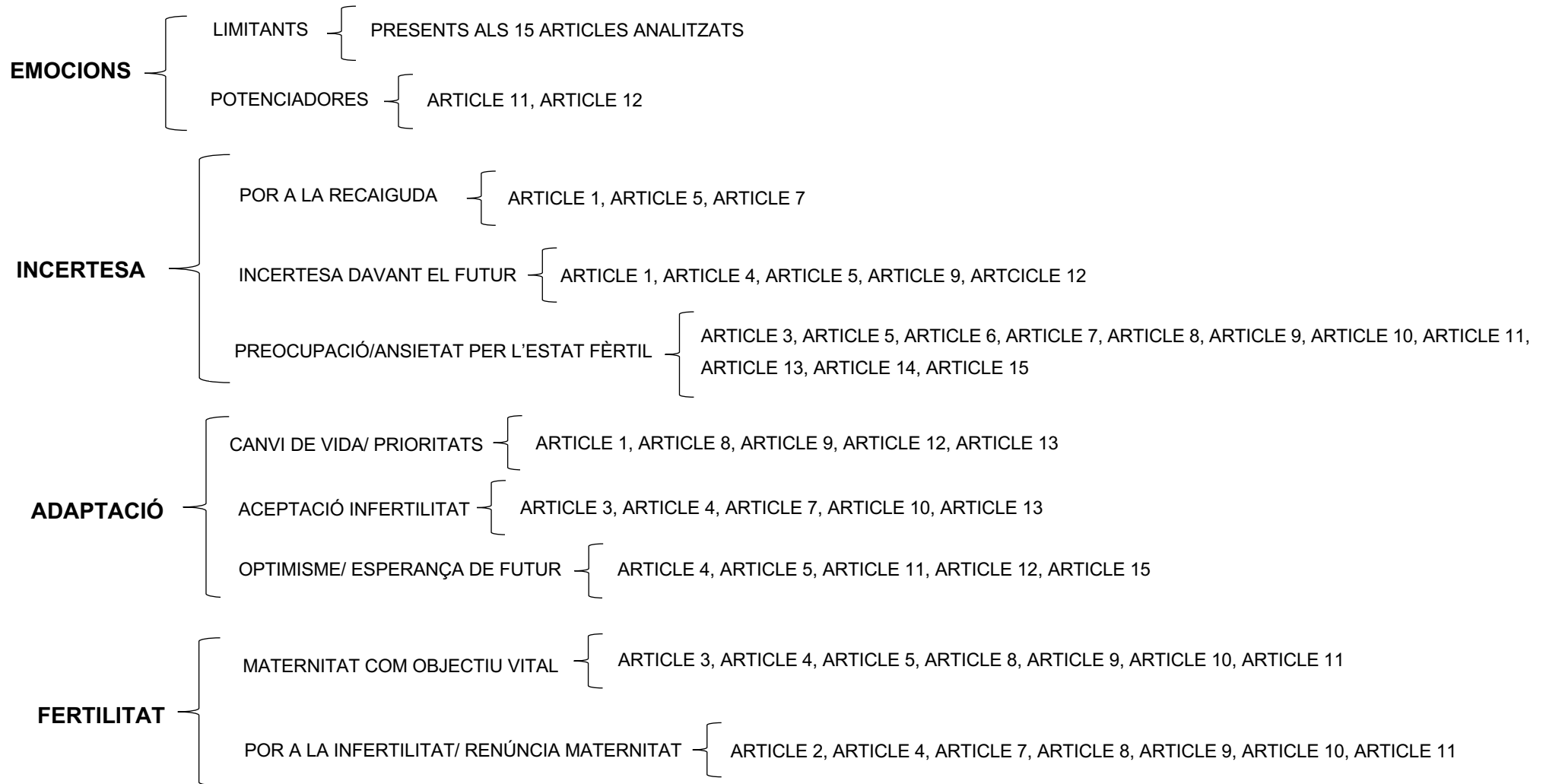
5.2 LÍNIA TEMPORAL DELS ARTICLES

Amb la següent línia de temps hem volgut plasmar la distribució cronològica dels articles inclosos en la revisió. Aquesta representació ens permet observar d'una forma visual l'evolució temporal de l'evidència científica analitzada. A més, facilita identificar els períodes on es concentra una major producció científica sobre el tema estudiat, aquest impacte emocional davant el risc d'infertilitat en dones diagnosticades de càncer en edat fèrtil. Tal i com s'observa, tot i que existeixen estudis des de fa més d'una dècada, es manté l'interès per aquesta temàtica durant els últims anys, especialment a partir del 2020, evidenciant la rellevància actual de l'abordatge de la fertilitat i les seves implicacions a la salut mental dins del procés oncològic.

