

PSICOLOGIA CLÍNICA I DE LA SALUT

**Els GRUPS DE
SUPPORT
enforteixen
emocionalment
les dones
afectades de
CÀNCER DE
MAMA**

Alumna:

Cristina Pena Laromaine

Tutora:

Gemma Espel Trias

Treball Final de Grau (TFG)

Psicologia

*Aquest treball ha estat possible gràcies a la col·laboració de les
dones dels Grups de suport de Càncer de Mama i a la Núria,
la psicooncòloga de la Fundació Oncolliga de Girona.*

INDEX

1. Introducció	4
2. Marc Teòric: El Càncer de Mama.....	8
3. Objectius	12
4. Hipòtesis.....	13
5. Metodologia	14
5.1 Primera Part.....	14
5.1.1 Grup de suport i <i>setting</i> extern	15
5.1.2 Sessions psicoeducatives	17
5.1.3 Proves utilitzades	20
5.1.4 Resultats obtinguts i evolució	20
5.1.5 Discussió.....	22
5.1.6 Conclusions	23
5.2 Segona Part.....	24
5.2.1 Comparativa de 3 casos.....	25
5.2.2 Proves utilitzades	31
5.2.3 Resultats obtinguts	32
5.2.4 Discussió	35
5.2.5 Conclusions	37
6. Conclusions	38
7. Valoració general.....	40
8. Bibliografia.....	42
9. Annex	45
9.1 Qüestionari d'inici del Grup de suport	45
9.2 Enquesta sobre el Grup de suport.....	46
9.3 Compromís de confidencialitat de dades.....	47
9.4 Preguntes de l'entrevista.....	48
9.3 Tríptic: <i>A l'Oncolliga no estàs sola</i>	49

1. INTRODUCCIÓ

Per fer aquest Treball Final de Grau (TFG) aprofitaré els coneixements adquirits a les meves pràctiques de psicologia amb pacients oncològics, sobretot en les teràpies de grup, en la **Fundació Oncolliga de Girona i Lliga catalana d'ajuda al malalt de càncer**, els quals m'han permès que empri les seves instal·lacions per a fer les entrevistes i pugui treballar amb les dones que van als grups de suport que organitzen des de la Fundació. Per aquest motiu, explicaré amb més profunditat en que consisteixen els grups de suport, ja que fa molt de temps que s'estan realitzant pel seu èxit entre les assistents.

L'objectiu principal d'aquest TFG, consistirà en demostrar d'una forma objectivable amb entrevistes, proves d'avaluació i com a observadora participant, els seus beneficis en les dones que es troben en un procés tan dur, com la pèrdua d'un símbol important de feminitat. El considero un tractament psicològic que proporciona a les pacients operades o en tractament pel càncer de mama, una forma de millorar la seva salut mental i la qualitat de vida. A part, s'empren estratègies d'afrontament i recursos emocionals adaptatius pel canvi d'autonomia i un creixement personal a nivell individual, que eviti la cronificació de pensaments negatius i millori la simptomatologia emocional. No obstant, abans d'iniciar l'execució del treball amb les dones, he realitzat una sèrie de consultes bibliogràfiques que m'han permès en primer lloc, iniciar l'orientació de la investigació i en segon lloc, poder plantejar una sèrie d'hipòtesis entorn al tema en qüestió. Per una actuació correcta en oncologia, cal un abordatge que contempli totes les necessitats bàsiques i les reconegui, on tots els professionals són necessaris, formant part d'una estructura que justifica la seva presència, cosa que es té en compte en les diferents sessions del grup de suport.

Per a validar algunes hipòtesis del grup en conjunt, s'ha fet una recollida de dades a partir de qüestionaris bàsics on valoraran les diferents **sessions psicoeducatives**, que més endavant explico, demanant-los abans la seva amable col·laboració i firmant conjuntament un document de confidencialitat de dades. Per les altres hipòtesis, em centraré en tres dones, a qui passaré alguns tests i els faré entrevistes. Aquesta recollida de dades es farà en el procés de la malaltia que es trobi cada dona, des de la detecció fins al final de tractament. El nombre d'enquestes efectuades i els resultats que

n'obtingui, volen ser un reflex de la situació de les dones amb aquesta afectació a la província de Girona i també, es podria emprar com a orientació per a futures investigacions.

El meu interès per aquesta part de la psicologia, l'oncologia, ha anat creixent a mesura que assistia a les sessions amb les dones, com a estudiant en pràctiques, veient la seva fortalesa al afrontar una malaltia com el càncer. Els grups en els que participem al llarg de la nostra vida configuren una història pròpia, que amb els anys tendeix a disminuir la seva intensitat, traslladant-ho a la família i a l'entorn més proper. Tot i això, a mesura que avancem en edat, els grups tornen a recuperar la seva força i comencem a recordar moments en que determinades persones ens van marcar.

Podem considerar que en **els grups de suport** passa quelcom semblant, les persones adquireixen un nivell d'escolta diferent al que tenen dins l'àmbit familiar, mostrant una forma de comunicació molt més emocional dins el grup, segurament pel fet de compartir una sèrie de problemes en comú. Aquests **microprocessos grupals** adquireixen la seva dinàmica, sense una intervenció massa activa per part de la psicòloga, facilitant l'expressió de les emocions, plors, rialles, etc. Tots aquests missatges són processats des de les unitats de significació que emergeixen dins la heterogeneïtat del grup, on les comunicacions comencen a perfilar-se petites mostres de sentit que degudament processades es convertiran en les matrius d'aquests processos. I com deia Raül Vaimberg¹, *“aquests microprocessos grupals es donen compte del seu dinamisme, que en principi es manifesta sense una necessitat massa activa per part del psicoterapeuta, però que ajuda a poder escoltar amb claredat i facilitar l'expressió de la melodia pròpia del grup”*.

Els **grups de suport**, no volen ser grups d'autoajuda, els quals es troben persones que comparteixen un problema i volen ventilar emocions, intercanviar experiències, donant-se recolzament mutu per aprendre a enfrontar-se amb el problema que pateixen. La idea dels grups d'autoajuda, a diferència dels grups de suport, és que les persones aprenguin a resoldre els seus problemes per la funcionalitat que aconsegueix la pròpia acció del grup, intercanviant recolzaments i buscant solucions. Aquests poden ser oberts o tancats, depenen de la incorporació de nous membres i mixtes o específics, en funció de la varietat de persones que hi puguin assistir. En canvi, els grups de suport tenen com a

¹ Vaimberg, R. (2012) *Psicoterapia de grupo*. Barcelona: Octaedro

finalitat principal que les dones es trobin a gust en un lloc on se'ls donen sessions psicoeducatives i que poden compartir neguits o preocupacions amb altres persones en la seva mateixa situació, però en cap cas el grup vol trobar la solució dels problemes dels seus membres, sols que adquireixin eines per anar gestionant elles mateixes els entrebancs en els quals es van trobant al llarg d'aquest procés. El psicòleg adopta un paper directiu dins el grup, impeding respostes d'evitació com els canvis de tema o les converses irrelevantes. Com deia Rogers (1957)², *“el terapeuta de grup ha de mostrar coherència sempre, comprensió empàtica i atenció positiva incondicional. És a dir, cal resoldre els interessos educatius i organitzatius del grup, creant una relació particular d'identificació en el grup, compartint idees i descobrint-se a si mateixes”*. Si parléssim de grups d'autoajuda, el terapeuta hauria de tenir capacitat de crear el canvi de conducta entre els participants i disposar d'una capacitat cognitiva de judici exercint la pressió adequada sobre els membres del grup.

El grup de suport en el qual es centrarà aquest treball, està destinat a dones que han estat intervingudes i tractades d'un Càncer de mama. En les sessions de grup, els horaris estan regulats i es fan una tarda cada quinze dies durant tres mesos. Se'ls dona un horari amb els temes de les diferents sessions i els dies, perquè elles es puguin organitzar i aconseguir el màxim d'assistència. Encara que no puguin venir a totes les sessions, ja que estan en tractament o han iniciat la vida laboral, poden seguir venint els dies que a elles els vagi bé. Podríem dir que es donen el màxim de facilitats, a fi que elles es trobin a gust venint a les sessions i que el grup segueixi amb un nombre semblant de membres fins al final. Inicialment s'havia pensat de que poguessin formar part dels grups altres persones amb altres tipus de càncer, tot i que es va creure oportú que haguessin passat per la mateixa malaltia i així els dubtes serien comuns entre elles.