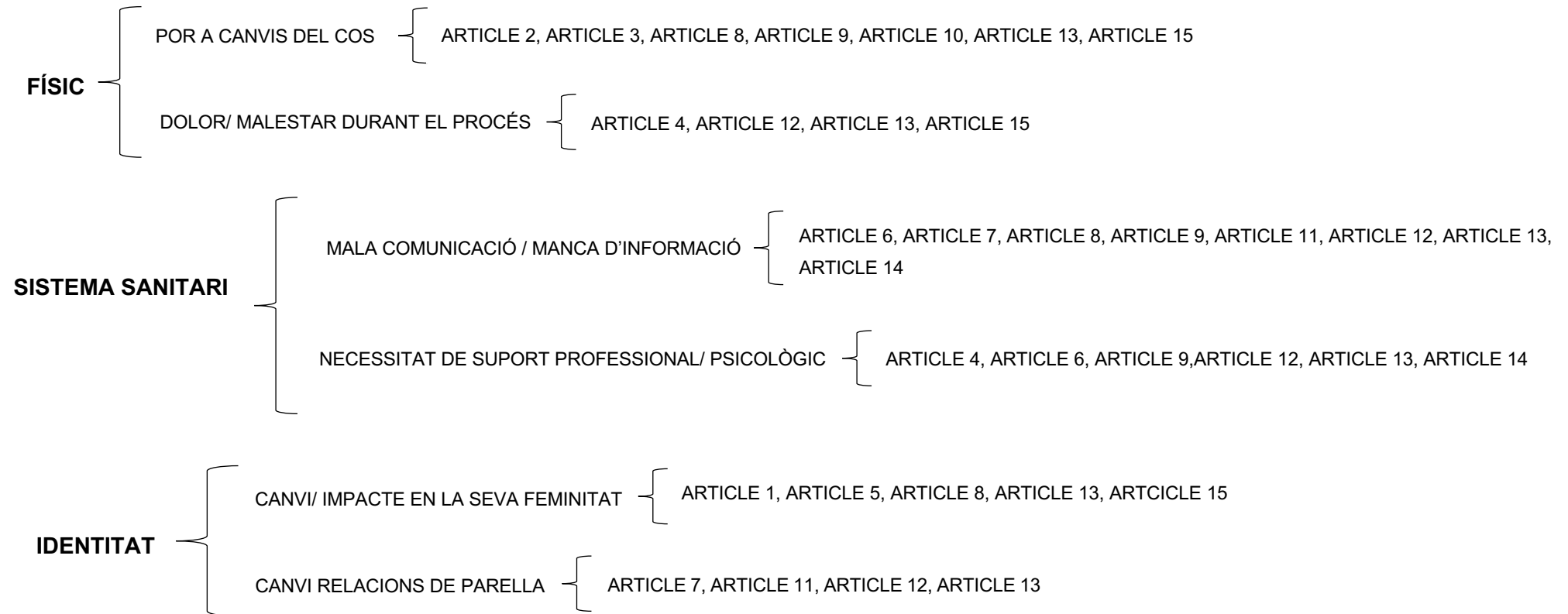


Il·lustració 4. Línia temporal. Font: Elaboració pròpia

5.3 ESQUEMA RESUM DE LA SÍNTESI TEMÀTICA (I)



5.3 ESQUEMA RESUM DE LA SÍNTESI TEMÀTICA (II)



Taula 5. Articles per temes. Font: Elaboració pròpia

5.4 TAULA DELS ESQUEMES RESUM

	EMOCIONS	INCERTESA	ADAPTACIÓ	FERTILITAT	FÍSIC	SIST.SANIT.	IDENTITAT
ARTICLE 1 (Rees, 2017)	X	X	X				X
ARTICLE 2 (Wytiaz et al., 2024)	X			X	X		
ARTICLE 3 (Perz et al., 2014)	X	X	X	X	X		
ARTICLE 4 (Wang et al., 2020)	X	X	X	X	X	X	
ARTICLE 5 (Halliday et al., 2015)	X	X	X	X			X
ARTICLE 6 (Ussher et al., 2018)	X	X				X	
ARTICLE 7 (Benedict et al., 2016)	X	X	X	X		X	X
ARTICLE 8 (Penrose et al., 2012)	X	X	X	X	X	X	X
ARTICLE 9 (Aker et al., 2025)	X	X	X	X	X	X	
ARTICLE 10 (Sánchez, 2011)	X	X	X	X	X		
ARTICLE 11 (Assi et al., 2018)	X	X		X		X	X
ARTICLE 12 (Aker et al., 2025)	X	X	X		X	X	X
ARTICLE 13 (Lehmann, van Poecke, et al., 2025)	X	X	X		X	X	X
ARTICLE 14 (Schlossman et al., 2023)	X	X				X	
ARTICLE 15 (Bentsen et al., 2023)	X	X	X		X		X

Taula 6. Articles per temes. Font: Elaboració pròpia

5.5 INTERPRETACIÓ DE RESULTATS

Tal com s'ha indicat anteriorment, la síntesi temàtica s'ha elaborat a partir d'una anàlisi exhaustiva dels resultats dels 15 articles seleccionats —recollits a les taules de síntesi corresponents—, seguint un procés sistemàtic de lectura, codificació i agrupació en categories temàtiques. Aquest procés, descrit a l'apartat de metodologia, es visualitza mitjançant els diagrames presentats anteriorment, que han permès una comprensió més clara i estructurada de la informació, donant lloc a la identificació de diversos temes que reflecteixen patrons comuns en les experiències de les dones diagnosticades de càncer en edat fèrtil davant el risc d'infertilitat.

Els temes que s'han extret són els següents : *Incertesa, Identitat, Emocions, Adaptació, Fertilitat, Dimensió física i Sistema sanitari*. Tot i que s'han analitzat de manera diferenciada, aquests temes es troben estretament relacionats entre si i formen part d'un mateix procés per totes aquelles dones afectades.

5.5.1 Emocions

El tema de les emocions és present en tots els articles analitzats i constitueix un dels eixos centrals de l'experiència descrita i de la nostra recerca en aquest treball. Les emocions que hem vist als articles més freqüents són l'ansietat, la por, la tristesa i la frustració.

En l'article 2, per exemple, es descriu ansietat associada a la presa de decisions sobre la fertilitat, especialment en aquelles situacions on el temps és limitat i no tenen gaire marge. En l'article 15, les participants expressen sentiments de por i frustració davant la rapidesa amb què han d'afrontar aquestes decisions i la incertesa que les acompanya, dubtant si allò que estan decidint farà que obtinguin beneficis.

També es descriu un sentiment de pèrdua anticipada, relacionat amb la possibilitat de no poder tenir fills, que genera un impacte emocional important ja no és només la pèrdua de la capacitat biològica de poder tenir fills sinó la pèrdua d'unes expectatives i un futur en el que han pensat durant molt de temps.

Aquestes emocions no apareixen de manera aïllada, sinó que sovint es combinen i evolucionen al llarg del temps.

Tot i això, alguns articles (com el 11 i el 12) també recullen la presència d'emocions positives, com l'esperança o l'optimisme. Aquestes emocions conviuen amb les negatives i poden actuar com a elements de suport clau en el procés emocional.

5.5.2 Incertesa

En primer lloc, la incertesa es manifesta com un dels elements més presents i significatius en els resultats. Aquesta apareix vinculada principalment a la por a la recaiguda, a la incertesa davant el futur i, de manera molt destacada, a la preocupació pel propi estat fèril i plans de maternitat futura .

Tal com es pot observar en l'article 1 per exemple, les dones descriuen una sensació constant de no saber què passarà, trobant-se en una mena d'espai intermedi entre la salut i la malaltia. Aquesta incertesa no només es limita a l'evolució del càncer, sinó que també es projecta cap al futur reproductiu, el que genera dubtes sobre la possibilitat real de tenir o no fills.