Com la teràpia individual, la teràpia de grup té l'objectiu de solucionar un problema però amb la participació de varies persones que el comparteixen. La principal diferència és que els membres del grup fan de **cooterapeutes**, mentre que el paper del psicoterapeuta passa a ser una eina mitjançant la qual el grup soluciona el problema. La seva disponibilitat al treballar amb un elevat nombre de pacients, optimitzant els recursos i la seva rendibilitat, és quelcom molt interessant en aquestes teràpies. Podríem concebre el grup com un sistema constituït per subjectes interdependents, que interactuen de forma regular per a realitzar una missió definida explícita o implícitament. Tots els components

² Rogers, C. (1957) *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*. *Journal Consulting Psychology* (21).

escoltaran les experiències dels altres, fet que els fa reflexionar i es veuen reflectits en el grup, on són molt importants les interrelacions i els vincles que s'estableixen entre els membres del grup. A part de l'aspecte purament quantitatiu de la teràpia de grup, es presenta una dinàmica específica que diferencia de la interacció dual psicòleg - pacient. En el grup es teixeixen xarxes de competència i influència entre uns i altres, contribuint a estimular la seva implicació en el programa terapèutic i vincular-se emocionalment. Donat que el grup s'empra com un instrument terapèutic, la influència dels seus membres deu jugar un paper principal, a diferència de la relació de la teràpia individual, contribueix en el procés de canvi personal. Els sentiments de grup es troben inevitablement compromesos per a bé o per mal en el procés terapèutic, mentre que en la teràpia individual només intervenen els sentiments transferencials i contratransferencials. Dins els factors terapèutics del grup, seria principalment el d'agent de canvi, on afloren els sentiments propis d'un col·lectiu que no sortirien en una teràpia individual, com l'altruisme, el respecte, etc. i fins i tot, la retroalimentació. A part, els estats d'humor també es contagien entre els membres del grup, ja que hi ha diferents perspectives per a afrontar un problema i cadascú s'hi implica segones les seves capacitats o necessitats.

La psicoteràpia grupal té unes característiques pròpies que la converteixen, no en una psicoteràpia de segona categoria, sinó en la possibilitat d'obtenir experiències que no es poden aconseguir amb altres tècniques. L'expressió franca de sentiments i percepcions respecte a un mateix, la interacció amb els altres i amb el terapeuta, pot constituir un nucli d'ajuda molt beneficiós per als participants i mostrar d'alguna manera aquesta efectivitat seria un dels punts clau del present treball, gràcies a la bona disposició de les dones i a l'ajuda de la Núria, la psicooncòloga responsable dels diferents grups de suport que es fan a la Fundació Oncolliga de Girona.

2. MARC TEÒRIC: EL CÀNCER DE MAMA

Tenir coneixement sobre les patologies, com a psicòlegs ens ajuda a adquirir un rol més actiu i fer que els nostres pacients se sentin més tranquils al poder-los resoldre molts dels seus dubtes. Com diu l'oncòleg Enrique Barrajon (2006)³, *“ja hem deixat enrere la visió del càncer com una injustícia, un càstig o una vergonya, intentant ocultar-la. La superstició s'ha canviat per una visió natural de la malaltia. La societat moderna supera la compassió i pren una actitud activa, oferint als pacients tots els recursos disponibles”*. Amb aquesta finalitat, em permeto fer una pinzella del que és el càncer de mama, de la mateixa forma que se'ls hi ha explicat a les dones afectades que ho han demanat.

El **Càncer de Mama** és una divisió descontrolada de cèl·lules malignes i diríem que comença en el teixit mamari, en els conductes mamaris o en qualsevol àrea de la mama. Molts càncers de mama són sensibles a les hormones d'estrògens, el que significa que l'estrògen fa que el tumor cancerigen creixi. Aquests tenen receptors d'estrògen en la superfície de les cèl·lules i es denominen, càncer positiu pels receptors d'estrògens. Altres dones tenen el que s'anomena càncer de mama positiu per HER2, un gen que ajuda a que les cèl·lules creixin, es divideixin i es reparin elles mateixes. Quan aquestes tenen masses còpies del gen, es multipliquen ràpidament, considerant-lo un tipus de càncer més agressiu i amb un major risc que la malaltia torni a aparèixer⁴.

Els factors de risc que no es poden canviar serien:

- **Edat i sexe**, el qual afecta principalment a les dones i augmenta el seu risc a mesura que s'envelleix.
- **Antecedents familiars**, ja sigui de càncer de mama, d'ovari, d'úter o de colon.
- **Gens**, es considera que pot ajudar a desenvolupar càncer tenir defectes en els gens BRCA1 i BRCA2.
- **Cicle menstrual**, es considera que les dones que inicien precoçment el seu cicle, abans dels 12 anys, i arriben a la menopausa després dels 55 anys, tenen un risc més gran de patir aquest càncer.

³ Barrajon, E (2006) *El càncer, proceso oncológico integral*. Leon: J. Alfonso Álvarez Rodríguez, 2ª ed. p.45-57

⁴ Lopez-Lara, F, y González,C. (1999) *Manual de Oncología Clínica*. Valladolid: Universidad de Valladolid.

Els tumors poden ser **Benignes**, on les seves cèl·lules no envaeixen altres parts del cos, generalment es poden treure i no solen tornar a aparèixer, o **Malignes** quan les cèl·lules d'aquests tumors poden envair teixits propers o bé disseminar-se per altres parts del cos. Aquesta disseminació des d'una part del cos a una altra s'anomena *metàstasi*.

El càncer de mama es pot trobar en diferents situacions⁵:

- **In situ.** Es diu així quan es troba localitzat dins la mama, al ducte (conductes mamaris del pit) o al lòbul, i no tenen capacitat per envair altres teixits.
- **Infiltrant.** quan s'inicia en el conducte mamari, però aconsegueix travessar-lo i passa al teixit gras de la mama, extenent-se cap a altres parts del cos.
- **Amb disseminació limfàtica.** Les cèl·lules canceroses són transportades als ganglis a través de la limfa. El grup ganglionar que més sovint queda afectat és el de l'aixella.
- **Amb disseminació a través de la sang.** La sang transporta les cèl·lules canceroses a altres òrgans; els més freqüents són els ossos, el fetge, el pulmó i el cervell. Així, el càncer que es genera en aquests òrgans té el mateix tipus de cèl·lules que el càncer de mama, per tant s'anomena càncer de mama amb metàstasi òssia, per exemple; no és un càncer d'ossos i, per tant, és tractat com a càncer de mama amb metàstasi.

En fases inicials de la malaltia el càncer de mama no acostuma a presentar símptomes. Quan es diagnostica en aquestes fases, normalment és perquè la dona està seguint un programa de prevenció o perquè es fa una mamografia per una altra causa. Els símptomes més comuns⁶:

- Aparició d'un nòdul a la mama que prèviament no hi era.
- Aparició d'un nòdul a l'aixella.
- Canvi de mida d'alguna de les mames.
- Irregularitats en el contorn de la mama.
- Alteracions en la pell de mama: canvis de color, pell de taronja, nafres.
- Canvis en el mugró: retracció, secreció de fluid.
- Menys mobilitat en una de les mames quan s'aixequen els braços alhora.

⁵ Martínez, J.L., Faba, G i Evoli, L. (2007,0ctubre) *Boletín de practica médica, Cancer de mama*. México: Instituto Nacional de Salud.

⁶ Álvarez, J.A. (1998) *El càncer, proceso oncológico*. León: Imprenta moderna

Aquests símptomes també poden ser causats per altres problemes de salut. Davant la seva aparició s'ha de consultar el metge per tal de fer el diagnòstic al més aviat possible.

Tractaments

El tractament del càncer de mama depèn de la mida, l'estadi del tumor, el tipus biològic de tumor (grau de diferenciació cel·lular, receptors hormonals i de *HER2*), com també de la situació de salut específica de cada persona. El tractament és multidisciplinari, és a dir, diverses disciplines de la salut intervenen per treballar juntes i combinar teràpies.

a) Cirurgia conservadora: En aquest casos, després de la intervenció s'aplica radioteràpia sobre la zona afectada. La combinació de la cirurgia i la radioteràpia rep el nom de tractament conservador. Si calgués aplicar quimioteràpia, la radioteràpia s'ha de posposar per al final.

- **Tumorectomia.** Consisteix en l'extirpació del tumor i d'un petit marge de teixit que no té càncer al voltant del tumor.
- **Mastectomia parcial o segmental.** Extirpació d'un quart o segment de la mama que comprèn el tumor.

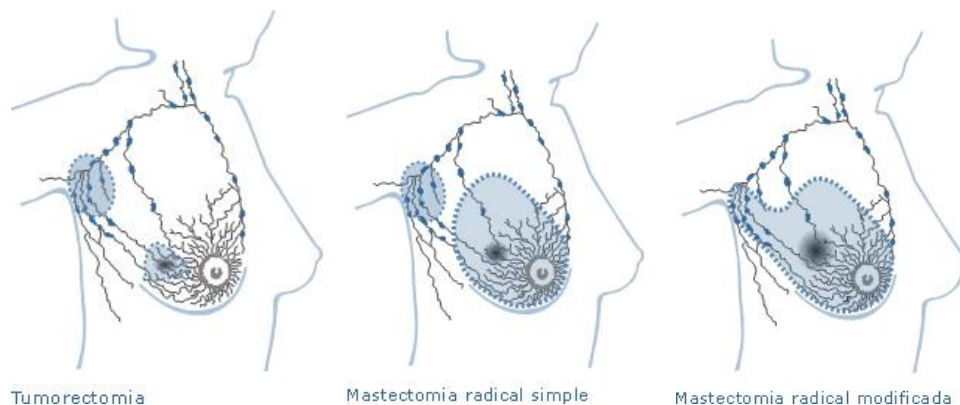
b) Cirurgia radical

- **Mastectomia radical simple.** Consisteix en l'extirpació de tota la mama, inclòs el mugró, però no els ganglis limfàtics.
- **Mastectomia radical modificada.** S'extirpa la mama i els ganglis limfàtics de l'aixella.

c) Biòpsia del gangli sentinella. L'objectiu és identificar el primer gangli sobre el qual drena la mama. Si el gangli està afectat pel tumor cal revisar la resta de ganglis axil·lars i extirpar-los. Si no ho està es pot evitar la limfadenectomia i els efectes que se'n poden derivar (limfedema).

d) Limfadenectomia axil·lar. Consisteix, independentment de la tècnica quirúrgica utilitzada, en l'extirpació dels ganglis de l'aixella. La quantitat de ganglis extirpats pot variar. L'objectiu és treure tots els afectats i evitar deixar cèl·lules que puguin portar a una recaiguda.

e) Reconstrucció de la mama. Aquesta intervenció no està dirigida al tractament del càncer, sinó a reestablir la forma de la mama en els casos en què s'ha practicat una mastectomia. Aquesta intervenció es pot fer en el mateix moment en què es practica l'extirpació de la mama (reconstrucció immediata) o posteriorment en una altra intervenció quirúrgica (reconstrucció diferida). La reconstrucció es pot dur a terme amb teixits d'una altra part del cos (empelts) o amb implants sintètics (pròtesis internes). També és possible no fer la reconstrucció i utilitzar pròtesis externes. L'elecció d'una opció o un altre també necessita d'una valoració individual de cada persona.



f) Quimioteràpia: El tractament amb quimioteràpia es refereix a l'ús de medicaments específics que tenen com a objectiu destruir les cèl·lules canceroses. Els medicaments es distribueixen per tot el cos a través de la sang

g) Radioteràpia: La radioteràpia és un tractament que emprava raigs d'alta energia per eliminar les cèl·lules canceroses. En el càncer de mama és habitual aplicar radioteràpia després de la intervenció quirúrgica amb l'objectiu de destruir possibles restes de cèl·lules tumorals.

h) Teràpia hormonal: Alguns tumors de mama necessiten hormones per créixer. La teràpia hormonal és útil per controlar i tractar els tumors amb resultats positius a les anàlisis de receptors de l'estrògen i la progesterona. Aquesta teràpia consisteix a administrar hormones, generalment per via oral, que bloquegen l'acció dels estrògens sobre les cèl·lules malignes del càncer de mama o la seva formació. Amb aquesta acció n'impedeixen el creixement i el tumor pot disminuir i fins i tot desaparèixer. El tractament hormonal es pot administrar sol o bé combinat amb quimioteràpia.

3. OBJECTIUS

Els **objectius** del Treball que es presenta són:

- Valorar si hi ha canvis en el nivell d'ansietat al participar en els grups de suport
- Corroborar si tenir més informació i eines psicoeducatives pot modificar el nivell d'estrès
- L'expressió franca de sentiments té una efectivitat positiva entre les dones del grup de suport
- Confirmar que la participació en el grup les enforteix emocionalment

Els **objectius generals** propis de les Teràpies de grup són:

- Involucrar al pacient en el seu procés terapèutic tenint en compte que el compromís de canvi "creix" a l'estar sota la mirada del grup.
- Ensenyar als pacients que parlar ajuda (a ells i als altres), permetent als pacients que siguin "útils". Com a mínim milloraran en les seves habilitats de comunicació encara que, en el nostre cas, aquest vindria a ser el "premi de consolació", ja que no és evidentment l'objectiu principal.
- Ajudar a que els pacients analitzin i manifestin de forma adequada els seus pensaments i emocions.
- Animar als pacients a desenvolupar contactes socials satisfactoris.

Els **objectius específics** de la teràpia de grup enfocada cap als trastorns adaptatius són:

- Ajudar a que els pacients, dins el grup, identifiquin el seu estil cognitiu-conductual a nivell interpersonal. S'identificarà el que és adaptatiu i el que és desadaptatiu.
- Promoure grupalment el canvi, un cop identificat el seu particular "mal estil", tant de pensament com de conducta.
- Oferir la possibilitat d'exercir un paper diferent, modificant així cognitiva i conductualment l'estil adequat, la qual cosa permet al pacient "*sentir i veure's capaç*". El reforç del grup impulsarà a mantenir la nova postura davant la vida.
- Obtenir suficient informació per establir un pla de cures personalitzat per a cada dona

4. HIPÒTESIS

Les teràpies de grup aporten moltes coses a les dones, però per a tractar de forma més estructurada els fets que creia més rellevants pels treball, es van elaborar les següents hipòtesis.

a. Les persones afectades de Càncer augmenten el seu grau d'ansietat

Totes les persones sentim ansietat quan ens comuniquen un fet que no podem controlar i que canviarà la nostra rutina en molts aspectes, implicant en el nostre organisme una sèrie de mecanismes de defensa contra una amenaça potencial. A part, aquesta ansietat pot augmentar quan es tracta d'una malaltia estereotipada socialment fins fa uns anys. Segons Bowlby (1990)⁷, *“aquesta ansietat anirà lligada a trastorns de la confiança, d'autoestima o d'adaptació, per la qual necessitarà un fort recolzament de la família o del seu entorn més proper”*.

b. El coneixement disminueix l'estrès, amb les sessions psicoeducatives

Quan una persona rep un diagnòstic de malaltia oncològica, li suposa un cop molt fort i se li plantegen innombrables dubtes. El fet de tenir més informació sobre els diferents àmbits que contempen aquesta malaltia, a partir dels mateixos professionals que hi treballen, pot ser una eina de disminució de l'estrès a partir de la resolució dels dubtes que elles puguin tenir i no sabien a qui preguntar fins al moment. No és el mateix consultar els dubtes a la consulta de l'hospital després de rebre informacions importants, a fer-les en un ambient distés on altres dones amb la mateixa afectació van consultant els seus dubtes als professionals en la matèria.

c. Compartir les angoixes ajuda a sentir-se millor

La teràpia de grup és especialment útil per ajudar a tractar aquestes temes de pors i angoixes, ja que sovint és difícil que les dones ho plantegin dins l'entorn familiar o entre les seves amistats. Podríem dir que parlar de temes que els angoixen amb altres dones que els passa el mateix, implica una reactivació emocional i pot ser una experiència catàrtica que ajuda a treballar els propis sentiments.