A més, hem pogut veure que a diversos estudis es posa de manifest que aquesta incertesa es veu reforçada per la manca d'informació clara o per la dificultat d'accedir a dades concretes sobre la fertilitat després del tractament. En aquest sentit, podem veure a l'article 14 que es descriu com les dones han de prendre decisions importants en un període de temps molt limitat, sovint sense tenir tota la informació necessària o sense haver pogut reflexionar bé aquella poca que tenien, fet que incrementa la sensació d'inseguretat.

Així, la incertesa es manté al llarg de tot el procés, fins i tot després del tractament, condicionant la manera en què les dones interpreten el seu futur i planifiquen la seva vida.

5.5.3 Adaptació

Si parlem de l'adaptació, els resultats mostren que les dones desenvolupen diferents estratègies per poder fer front a la situació, aquestes poden variar en funció de les característiques individuals i del moment del procés de cada dona.

Als articles com l'1, 8 o 9, es descriu un canvi en les prioritats vitals, on la supervivència passa a ser l'objectiu principal, deixant en un segon pla altres aspectes com en aquest cas pot ser la maternitat. Aquest canvi no és immediat òbviament, sinó que forma part d'un procés progressiu el qual tampoc es lineal.

A més, en estudis com el 3 o el 10, es posa de manifest un procés d'acceptació de la possible infertilitat. Aquesta acceptació no implica necessàriament resignació, sinó una adaptació a la nova situació que els hi ajuda a mirar amb perspectiva allò a lo que han de fer front.

Finalment, la esperança apareix com un element clau en l'adaptació. En l'article 15, per exemple, es destaca que mantenir la possibilitat de tenir fills en el futur ajuda a sostenir el procés emocional i a projectar-se cap endavant.

5.5.4 Fertilitat

La fertilitat es configura com un dels temes centrals dels resultats, ja que està directament relacionada amb el projecte vital de les dones .

En diversos articles, com l'article 3, es descriu la maternitat com un objectiu important en la vida de moltes de les participants. Això explica que el risc d'infertilitat es visqui amb una gran càrrega emocional.

A més, en articles com el 14 i el 15, es posa de manifest la dificultat associada a la presa de decisions sobre la preservació de la fertilitat. Les dones han de prendre decisions complexes en un moment de gran vulnerabilitat les seves decisions no serien les mateixes que en un altre moment vital, equilibrant la necessitat de tractament amb el desig de ser mares.

5.5.5 Dimensió física

La dimensió física també emergeix com un tema rellevant en diversos articles . Aquest inclou tant els canvis visibles en el cos com les alteracions en el seu funcionament.

En l'article 2, es descriuen canvis en la imatge corporal que afecten la manera en què les dones es perceben, generant inseguretat i malestar. Aquests canvis poden estar relacionats amb els efectes secundaris del tractament.

A més, en l'article 15, es posa de manifest la sensació de pèrdua de control sobre el cos, especialment en relació amb la fertilitat. Aquesta experiència reforça la vivència de vulnerabilitat i incertesa doncs es troben amb un cos amb el que no es senten identificades i que han d'acceptar ja que no està en les seves mans canviar la situació.

5.5.6 Sistema sanitari

Finalment, el sistema sanitari, tots els professionals, els serveis disponibles, apareixen com elements que influeixen en l'experiència de les dones.

En diversos articles, es descriu una manca d'informació clara i d'acompanyament emocional cap a les pacients, fet que contribueix a augmentar la incertesa i el malestar. Algunes dones expressen la necessitat de rebre informació més adaptada i comprensible, entendre el què els hi està passant i en quina situació es troben.

No obstant això, també es descriu que quan existeix un bon assessorament, especialment en relació amb la fertilitat, les dones es mostren més segures i capaces d'afrontar la situació tenint comprensió i eines psicològiques necessàries per afrontar la situació.

En conjunt, els resultats mostren que l'experiència del risc d'infertilitat en dones amb càncer en edat fèrtil és complexa i multidimensional.

La incertesa, les emocions i l'impacte en la identitat es troben estretament relacionats, mentre que la fertilitat actua com a eix central de la vivència. A la

vegada, el procés d'adaptació, la dimensió física i el paper del sistema sanitari influeixen en la manera com les dones afronten aquesta situació.

D'aquesta manera, els temes identificats ens han permet comprendre aquesta experiència com un procés global on els factors emocionals, físics i socials es troben profundament interconnectats.

5.5.7 Identitat

Pel que fa a la identitat, els resultats mostren un impacte important en la percepció que les dones tenen d'elles mateixes. Aquest impacte es veu relacionat tant amb els canvis físics com amb el risc d'infertilitat i les seves implicacions en el futur.

En estudis com l'article 2, es descriu com els canvis corporals que es deriven del tractament influeixen en la imatge corporal i en la percepció de la feminitat. Algunes dones manifesten sentir-se menys femenines o diferents respecte a la seva identitat prèvia.

A més, a l'article 1 es recull la idea de no identificar-se plenament ni com a persona sana ni com a persona malalta, cosa que genera una sensació de desubicació identitària, aquest estat entremig on la malaltia continua present al pensament i vida del dia a dia afectant també a com es relacionen amb el seu entorn. Aquesta experiència reflecteix un procés de recerca personal on les dones han d'adaptar la seva identitat a una nova realitat.

D'altra banda, en diversos articles com el 7, 11 o 13 es descriuen canvis en les relacions de parella, on poden aparèixer tensions que es relacionen amb la fertilitat i el futur reproductiu. Això es tradueix en sentiments de culpa o preocupació en alguns articles, mentre que en altres es descriu un reforç del vincle de parella.

6. DISCUSSIÓ

Els resultats obtinguts en aquesta revisió demostren que hi ha una clara coincidència entre els estudis qualitius que hem analitzat pel que es refereix a l'impacte emocional del risc d'infertilitat en dones diagnosticades de càncer en edat fèrtil. Tot i que cada estudi compta amb contextos i mostres diferents, es descriu de manera consistent aquesta experiència com un procés complex que es veu marcat per la incertesa, el malestar emocional i la necessitat d'adaptació.