⁷ Bowlby J (1980). *Loss: Sadness & Depression*. Attachment and Loss (vol. 3); (International psycho-analytical library no.109). London: Hogarth Press

d. Els Grups de suport serveixen per enfortir-les emocionalment

Segons Wolberg (1988)⁸, *“aquestes dinàmiques de grup són particularment beneficioses pels pacients que pateixen trastorns d'ansietat o de l'estat d'ànim, ja que prenen consciència que hi ha moltes altres dones amb la seva mateixa situació i amb els mateixos problemes”*. La cohesió grupal permet rebel·lar sentiments i pensaments profundament amagats, tractar els propis conflictes al identificar-se amb els altres i ajuda al procés d'aprenentatge d'interaccions interpersonals.

5. METODOLOGIA

Han participat en aquest TFG un total de 18 dones diagnosticades de càncer de mama en diferents hospitals de la província de Girona, les quals es troben en diferents estadis de la malaltia i tractaments en el període que dura el grup de suport. L'edat mitja de les dones és de 51 anys i el rang d'edat està entre 36 i 66 anys. El 70% estan casades, el 10% solteres i el 20% viudes. Totes les dones que han participat, ho han fet de forma voluntària, emplenant els qüestionaris de manera individual.

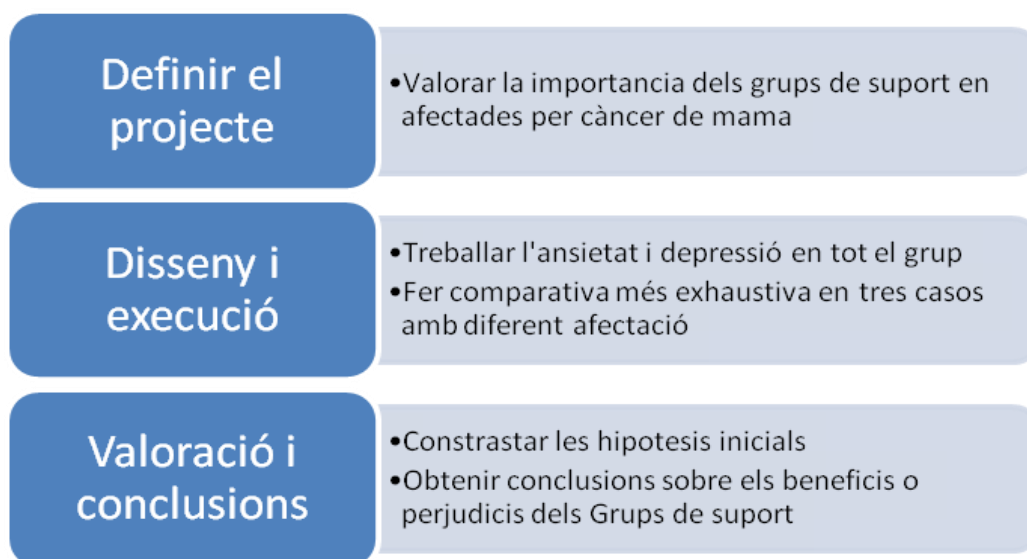
5.1 Primera Part

Per a fer aquest projecte, cal identificar i recollir les dades principals de tots els participants del projecte. La **metodologia de treball** parteix de dos suposats bàsics:

- 1.- **La paraula és el medi més important de comunicació.** Els humans construïm la realitat a través de la paraula, pel que aquesta té capacitat per a influir en nosaltres i en els altres.
- 2.- **El pacient porta a consulta un símptoma que no és sempre el trastorn.** Des de l'enfocament grupal s'entén que la psicopatologia parteix de conflictes interpersonals mal resoltos. És a dir, els aspectes simptomàtics i situacionals hauran d'aclarir quan apareixen, com es mostren, com actuen, etc. observant de forma clínica quines són les situacions desencadenants d'un símptoma i en quines situacions no apareix. Un cop establertes les possibles hipòtesis explicatives, podrem jerarquitzar el problema i determinar els objectius del tractament.

⁸ Wolberg, L.R. (1988) *Group and therapy family*. USA: Brunner Publishers.

D'altra banda, en el moment d'elaborar el treball ens hem trobat davant d'algunes limitacions com el **Lloc** on desenvolupaven la teràpia grupal. No referint-nos a la infraestructura, molt adequada a la tasca que hi anàvem a realitzar, sinó pel fet que les sessions es realitzen fora de l'hospital. Aquest factor implica una predisposició diferent per part d'elles, per la complicitat i relació personal que dóna estar a fora l'àmbit mèdic. Encara que aquest fet hauria de ser un avantatge, pot suposar una complicació si les dones no es prenen seriosament l'assistència a les sessions de grup i la manca de persones en sessions continuades podria significar la dissolució del grup, deixant a les que han assistit regularment amb la sensació de no haver pogut acabar el cicle de sessions informatives que hi havia preparades.



5.1.1 Grups de suport i *setting* extern

Quan passem d'estar sans a patir una malaltia, ens enfrontem a moltes pèrdues (seguretat, tranquil·litat, autonomia,...) En aquestes situacions, tenim sentiments ambivalents, de ràbia per la nostra situació i inclús, molestos amb les persones que ens cuiden. En les sessions grupals pretenem crear un espai d'intimitat i confidencialitat en el que puguem expressar i compartir aquests sentiments amb la seguretat de no ser jutjats.

Per a poder tenir més informació de les persones que venen al grup de suport i conèixer millor la seva patologia o la fase en que estan del tractament, els passem un petit qüestionari el primer dia de les sessions. Aquest qüestionari està fet per les psicooncòlogues de la Fundació i serveix per saber en quin moment de la malaltia està cada dona, la seva edat, quin tipus de cirurgia han tingut...és a dir, una petita anamnesi per a saber en quina situació està cada dona del grup, encara que totes tenen en comú la patologia del càncer de mama. És important saber en quina part del tractament o de la recuperació es trobem, per tal de conèixer quines són les seves preocupacions o pors, per així saber com podem treballar en les sessions de grup (*annex 1*).

Per a realitzar les teràpies de grup, cal un lloc apropiat, que en aquest cas és una petita masia que ens cedeix l'*Espai dona* de l'Ajuntament de Palamós tots els dijous i podem fer les sessions sense cap tipus d'interrupció. Podríem dir que compleix les nostres exigències per a fer aquesta activitat, donada la seva privacitat, absència d'elements distractors, seients confortables col·locats de manera circular. Els grups són de 8 a 14 persones i la selecció dels subjectes es fa a partir d'una patologia en comú, el Càncer de Mama, que inclou persones d'edats diferents amb la intenció de potenciar els aspectes relacionals.

Per a realitzar aquestes activitats, es farà en una periodicitat Quinzenal. Al iniciar els grups de suport, es feia cada setmana, però com que les dones no podien assistir amb regularitat pels nombrosos tractaments, es va valorar fer les sessions cada 15 dies, amb un seguiment telefònic durant la setmana lliure. Per a no crear confusions, totes les sessions inicien a la mateixa hora i amb la mateixa durada, de les 15 hores fins les 17.30 hores.

A l'hora d'estructurar les sessions, els primers minuts s'empren per acomodar al grup i orientar-los en la temàtica de la sessió que els farà el professional, coneguda prèviament pel calendari de les sessions. Posteriorment, l'expert en el tema tractarà el tema escollit i hi dedicarà aproximadament més d'una hora, entre l'explicació i la resolució de dubtes de les dones. Després, es dediquen uns 30 minuts a revisar i analitzar la reunió, on totes poden anar participant en el que els ha semblat o preocupacions que els han sorgit. Així, per exemple, en la primera sessió d'aquest grup a la qual vaig assistir es va treballar amb el concepte del món laboral, donat que una pacient focalitzà el tema en les seves dificultats en les

tasques i relacions laborals, on vam poder veure que la desestructuració jeràrquica i de rols en la família de la pacient es repeteix d'alguna manera en la seva empresa, en la qual no té clars els seus límits i les seves actuacions.

5.1.2 Sessions psicoeducatives

Al iniciar les sessions del grup de suport se'ls va donar a les dones aquest calendari de les diferents sessions, a fi que es poguessin organitzar i assistir al màxim de sessions possibles.

Cada dia les sessions tenen un tema per a que elles puguin aprendre informacions útils i consultar els dubtes que els vagin sorgint. Un cop el professional ha acabat, seguim amb les dones i parlem dels temes que els preocupen. Normalment, el fet de poder aprofitar el tema que s'ha tractat abans, ens serveix per a que elles vagin traient temes que els angoixen i volen comentar amb la resta del grup, quelcom molt útil, ja que els dubtes solen ser normalment compartits. La majoria de vegades, les que estan en una fase més avançada de la malaltia els hi solucionen de forma amena i simplificada alguns dels seus dubtes.

1a	Presentació, Lluïsa Ferrer. Acollida, Núria Agudo i Carme Ventura.
2a	Alimentació i nutrició. Nuticionista del SCS
3a	Teràpia de parella sense parella. Núria Agudo, psicòloga
4a	Prevenició del limfedema i mobilitat. David Pertegaz, fisioterapeuta
5a	Taller de relaxació i risoteràpia. Psicòlogues del centre
6a	Teràpia Hormonal i efectes secundaris. Dra. Viñas, oncòloga.
7a	Radioteràpia i efectes secundaris. Dr. Anglada, radioterapeuta
8a	Reconstrucció de mama. Dra. Dargallo, cirurgiana plàstica
9a	Taller d'autoimatge, Esteticient i maquilladora

Taula 1. Distribució de Sessions del Grup de Suport

Una breu síntesis de les diferents sessions:

- **Alimentació i nutrició**, la nutricionista els explica consells útils per a millorar les olors, textures i aspecte del menjar durant els tractaments de quimioteràpia i radioteràpia. També, els explica com fer fàcilment una dieta equilibrada i amb les quantitats de calories necessàries a cada moment. Com que la majoria són mares i solen cuinar per la família, solen demanar informació sobre com combinar aliments, quins són millors, les quantitats, les diferències entre dinar i sopar, els aliments antioxidants, la soja....

I una altra cosa important és el tema de disminuir els gustos desagradables dels aliments, quelcom molt rellevant en aquestes sessions, ja que els tractaments els hi provoquen canvis en els sabors de molts aliments, com el gust a ferro o els gustos forts de qualsevol cosa. En la sessió se'ls hi donen consells i tècniques per a millorar els àpats i poder menjar disminuint els fàstics i nàusees.

- **Teràpia de parella sense parella**, serveix per a treballar l'estat emocional i el suport psicològic que tenen a casa, ja que la parella és una part molt important d'aquest procés. En la sessió es parla dels problemes que s'han trobat, com l'acceptació dels canvis corporals, la dificultat de tenir relacions sexuals, la relació de la parella amb els fills, el suport emocional de l'entorn, la comunicació... a partir de dues preguntes que després es van treballant:

Com et penses que ell et veu?, Com et sents en relació a la teva parella?

I a partir d'aquí, van sortint temes que en molts casos són compartits per la majoria i van explicant les seves experiències personals o vivències.

- **Prevenició del limfedema i mobilitat**, el fisioterapeuta els explica l'enorme importància de fer una bona rehabilitació posterior, per evitar el limfedema, sobretot en les dones que els han extret varis ganglis limfàtics, ja que augmenta el risc d'acumulació de líquid en el braç.

A part, els ensenya com poder fer exercicis a casa i consells pràctics per anar recuperant el to muscular que tenien abans. I al final de la sessió, els informa sobre les mesures que han de prendre si van a la platja, la piscina o la sauna, ja que són llocs que els poden perjudicar en el cas que pateixin risc de limfedema.

- **Taller de relaxació i risoteràpia**, es treballen tècniques de relaxació variades com la relaxació induïda o la respiració diafragmàtica. Llavors, es fan activitats divertides dirigides per una persona que es dedica a fer risoteràpia i així afavorim que riguin una estona en grup, oblidant per una estona la resta de complicacions de la vida diària i que els hi està comportant la malaltia.

- **Teràpia Hormonal i efectes secundaris**. L'oncòloga els explica en què consisteix la teràpia hormonal en pastilles que la gran majoria hauran de fer durant 5 anys al acabar els tractaments de quimioteràpia i/o radioteràpia. També, els explica els possibles efectes secundaris que els poden donar aquestes pastilles, informant-les de quins són els més habituals. Elles poden preguntar a l'especialista sobre els símptomes que elles pateixen des de que prenen aquestes pastilles, ja que conèixer quins són els símptomes més freqüents i comuns en el grup, pot afavorir a que disminueixi el seu nivell d'ansietat.

- **Radioteràpia i efectes secundaris**, el radioterapeuta els explica de forma entenedora en què es basa aquesta teràpia, quina és la seva importància, perquè intenten acotar tant el lloc de radiació, com ho calculen, quines prevencions tenen... i sobretot, els nous avenços que hi ha hagut els últims anys en aquest àmbit.

Quan van a la consulta no és quelcom que se'ls hi expliqui, ja que el que més els preocupa és el nombre de sessions, en quins horaris.. però al conèixer més sobre la radioteràpia en la sessió, els hi pot ajudar a tenir més seguretat sobre el que els hi estan fent i perquè, quan es posen sota la màquina.

- **Reconstrucció de mama**, el cirurgià plàstic els informa sobre els pros i contres de fer la reconstrucció de mama en el moment de la intervenció, abans de la quimioteràpia o abans de ser irradiades. També, els explica quines opcions tindran per a la reconstrucció del mugró, responent a tots els seus dubtes, ja que un cop han finalitzat el tractament, sentir-se altre a gust amb el cos és bàsic.

- **Taller d'autoimatge**, on una esteticient els ensenya a maquillar-se de forma fàcil i pràctica, per a la vida diària i ens els casos pertinents, per dissimular el cansament i mala cara que poden provocar aquests tractaments tan invasius. La dona s'ha de sentir guapa en tot moment i tenir eines per a poder ajudar-ho com el maquillatge, és molt important.

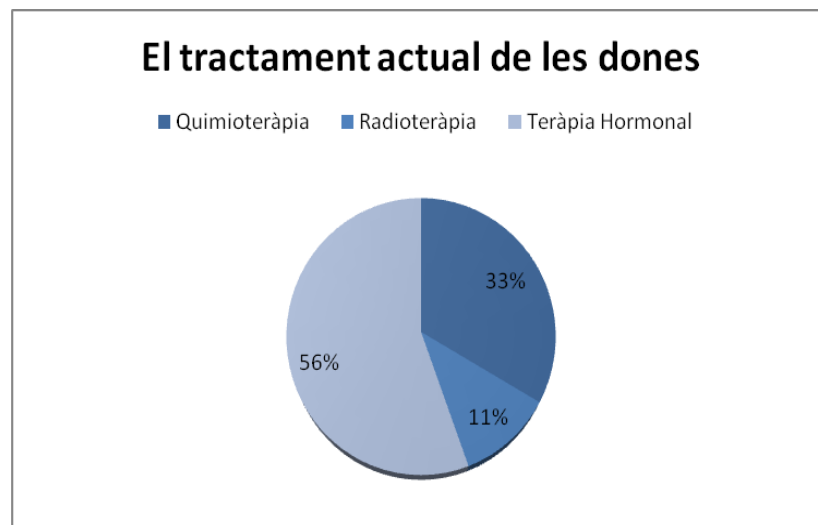
5.1.3 Proves utilitzades

Per a conèixer quines són les sessions psicoeducatives que els hi han interessat més i que els han ajudat a resoldre dubtes que els angoixaven, hem passat un qüestionari on elles puntuen de 0 a 9 el benefici que n'han tret. També, ens pot ser de gran ajuda per a preparar els propers grups de suport, canviant alguna de les sessions si fos necessari o inclús, plantejar fer activitats lúdiques en grup un cop finalitzades les sessions (*annex 2*).