A la part teòrica del nostre treball presentàvem la teoria de la incertesa de Mishel, segons la qual la manca d'informació i la dificultat per anticipar el futur incrementen el malestar psicològic i dificulten l'adaptació (Lin et al., 2010). La majoria dels estudis analitzats coincideixen en descriure la incertesa com una experiència central del procés oncològic, especialment vinculada al desconeixement del futur fèrtil de les dones i la manca d'informació clara. Aquesta coincidència entre la teoria de Mishel i els articles reforça la idea de que la incertesa realment és un element clau i estructural dins de la malaltia. En la mateixa línia, diversos estudis inclosos en la revisió assenyalen que aquesta incertesa es veu intensificada quan la informació proporcionada pel sistema sanitari es insuficient i no es veu adaptada, fet que ha estat descrit per Logan et al. (2019) i Benedict et al. (2018).

Pel que fa a les emocions, els articles analitzats mostren una elevada consistència en la descripció d'emocions limitants com l'ansietat, la tristesa o la por davant la possible pèrdua de la fertilitat. Això no obstant, alguns estudis fan matisos, assenyalant que la intensitat emocional varia segons el moment del procés oncològic i les circumstàncies personals de cada dona. Aquesta variabilitat suggereix que, tot i existir una base emocional comuna, l'experiència és altament subjectiva. Aquí, existeix una concordança amb la literatura que associa les preocupacions reproductives amb un augment de l'estrès psicològic i una pitjor qualitat de vida (Gorman et al., 2012; Kieu et al., 2022). Així mateix, es pot interpretar des del concepte de dol reproductiu, que entén aquestes emocions com una resposta a la pèrdua d'un projecte vital significatiu (de Castro et al., 2021).

En relació amb el sistema sanitari, els estudis coincideixen en assenyalar deficiències en la comunicació i l'acompanyament emocional, tot i que amb diferent intensitat segons el context. Alguns articles parlen d'una manca gairebé total d'informació, mentre que en altres sí es descriu que han rebut informació, però insuficient, poc adaptada o individualitzada . Aquesta variabilitat indica que el problema no rau únicament en la disponibilitat d'informació, sinó també en la seva qualitat i adequació. Aquests resultats reforcen el que s'exposa al marc teòric, on es descriu que l'atenció oncològica sovint prioritza els aspectes biomèdics per sobre dels psicosocials (Benedict et al., 2018; Castellano et al., 2013).

Si ens centrem en el procés d'adaptació, els articles descriuen com cada dona desenvolupa estratègies d'afrontament diverses. Alguns destaquen estratègies actives, com la recerca d'informació, el suport social o apostar per l'ús de tècniques de reproducció assistida, mentre que altres presenten respostes més evitatives com centrar-se en viure el present. Aquesta divergència evidencia la variabilitat en els processos d'adaptació segons les característiques individuals i el context de cada pacient. En aquest sentit, la literatura indica que les estratègies d'afrontament adaptatives s'associen a una millor qualitat de vida i menor distres emocional (Lashbrook et al., 2018; Obispo et al., 2023).

Finalment, en relació amb les dimensions del cos i identitat, alguns articles coincideixen en descriure una alteració en la percepció corporal i en la identitat femenina, que es veu especialment vinculada a la pèrdua de la fertilitat. No obstant això, aquesta dimensió no és abordada amb la mateixa profunditat en tots els articles, fet que pot indicar una certa infrarepresentació en la literatura. Aquests aspectes es poden interpretar des de la perspectiva del dol reproductiu i de la construcció identitàries, on la maternitat es vincula a valors profunds de realització personal i continuïtat (Dr. Artur Wdowiak, 2022).

En conjunt, el anàlisis comparatiu dels articles seleccionats en la revisió amb el marc teòric, evidencia una elevada coherència en els resultats, tot i l'existència de matisos segons el context i les característiques de la mostra de cada article.

Aquesta consistència reforça la solidesa dels resultats i posa de manifest que el risc d'infertilitat constitueix una font rellevant de malestar emocional en dones amb càncer en edat fèrtil. Així mateix, aquests resultats evidencien la necessitat d'integrar el suport emocional i el consell reproductiu dins de l'atenció oncològica, destacant el paper clau de la infermeria en l'acompanyament de les pacients.

7. CONCLUSIONS

Aquesta revisió sistemàtica qualitativa ens ha permès analitzar l'evidència científica disponible sobre l'impacte emocional del risc d'infertilitat en dones diagnosticades de càncer en edat fèrtil, donant resposta a la pregunta d'investigació plantejada.

Els resultats obtinguts evidencien que el risc d'infertilitat constitueix una font significativa de malestar emocional, que es manifesta a través d'emocions com l'ansietat, la tristesa, la por i el dol anticipat davant la possible pèrdua de la maternitat. Aquest impacte no es limita únicament a l'àmbit psicològic, sinó que afecta també la identitat personal, el projecte vital i la percepció del propi cos, posant de manifest la dimensió profunda i multidimensional d'aquesta experiència.

A més, s'ha identificat la incertesa com un element central en el procés oncològic, especialment relacionada amb la manca d'informació clara i individualitzada sobre la fertilitat futura. Aquesta situació dificulta la presa de decisions informades i contribueix a augmentar l'estrès emocional de les pacients. En aquest sentit, els resultats també destaquen la importància del sistema sanitari com a factor modulador de l'experiència emocional, assenyalant que la manca de comunicació i d'acompanyament emocional pot intensificar el malestar, mentre que una informació adequada i un suport professional poden afavorir una millor adaptació.

Pel que fa als processos d'afrontament, s'ha observat que les dones desenvolupen estratègies diverses per adaptar-se a la situació, combinant mecanismes actius i emocionals. No obstant això, aquesta adaptació no és homogènia ni lineal, sinó que depèn de factors individuals, del suport social i del context assistencial, fet que reforça la necessitat d'un abordatge individualitzat que tingui en compte les necessitats específiques de cada pacient.

En conjunt, els resultats d'aquest estudi confirmen que el risc d'infertilitat en dones amb càncer en edat fèrtil constitueix una problemàtica rellevant que sovint es troba infravalorada dins de l'atenció oncològica. Per aquest motiu, es fa necessari promoure un model d'atenció integral que inclogui no només els aspectes biomèdics del tractament, sinó també el suport emocional i el consell reproductiu.

En aquest context, la infermeria té un paper fonamental en la detecció del malestar emocional, en proporcionar informació comprensible i en l'acompanyament al llarg de tot el procés oncològic. La seva intervenció pot contribuir a reduir la incertesa, facilitar la presa de decisions i millorar la qualitat de vida de les pacients.

Finalment, aquest treball posa de manifest la necessitat de continuar investigant en aquest àmbit, especialment mitjançant estudis qualitatius que permetin aprofundir en les vivències de les dones i desenvolupar intervencions adaptades a les seves necessitats reals.

8. LIMITACIONS

La principal limitació d'aquest treball ha estat la impossibilitat de dur a terme el disseny inicial plantejat, que consistia en un estudi qualitatiu amb entrevistes a dones diagnosticades de càncer en edat fèrtil. Inicialment es preveia realitzar aquest estudi, però no es va obtenir l'aprovació del comitè ètic, fet que va obligar a replantejar el treball i orientar-lo cap a una revisió, concretament una sistemàtica qualitativa com ha estat la nostra. Això ha limitat la possibilitat de recollir experiències directes de les participants i d'aprofundir en el seu context real. Tot i així, es planteja com a futura línia de recerca el desenvolupament d'aquest estudi qualitatiu.

A més, cal tenir en compte que en aquesta revisió no s'ha aplicat cap instrument específic d'avaluació de la qualitat metodològica dels estudis inclosos. Aquest fet pot representar una limitació, ja que no permet valorar de manera objectiva el rigor científic ni el nivell de qualitat de cada article analitzat, aspecte que podria influir en la interpretació i solidesa dels resultats obtinguts.

També cal destacar les dificultats trobades durant la cerca bibliogràfica, ja que algunes bases de dades presentaven problemes tècnics o limitacions d'accés, i molts articles no eren d'accés obert, fet que pot haver condicionat la selecció final de la literatura.

Finalment, la variabilitat dels estudis analitzats, tant pel que fa a les mostres com als contextos i metodologies, dificulta la comparació dels resultats i la seva generalització.

9. FUTURES LINIES DE TREBALL

A partir dels resultats obtinguts en la present a la nostra metasíntesi qualitativa, es planteja el desenvolupament d'un estudi qualitatiu amb la finalitat d'explorar en profunditat les vivències emocionals, el significat de la fertilitat i l'impacte en el projecte vital de les dones diagnosticades de càncer en edat fèrtil. Tot i que la literatura existent posa de manifest l'impacte psicològic del risc d'infertilitat, encara és necessari aprofundir a l'experiència subjectiva des de la pròpia veu de les dones, donant així més opcions a aquestes.

9.1 PREGUNTA D'INVESTIGACIÓ

Per donar lloc a la pregunta d'investigació que impulsaria el nostre projecte de recerca qualitatiu ens hem volgut basar en els conceptes bennerians. Patricia Benner ens proposa que el coneixement infermer es desenvolupa de manera progressiva a partir de la experiència clínica i com es necessari la importància d'interpretar les experiències humanes (Patricia Benner, 1982).

Partint llavors de la possible pregunta d'investigació: Com relaten les dones que van ser diagnosticades de càncer en edat fèrtil la vivència emocional d'enfrontar-se a la possible infertilitat provocada per la quimioteràpia?

9.2 METODOLOGIA

Amb la finalitat de donar resposta a aquesta pregunta ens vam plantejar la realització d'un disseny qualitatiu o investigació amb enfocament fenomenològic interpretatiu, orientat a comprendre com les participants atribueixen significat a la seva experiència en relació amb el procés oncològic i la possible afectació de la fertilitat. La població d'estudi estarà formada per dones diagnosticades de càncer en edat fèrtil (15–39 anys en el moment del diagnòstic) que hagin finalitzat el tractament oncològic. Es durà a terme un mostreig intencional, amb una mostra estimada d'entre 10 i 20 participants.

La recollida de dades es realitzarà mitjançant entrevistes semiestructurades, amb una durada aproximada de 45 a 60 minuts, que podran dur-se a terme en format presencial o virtual segons les situacions personals de cada participant. La guia d'entrevista s'organitzarà de manera cronològica en uns quatre blocs amb l'objectiu d'obtenir una visió evolutiva de l'experiència. En una primera part, es recolliran dades sociodemogràfiques bàsiques (edat, estat civil, nivell educatiu

i professió). En una segona part, s'explorà la història personal, relacional i professional prèvia al diagnòstic, incloent el possible desig o pensament de la maternitat.

En una tercera part s'abordarà el procés oncològic, incloent el diagnòstic, els tractaments rebuts i l'experiència amb l'atenció sanitària, amb especial atenció a la informació rebuda sobre la fertilitat i a les decisions relacionades amb la seva preservació. S'exploraran també els impactes en la vida professional, social, familiar i de parella, així com les principals preocupacions associades.

Finalment, la quarta part es centrarà en l'etapa posterior al tractament, analitzant aquelles conseqüències del càncer i dels seus tractaments en relació amb la fertilitat, així com les vivències associades a aquests aspectes. També s'explorà la situació actual de les participants pel que fa a la relació de parella, l'àmbit professional, el desig de maternitat i els possibles projectes de maternitat.

9.3 ANÀLISI DE RESULTATS

L'anàlisi de les dades es durà a terme mitjançant un enfocament inductiu basat en la teoria fonamentada. Es combinaran dues estratègies analítiques complementàries: l'anàlisi longitudinal i l'anàlisi transversal. L'anàlisi longitudinal permetrà comprendre l'evolució de l'experiència dins de cada relat individual, mentre que l'anàlisi transversal facilitarà la identificació de temes comuns, similituds i diferències entre les participants. Aquesta combinació permetrà obtenir una comprensió integral del fenomen estudiat.

9.4 ASPECTES ÈTICS

Des del punt de vista ètic, l'estudi requerirà l'aprovació d'un Comitè d'Ètica d'Investigació i la signatura del consentiment informat per part de totes les participants, garantint la confidencialitat i l'anonimat de les dades. Així mateix, es tindrà en compte la sensibilitat emocional del tema, oferint un espai segur d'expressió i contemplant la possibilitat de derivació a suport psicològic si fos necessari.