Saber la seva opinió de forma anònima és una eina molt beneficiosa per a la preparació del següent grup, ja que són elles les úniques que poden opinar sobre el benefici de les aportacions dels diferents professionals. No obstant, les seves opinions també estaran molt influïdes pel procés on es trobin del tractament, degut a que no tindran les mateixes inquietuds les dones que estan iniciant tot el procés, que les dones que ja han acabat els tractaments i tornen a treballar.

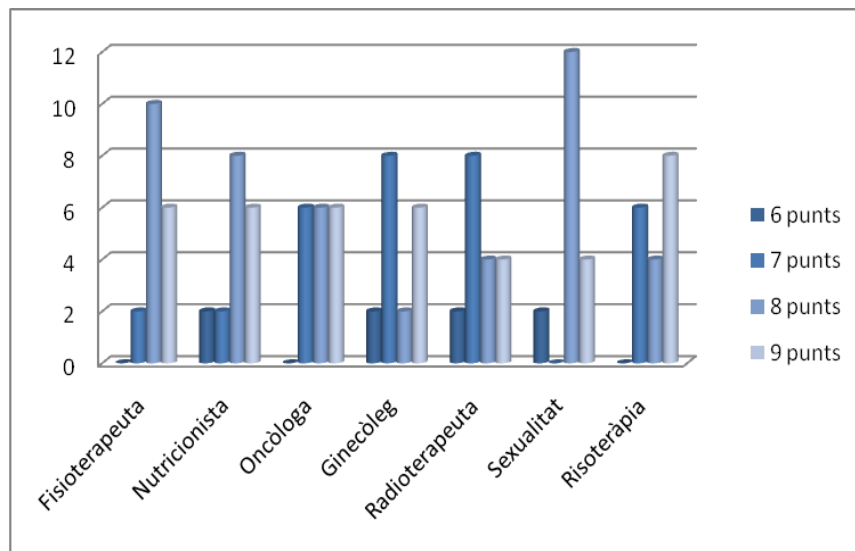
5.1.4 Resultats obtinguts i evolució

Després de passar els qüestionaris a 18 dones, aquests han estat els resultats obtinguts. El primer gràfic ens mostra el volum de dones que estan en cada fase del procés del tractament del càncer de mama, una variable que pot modificar el valor que donen a les sessions psicoterapèutiques.



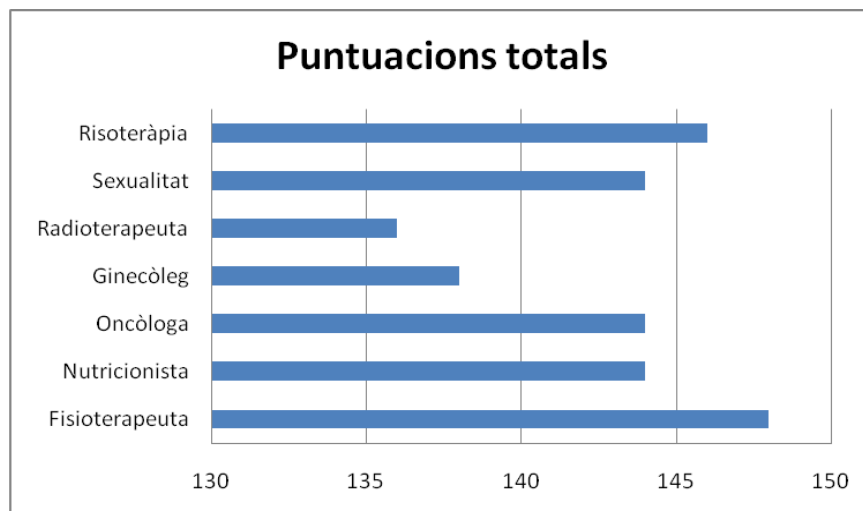
Gràfica 2. Quantitat de dones en els diferents tractaments

Els questionaris mostraven les diferents sessions a les quals elles havien assistit i havien de donar una puntuació de 0(poc interessant) a 9 (molt interessant). Com que no hi hagueren puntuacions inferiors a 6 punts, la gràfica mostra la quantitat de respostes en cada puntuació a partir d'aquest valor.



Gràfica 3. Puntuacions de les diferents sessions

Per a poder fer una valoració posterior més acurada, hem sumat les puntuacions totals dels questionaris, de manera que el nombre que han escollit elles és el valor de la puntuació i la freqüència ha estat un sumatori de les respostes dels diferents questionaris respostos per les dones.



Gràfica 4. Puntuacions totals de les sessions psicoeducatives

A partir dels qüestionaris podem argumentar de forma quantitativa que les sessions més interessants per elles han estat el Fisioterapeuta i la sessió de Risoteràpia, lleugerament menys interessants i amb la mateixa valoració, tenim les sessions de Sexualitat, Oncologia i Alimentació. I com a menys interessants, tot i tenir una puntuació molt elevada, tenim la de Radioteràpia i Ginecologia.

5.1.5 Discussió

Les dones solen agrair el fet de conèixer i poder resoldre els seus dubtes sobre la malaltia, els tractaments i les fases que va passant el seu cos i que a vegades no són capaces de comprendre sense l'ajuda dels professionals. El dubte que vull resoldre amb els qüestionaris passats a les dones, és saber si de forma anònima també els semblen igual d'útils les sessions i quines pensen que s'haurien de canviar o modificar.

Depenent dels símptomes del pacient, la seva dinàmica, el seu nivell d'integració, etc... els objectius de les sessions poden ser diferents per a cadascuna, des d'alleugerir simptomatologia d'angoixa, recolzament emocional, adquirir patrons de comportament més adaptatius, prevenir l'aparició de situacions angoixants o inclús, la rehabilitació de problemes físics que els han vingut derivats pels diferents tractaments.

El que creiem és que en aquest procés que estan passant totes elles hi ha moltes emocions que afloren d'una forma molt més intensa del que ho havien fet mai, fet pel qual els és beneficiós poder compartir certes inquietuds en un grup homogeni com el que participen totes elles. Les emocions i els estats d'ànim són fets psíquics difícils d'analitzar i objectivar, però la seva repercussió i influència sobre les altres funcions, tant fisiològiques com patològiques, representen aspectes rellevants en l'exploració psicopatològica. Com deia Bulbena (2010)⁹, *"l'afectivitat confereix una sensació subjectiva de cada moment i contribueix a orientar la conducta cap a diferents objectius, influint constantment en la seva conducta i també, la seva expressió verbal i no verbal"*.

⁹ Bulbena, A. (2010) *Ansiedad: la enfermedad sin palabras*. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatria de enlace, ISSN 1695-4238, Nº. 93-94, 2010, págs. 5-8

Aquestes dades sobre la disminució de l'ansietat de les dones amb càncer de mama que assisteixen al grup són bastant subjectives, ja que no podem fer afirmacions contundents de si aquest factor té una influència cabdal en la reducció de l'ansietat, tot i que les dones ens ho expressen en moltes ocasions al final de les sessions. Per a recolzar aquesta hipòtesi que ens hem marcat, tenim entre altres treballs fets sobre el tema, el que van descriure Ringler, K., Withman, H., Gustafson, J. i Coleman, F. (1981)¹⁰ i del qual en podem treure molta informació. Ells consideraren que *“expressar les seves emocions en els grups de suport els donava una sensació de protecció que no aconseguien amb la teràpia individual i evitava que haguessin de contenir les seves por o angoixes”*. Ells es van adonar que els membres del grup agraïen la oportunitat que tenien de demostrar els seus sentiments de dolor i que eren capaços de protegir-se entre ells quan era necessari. Aquest fet l'hem pogut veure en algunes ocasions, com per exemple quan alguna de les dones explica que a casa no l'entenen o que la gent del seu voltant la tracta diferent, i les altres responen de forma empàtica i autèntica amb exemples de com afrontar aquestes situacions de forma positiva.

5.1.6 Conclusions

La incidència de Càncer de mama suposa entre un 20 i 25% dels càncers en les dones i la cura és possible en la majoria dels casos. La informació és de gran ajuda per a les dones afectades, conèixer els factors de risc, les diferents possibilitats de tractament i com conviure amb ella. La dona amb càncer de mama està sotmesa a una situació d'estrès psicològic i d'incertesa amb sentiments de por, tristesa, desànim... que afluïren en aquests moments difícils. Tot i això, ho podem controlar i transformar-ho amb experiències positives de cara al futur, per aprendre a viure amb la mastectomia, tumorectomia o el tractament que hagi estat necessari. No hem d'amagar la malaltia, no és culpa de la dona i ha d'intentar viure-ho amb naturalitat, com una malaltia més, no com quelcom tabú que socialment no es pot nombrar.

La conclusió principal d'aquesta part del treball és que els grups de suport donen confiança, seguretat, força, autonomia i poder, a través de diferents sessions, en

¹⁰ Ringler, K., Withman, H., Gustafson, J. i Coleman, F. (1981) *Technical advances in leading a cancer patient group*. International Journal of group psychotherapy 31(3): 329-44

les que es poden obtenir les eines necessàries per a continuar tirant endavant i obtenir informació de forma amena. És a dir, no sols el fet d'estar més informades i haver pogut resoldre dubtes sobre les diferents fases del tractament els disminueix l'ansietat del tractament, però afegit a que ho poden compartir amb persones que han passat o estan en la mateixa situació, els hi dóna una fortalesa que no es fàcil d'aconseguir per altres vies.

A part de confirmar la seva utilitat parlant amb elles i havent passat els qüestionaris, podem dir que les persones que estan passant moments tants durs, on el seu propi cos està constantment castigat per teràpies agressives, valoren de forma molt positiva participar en sessions com la relaxació, risoteràpia, sexualitat i fisioteràpia, com hem vist amb els resultats globals dels qüestionaris. No podem dir que hi hagi una explicació única per aquest fet, però podria ser per la sensació d'alliberar emocions i crear una harmonia amb el propi cos, que sovint no donem importància o no ens permetem dedicar-hi un temps del nostre dia a dia.

5.2 Segona Part

Per a poder valorar els beneficis dels grups de suport en les dones, s'han passat dos qüestionaris i s'han fet entrevistes a tres dones que assisteixen als grups, però que han iniciat en els grups en diferents moments de la seva malaltia o procés de recuperació. D'aquesta manera podré valorar quines mancances han denotat les que s'han incorporat al final del tractament, o d'altra banda, quins beneficis pot tenir assistir als grups al final, sense tanta informació extra al llarg del procés. El mateix a l'inversa, comparant-ho amb una altra dona que ha iniciat els grups al mateix temps que iniciava els tractaments de quimioteràpia i radioteràpia, quins han estat els pros i contres que ella creu qui li han comportat-

Al llarg de les entrevistes, emprarem el model Cognitiu-conductual, el qual considera que les persones naixem amb una herència i un determinat temperament, com els quals interaccionem en el nostre entorn, aprenent pautes de comportament, tant beneficioses com perjudicials per a nosaltres i pels altres. Diríem que és la interacció familiar i l'intercanvi social on es produeix l'adquisició de la nostra forma de pensar, sentir i actuar. Així aprenem a resoldre certs problemes que es posen davant, a partir d'una seqüència

d'interaccions segons la influència en el medi. Aquestes entrevistes seran **semi-estructurades**, és a dir, anirem guiant la conversa, però no amb preguntes tancades, sinó que li permeten que s'esplaiï en els temes que ella cregui convenient, per aprofitar i extreure'n més informació. El fet que les dones a les quals se'ls hi fan les entrevistes es coneixen amb l'entrevistador, penso que pot beneficiar l'expressió d'emocions i angoixes mentre va responent a les preguntes obertes que se li van fent, ja que ens estalviem el primer contacte i l'adquisició de confiança amb el professional. A part, se'ls hi donarà una carta de confidencialitat de dades, perquè elles entenguin que tot el que expliquen a l'entrevista no serà exposat amb les seves dades personals, sinó amb la única finalitat d'elaborar un treball de final de grau de psicologia (*annex 3*).

Les tres entrevistes seran exposades en forma de prosa, però per a una millor comprensió de les seves respostes, es faciliten les preguntes que se'ls hi ha fet en l'entrevista (*annex 4*). Sense tenir la persona davant, a vegades no és fàcil entendre com se sent i el vincle familiar, per aquest motiu s'ha afegit també un genograma familiar per a cada cas entrevistat.

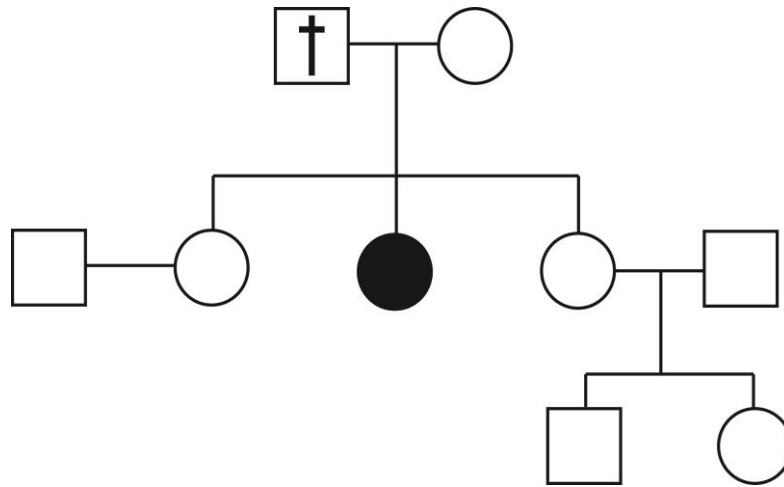
5.2.1 Comparativa de tres casos

En aquesta part podrien haver estat més o menys el nombre de dones, però m'ha semblat adequat que fossin tres, ja que pot ser una mostra simbòlica en que si aprofundim les entrevistes se'n podrà extreure força informació. De tot el grup, he escollit tres dones que estan en diferents moments del seu cicle vital i també en moments diferents del procés de curació del càncer. He descartat les dones que fa molt de temps que van superar la malaltia i les dones del grup que tenen un mal pronòstic.

a) Inicia en el grup després de ser diagnosticada

La **Júlia** és una dona de 50 anys, soltera i administrativa de professió, en la recepció d'una fàbrica. Viu amb el seu gat. Té la mare molt a prop, que pateix la malaltia d'Alzheimer i cal tenir-ne cura. Té dues germanes, la petita amb qui manté una relació excel·lent i la gran, amb qui no pot comptar per a res, ja que pateix fibromialgia i sempre és ella qui necessita atencions. Quan parla d'ella, la Júlia li retreu que no hagi estat capaç

ni d'anar a veure-la a l'hospital quan li van fer la mastectomia, amb l'excusa que ella també estava malalta i no es podia moure de casa, tot i viure molt a prop de l'hospital.



Respecte a les necessitats bàsiques, ella no ha perdut la gana durant el tractament i tampoc té problemes d'insomni, tot i que confessa que la nit abans de cada quimioteràpia li costa dormir tota la nit seguida. La resta de necessitats estan ben cobertes i disposa d'un ampli cercle d'amistats que li ha fet costat des del primer moment i pel qual ella està molt agraïda, ja que li han donat força en els pocs moments de desànim que ha tingut.

A l'iniciar el grup, encara no s'havia operat el tumor, ara ja ha tingut la tumorectomia i està fent quimioteràpia. Quan acabi aquest tractament, haurà de fer 30 sessions de radioteràpia. De moment és una persona optimista i valenta, que s'ha agafat la malaltia com una procés dins el seu cicle vital del qual pensa aprendre moltes coses, tant d'ella, el seu cos i de l'entorn proper del qual disposa. En cap moment no es va plantejar cap altra opció que no fos seguir els tractaments de quimioteràpia i radioteràpia que li havien proposat els oncòlegs. A part, va iniciar en un assaig clínic que al final no va poder seguir, cosa que ella està molt disposada a provar.