Aquest estudi qualitatiu permetria aprofundir en una realitat sovint invisibilitzada, contribuint a millorar l'acompanyament emocional i a promoure una atenció oncològica més integral, centrada en la persona i adaptada a les necessitats reals de les dones en edat fèrtil.

10. BIBLIOGRAFIA

- Aboutalebi, H., Vafaei, S., Aboutalebi, M., Dortaj, H., Alipour, F., & Bideskan, A. E. (2025). Premature ovarian insufficiency restoration after chemotherapy: current achievements and future prospects on its treatment or management. In *Journal of Ovarian Research* (Vol. 18, Number 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13048-025-01677-4>
- Aker, M. N., Yılmaz Sezer, N., Köprülü, M. H., Kaya, G., & Özmen, B. (2025). The Experiences of Female Cancer Patients Undergoing Fertility Preservation: A Qualitative Study. *European Journal of Cancer Care*, 2025(1). <https://doi.org/10.1155/ecc/1470807>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Anderson, R. A., Mitchell, R. T., Kelsey, T. W., Spears, N., Telfer, E. E., & Wallace, W. H. B. (2015). Cancer treatment and gonadal function: Experimental and established strategies for fertility preservation in children and young adults. In *The Lancet Diabetes and Endocrinology* (Vol. 3, Number 7, pp. 556–567). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(15\)00039-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00039-X)
- Assi, J., Santos, J., Bonetti, T., Serafini, P. C., Motta, E. L. A., & Chehin, M. B. (2018). Psychosocial benefits of fertility preservation for young cancer patients. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 35(4), 601–606. <https://doi.org/10.1007/s10815-018-1131-7>
- Barioni, J. C., & Gozzo, T. de O. (2024). Fertility preservation counseling for women of reproductive age diagnosed with cancer: an integrative review. In *Jornal Brasileiro de Reproducao Assistida* (Vol. 28, Number 3, pp. 489–496). SBRA - Associação Brasileira de Reprodução Assistida (Brazilian Society of Assisted Reproduction). <https://doi.org/10.5935/1518-0557.20230074>
- Ben-Aharon, I., Gafter-Gvili, A., Leibovici, L., & Stemmer, S. M. (2010). Pharmacological interventions for fertility preservation during chemotherapy: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 122(3), 803–811. <https://doi.org/10.1007/S10549-010-0996-7>

- Benedict, C., Shuk, E., & Ford, J. S. (2016). Fertility Issues in Adolescent and Young Adult Cancer Survivors. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 5(1), 48–57. <https://doi.org/10.1089/jayao.2015.0024>
- Benedict, C., Thom, B., Friedman, D. N., Pottenger, E., Raghunathan, N., & Kelvin, J. F. (2018). Fertility information needs and concerns post-treatment contribute to lowered quality of life among young adult female cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 26(7), 2209–2215. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-4006-z>
- Bentsen, L., Pappot, H., Hjerding, M., & Hanghøj, S. (2023). Thoughts about fertility among female adolescents and young adults with cancer: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 31(7). <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07887-0>
- Castellano, C., Pérez-Campdepadrós, M., Capdevila, L., Sánchez De Toledo, J., Gallego, S., & Blasco, T. (2013). Surviving childhood cancer: Relationship between exercise and coping on quality of life. *Spanish Journal of Psychology*, 16(1). <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.1>
- CINAHL. (1981). *EBSCO Publishing*. <https://research-ebSCO-com.sabidi.urv.cat/c/iuapm2/search/advanced/filters?defaultdb=c8h>
- Clowse, M. E. B., Behera, M. A., Anders, C. K., Copland, S., Coffman, C. J., Leppert, P. C., & Bastian, L. A. (2009). *Ovarian Preservation by GnRH Agonists during Chemotherapy: A Meta-Analysis*.
- de Castro, M. H. M., Mendonça, C. R., Noll, M., de Abreu Tacon, F. S., & Do Amaral, W. N. (2021). Psychosocial aspects of gestational grief in women undergoing infertility treatment: A systematic review of qualitative and quantitative evidence. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 18, Number 24). MDPI. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413143>
- Dialnet plus. (2001). *Universidad de la Rioja*. <https://dialnet.unirioja.es/>
- Direcció General de Planificació en Salut, P. director d'oncologia. (2024). *Estadístiques del càncer a Catalunya durant l'any 2024*.
- Dr. Artur Wdowiak. (2022). *Causes and Psychological Impact of Infertility*. https://www.mdpi.com/journal/ijerph/special_issues/causes_impact_infertility?utm_source=chatgpt.com

- Fernandez-Araque, A., Gomez-Castro, J., Giaquinta-Aranda, A., Verde, Z., & Torres-Ortega, C. (2020). Mishel's model of uncertainty describing categories and subcategories in fibromyalgia patients, a scoping review. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 17, Number 11). MDPI. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113756>
- Ferrari, A., Stark, D., Peccatori, F. A., Fern, L., Laurence, V., Gaspar, N., Bozovic-Spasojevic, I., Smith, O., De Munter, J., Derwich, K., Hjorth, L., van der Graaf, W. T. A., Soanes, L., Jezdic, S., Blondeel, A., Bielack, S., Douillard, J. Y., Mountzios, G., & Saloustros, E. (2021). Adolescents and young adults (AYA) with cancer: a position paper from the AYA Working Group of the European Society for Medical Oncology (ESMO) and the European Society for Paediatric Oncology (SIOPE). In *ESMO Open* (Vol. 6, Number 2). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100096>
- Gorman, J. R., Bailey, S., Pierce, J. P., & Su, H. I. (2012). How do you feel about fertility and parenthood? The voices of young female cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 6(2), 200–209. <https://doi.org/10.1007/s11764-011-0211-9>
- Guan, T., Qan'ir, Y., & Song, L. (2021). *Systematic review of illness uncertainty management interventions for cancer patients and their family caregivers*. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05931-x>/Published
- Halliday, L. E., Boughton, M. A., & Kerridge, I. (2015). Liminal reproductive experiences after therapies for hematological malignancy. *Qualitative Health Research*, 25(3), 408–416. <https://doi.org/10.1177/1049732314550006>
- Instituto Nacional del Cáncer (NIH). (2025). *Estadísticas del cáncer*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
- Jackson, P. L., Saunders, P., Mizzi, S., & Hallam, K. T. (2025). The efficacy of psychological interventions for infertile women: a systematic review and meta-analysis. In *BMC Women's Health* (Vol. 25, Number 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12905-025-04054-x>
- Kapoor, M., Swamy, A. M., Sundriyal, D., Khanna, M., Sinha, N., J, K., Rajaram, S., & Sehrawat, A. (2025). Effects of Chemotherapy on Fertility and Fertility Preservation Strategies for the Women of Childbearing Potential Undergoing Chemotherapy: A Comprehensive Review. In *Indian Journal of Surgical*

- Oncology* (Vol. 16, Number 2, pp. 401–407). Springer.
<https://doi.org/10.1007/s13193-024-02103-9>
- Karavani, G., Rottenstreich, A., Schachter-Safrai, N., Cohen, A., Weintraub, M., Imbar, T., & Revel, A. (2021). Chemotherapy-based gonadotoxicity risk evaluation as a predictor of reproductive outcomes in post-pubertal patients following ovarian tissue cryopreservation. *BMC Women's Health*, 21(1).
<https://doi.org/10.1186/s12905-021-01343-z>
- Kieu, V., Stern, C., Harris, J., Jayasinghe, Y., Bradford, N., Cui, W., Deans, R., Hunter, T., Allingham, C., Kane, S. C., Lau, L. S., Logan, S., McLachlan, R., Neville, K., Peate, M., Phillips, M., Saunders, C., Tome, M., Upreti, R., ... Hart, R. J. (2022). Australian fertility preservation guidelines for people with cancer 2022: review and recommendations. *The Medical Journal of Australia*, 217(11), 564. <https://doi.org/10.5694/MJA2.51751>
- la Rosa, V. L., Garzon, S., Gullo, G., Fichera, M., Sisti, G., Gallo, P., Riemma, G., & Schiattarella, A. (2020). Fertility preservation in women affected by gynaecological cancer: The importance of an integrated gynaecological and psychological approach. *Ecancermedicalscience*, 14.
<https://doi.org/10.3332/ecancer.2020.1035>
- Laganà, A. S., La Rosa, V. L., Rapisarda, A. M. C., Platania, A., & Vitale, S. G. (2017). Psychological impact of fertility preservation techniques in women with Gynaecological cancer. In *ecancermedicalscience* (Vol. 11). ecancer Global Foundation. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2017.ed62>
- Lashbrook, M. P., Valery, P. C., Knott, V., Kirshbaum, M. N., & Bernardes, C. M. (2018). Coping Strategies Used by Breast, Prostate, and Colorectal Cancer Survivors: A Literature Review. In *Cancer Nursing* (Vol. 41, Number 5, pp. E23–E39). Lippincott Williams and Wilkins.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000528>
- Lazarus, R. S. ; F. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*.
- Lehmann, V., van Poecke, N., Waterman, L., Lok, C. A. R., Beerendonk, C. C. M., & Smets, E. M. A. (2025). Are we Only Doing Good? Long-term Psychosocial Effects of Fertility Preservation (or Lack Thereof) on Survivors of Cancer During Adolescence and Young Adulthood. *Cancer Journal (United States)*, 31(4). <https://doi.org/10.1097/PPO.0000000000000774>

- Lehmann, V., Vlooswijk, C., van der Graaf, W. T. A., Bijlsma, R., Kaal, S. E. J., Kerst, J. M., Tromp, J. M., Bos, M. E. M. M., van der Hulle, T., Lalisang, R. I., Nuver, J., Kouwenhoven, M. C. M., Lok, C. A. R., Beerendonk, C. C. M., Dinkelman-Smit, M., & Husson, O. (2025). Pre-treatment fertility preservation and post-treatment reproduction in long-term survivors of adolescent and young adult (AYA) cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, 19(4), 1143–1154. <https://doi.org/10.1007/s11764-024-01538-x>
- Lin, L., Yeh, C. H., & Mishel, M. H. (2010). Evaluation of a conceptual model based on Mishel's theories of uncertainty in illness in a sample of Taiwanese parents of children with cancer: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(12), 1510–1524. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.05.009>
- Logan, S., Perz, J., Ussher, J. M., Peate, M., & Anazodo, A. (2019). Systematic review of fertility-related psychological distress in cancer patients: Informing on an improved model of care. In *Psycho-Oncology* (Vol. 28, Number 1, pp. 22–30). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/pon.4927>
- Milán, M. (2020). *Salud mental en el cáncer: el papel de la psicooncología en la asistencia integral | Oficina de Transferencia de Conocimiento*. <https://www.ucm.es/otri/noticias-salud-mental-en-el-cancer-el-papel-de-la-psicooncologia-en-la-asistencia-integral>
- Moreno, C. (2016). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en el paciente oncológico*. https://repositori.uic.es/bitstream/handle/20.500.12328/892/TFG_Carmen%20Moreno%20Fern%c3%a1ndez_2016.pdf?sequence=7&isAllowed=y
- Mulder, R. L., Font-Gonzalez, A., Hudson, M. M., van Santen, H. M., Loeffen, E. A. H., Burns, K. C., Quinn, G. P., van Dulmen-den Broeder, E., Byrne, J., Haupt, R., Wallace, W. H., van den Heuvel-Eibrink, M. M., Anazodo, A., Anderson, R. A., Barnbrock, A., Beck, J. D., Bos, A. M. E., Demeestere, I., Denzer, C., ... Verhaak, C. (2021). Fertility preservation for female patients with childhood, adolescent, and young adult cancer: recommendations from the PanCareLIFE Consortium and the International Late Effects of Childhood Cancer Guideline Harmonization Group. In *The Lancet Oncology* (Vol. 22, Number 2, pp. e45–e56). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30594-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30594-5)

- Naciones Unidas. (2024). *El cáncer es la segunda causa de mortalidad en la Unión Europea*. <https://unric.org/es/el-cancer-es-la-segunda-causa-de-mortalidad-en-la-union-europea/>
- Obispo, B., Cruz-Castellanos, P., Fernández-Montes, A., Coca-Membrives, S., Rogado, J., Antoñanzas, M., Castillo-Trujillo, O. A., López-Ceballos, H., Rodríguez-González, A., Jiménez-Fonseca, P., & Calderon, C. (2023). *Coping strategies as mediators of uncertainty and psychological distress in patients with advanced cancer*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2419820/v1>
- Pamela, C., & Pozo, M. (2024). *Estrategias de afrontamiento en pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer del Hospital Caja Nacional De Salud*.
- Patricia Benner. (1982). From Novice to Expert. *The American Journal of Nursing*.
- Pena, J. M. B. (2024). Systematic review as a methodology for E/LE research. *Circulo de Linguistica Aplicada a La Comunicacion*, 97, 179–193. <https://doi.org/10.5209/clac.88711>
- Penrose, R., Beatty, L., Mattiske, J., & Koczwara, B. (2012). Fertility and cancer - A qualitative study of Australian cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 20(6), 1259–1265. <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1212-y>
- Perz, J., Ussher, J., & Gilbert, E. (2014). Loss, uncertainty, or acceptance: Subjective experience of changes to fertility after breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 23(4), 514–522. <https://doi.org/10.1111/ecc.12165>
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2019). *Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic therapy or gonadectomy: a committee opinion*. https://www.asrm.org/practice-guidance/practice-committee-documents/fertility-preservation-in-patients-undergoing-gonadotoxic-therapy-or-gonadectomy-a-committee-opinion-2019/?utm_source=chatgpt.com
- Quinn, G. P., Bayefsky, M., Cherven, B., Ghazal, L. V., Goldman, K. N., Francis Levin, N., Nahata, L., Najari, B., Thakker, S., Greenberg, D. R., Halpern, J. A., & Vadaparampil, S. T. (2025). Update and new advances in fertility preservation and cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 75(6), 602–629. <https://doi.org/10.3322/caac.70029>
- Quinn, G. P., Vadaparampil, S. T., Bell-Ellison, B. A., Gwede, C. K., & Albrecht, T. L. (2008). Patient–physician communication barriers regarding fertility

- preservation among newly diagnosed cancer patients. *Social Science & Medicine*, 66(3), 784–789.
<https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2007.09.013>
- Rees, S. (2017). ‘Am I really gonna go sixty years without getting cancer again?’ Uncertainty and liminality in young women’s accounts of living with a history of breast cancer. *Health (United Kingdom)*, 21(3), 241–258.
<https://doi.org/10.1177/1363459316677628>
- Rivera-Cruzatt, F. D., Cubillas-Espinoza, P. P., & Malvaceda-Espinoza, E. L. (2022). PSYCHOLOGICAL COPING IN FEMALE BREAST CANCER PATIENTS FROM A METROPOLITAN LIMA HOSPITAL. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 39(4), 400–407.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.394.12322>
- Roof, K. A., Andre, K. E., Modesitt, S. C., & Schirmer, D. A. (2024). Maximizing ovarian function and fertility following chemotherapy in premenopausal patients: Is there a role for ovarian suppression? In *Gynecologic Oncology Reports* (Vol. 53). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.gore.2024.101383>
- Salama, M., & Woodruff, T. K. (2017). Anticancer treatments and female fertility: clinical concerns and role of oncologists in oncofertility practice. *Expert Review of Anticancer Therapy*, 17(8), 687–692.
<https://doi.org/10.1080/14737140.2017.1335199>
- Sánchez, B. (2011). *Enfermería Global CÁNCER DE MAMA Y MATERNIDAD BREAST CANCER AND MATERNITY*.
- Schlossman, J., Vu, M., Samborski, A., Breit, K., Thevenet-Morrison, K., & Wilbur, M. A. (2023). Identifying barriers individuals face in accessing fertility care after a gynecologic cancer diagnosis. *Gynecologic Oncology Reports*, 49.
<https://doi.org/10.1016/j.gore.2023.101267>
- Scientific electronic library online. (1990). *SciELO* . <https://scielo.org/es>
- Sociedad Española de Contracepción (SEC). (2024). *SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y CÁNCER*.
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). (2012). *Monográfico SEOM de Largos Supervivientes en Cáncer*.
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). (2025). *LAS CIFRAS DEL CÁNCER EN ESPAÑA*.

- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Ussher, J. M., Parton, C., & Perz, J. (2018). Need for information, honesty and respect: patient perspectives on health care professionals communication about cancer and fertility. *Reproductive Health*, 15(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0441-z>
- Vialle, M., Saias-Magnan, J., Dezamis, A., Guillemain, C., Bouhnik, A. D., Mancini, J., & Courbiere, B. (2025). Exploring fertility preservation in AYA cancer survivors: Information needs and post-cancer challenges. *PLoS ONE*, 20(5 May). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0323867>
- Wang, Y., Logan, S., Stern, K., Wakefield, C. E., Cohn, R. J., Agresta, F., Jayasinghe, Y., Deans, R., Segelov, E., McLachlan, R. I., Gerstl, B., Sullivan, E., Ledger, W. E., & Anazodo, A. (2020). Supportive oncofertility care, psychological health and reproductive concerns: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 28(2), 809–817. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04883-1>
- Web of science. (2003). *Thomson ISI*. <https://www-webofscience-com.sabidi.urv.cat/wos/alldb/basic-search>
- World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. (2022). *Cancer Today*. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_
- Wytiaz, V., Jackson Levin, N., Tan, C. Y., Stelmak, D., Iannarino, N., Zhang, A., Ellman, E., Herrel, L., Moravek, M., Walling, E., Chugh, R., & Zebrack, B. (2024). Body image disturbances in adolescent and young adult cancer patients confronting infertility risk and fertility preservation decisions. *Journal of Psychosocial Oncology*, 42(2), 208–222. <https://doi.org/10.1080/07347332.2023.2235607>

- Yang, E. H., Strohl, H. B., & Su, H. I. (2024). Fertility preservation before and after cancer treatment in children, adolescents, and young adults. In *Cancer* (Vol. 130, Number 3, pp. 344–355). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/cncr.35108>
- Zhang, Y. (2017). Uncertainty in illness: Theory review, application, and extension. *Oncology Nursing Forum*, 44, 645–649.