Creu que la malaltia li ha canviat bastant la forma de veure les coses, però encara hauria de ser més egoïsta del que és, ja que en tot el procés no ha deixat de cuidar la seva mare i desviure's pels seus amics si li demanaven un favor. Explica que no té cap dificultat per parlar de la malaltia, però el que si ha notat és que els altres la miren diferent des que li van donar el diagnòstic, com si ja no fos la mateixa persona. D'altra banda, els del seu entorn han reaccionat donant-li suport constant i no ha disminuït en cap moment les

seves habilitats socials, inclús a la feina segueixen donant-li suport via telefònica des que es va posar de baixa. No obstant, el malestar que li provoca el tractament la fa sentir trista i falta d'energia en algunes ocasions, sobretot als vespres, quan està a casa.

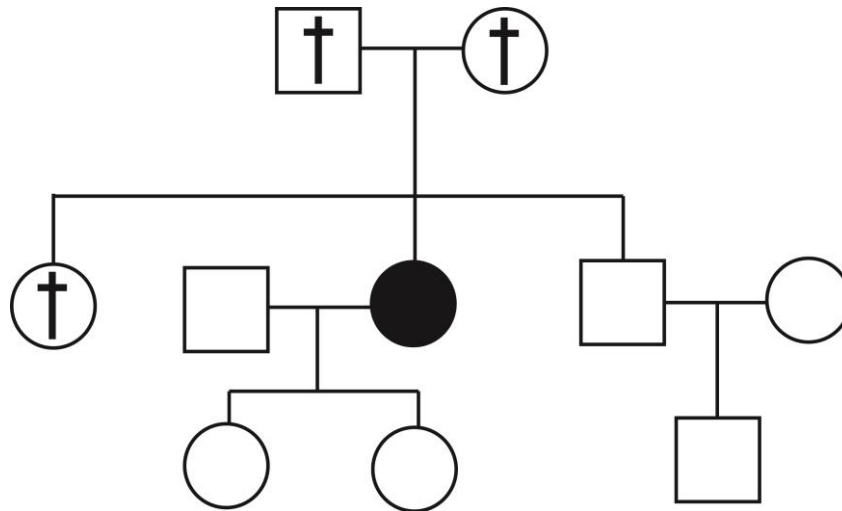
El que més li preocupa és l'augment considerable de pes que ha tingut, el tractament és quelcom que deixa en segon terme i ho considera un procés que té una data d'inici i de fi que controlen els professionals de l'hospital, a qui té tota la confiança dipositada. Creu que el seu comportament ha estat l'adequat al llarg del tractament, ja que fa tot el que li recomanen, intenta ser positiva i sols mira endavant pensant en la curació total.

Per a ella, els grups de suport són molt positius i li han aportat moltes coses beneficioses. Creu que compartir aquesta època de la seva vida plena de dificultats que es van superant cada dia, li dóna molta força. Comenta que veu com en el grup cada dona ha decidit afrontar la malaltia d'una forma diferent i això li fa veure que no hi ha una manera, sinó que forma part del creixement personal que va fent cadascú. Per a ella, poder valorar com els hi ha anat a les altres i les diferents visions que se li poden donar a la malaltia li ha ajudat a disminuir l'ansietat que tenia en un principi, quan va rebre el diagnòstic.

Recorda que va iniciar al Grup de Suport just el mateix dia que li havien donat la notícia i que el primer dia no acabava d'entendre que hi estava fent enmig de totes aquelles dones, ja que el seu cervell encara estava processant tota la informació rebuda pel metge i l'infermera, Creu que els coneixements que disposava per endavant del que vindria a cada pas, gracies als professionals i a les companyes, li va ser molt beneficiós i segurament no hauria fet el mateix sense els petits consells de les companyes.

b) Inicia en el grup a mig tractament

La **Laura** té 55 anys, mare d'una noia major d'edat, casada i mestra d'infantil de professió. Vaig decidir fer-li l'entrevista perquè crec que té una forma de pensar interessant i que ha fet un creixement personal important al llarg del procés, ara ja està amb la radioteràpia i veu el final dels tractament.



Ens explica que s'havia plantejat no passar per quiròfan i no fer el tractament de quimioteràpia pels seus efectes secundaris i pel fet que ningú li podia garantir que sense passar per tot aquest procés, buscant mètodes alternatius, no es pogués curar de la mateixa forma. És a dir, ella volia intentar solucionar el càncer a partir de tractaments naturals o alternatius, cosa que la seva família es va oposar completament i les filles li varen suplicar que fes el que deien els metges. Després de veure com li afectava aquesta decisió a la seva família, que és el que més s'estima, van decidir conjuntament que havia de passar per aquest procés tot i els efectes secundaris que aquest li ocasionaria. De totes maneres, ella comenta que encara li ha quedat el dubte de què hauria passat si hagués provat altres tractaments.

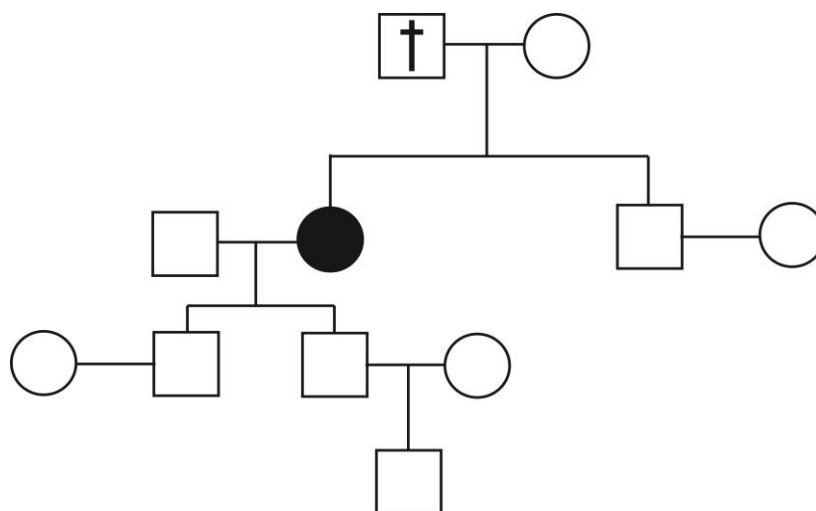
La malaltia la considera un procés de maduració personal en tots els sentits i pensa que li ha ensenyat a veure que les coses realment importants de la vida i evitar preocupar-se per tonteries. Comenta que abans es preocupava molt si la casa no estava ordenada, si les filles no la trucaven cada dia, si el marit no estava prou per ella...però a partir de la malaltia, nota a la seva família molt més propera i atenta amb ella, i les coses de la llar o la feina han passat a un segon o tercer terme en les prioritats de la vida.

Al principi li costava parlar de la malaltia amb la gent, però quan li van començar a caure els cabells i la quimioteràpia la deixava tant cansada, va decidir treure's el mocador i viure la malaltia com un procés més de la seva vida, que podia compartir amb la gent del seu voltant. De totes maneres, ella nota com han disminuït les seves relacions socials, ja que el cansament li va estar-se a casa algunes vegades i al no treballar, no fa tantes activitats lúdiques com feia treballant a l'escola.

Sovint, el tractament tan agressiu que li estan fent, sobretot en les sessions de quimioteràpia, la feia estar molt trista i angoixada, ja que no era autosuficient per a fer les coses i es cansa al més mínim esforç. Aquest fet li està costant d'assimilar, sobretot quan pensa que un cop acabi els tractaments de radioteràpia, li donaran una medicació que li seguirà donant efectes secundaris. Tot i això, el que li preocupa més actualment és que la malaltia torni a sorgir a l'altre pit o en alguna part del cos, ja que coneix a molta gent que li ha passat i no sap si ho sabrà afrontar amb la mateixa força de la primera vegada, ni amb les mateixes ganes de tirar endavant.

Respecte als Grups de suport, creu que són molt útils i beneficiosos per a poder resoldre els dubtes que dia a dia li van sorgint, ja que si no són els professionals, hi ha les psicòlogues que la poden orientar. El fet de compartir la seva experiència amb altres persones en la mateixa situació, l'ha ajudat a sentir-se part d'un grup i no com una persona malalta. Ella s'ha volgut informar de tots els pros i contres dels tractaments, però el fet de poder fer les preguntes directament als professionals que l'estan tractant, en un ambient diferent a l'hospital, li ha donat una sensació de seguretat i d'estar en bones mans per a la superació del càncer. És a dir, que la participació en els grups, tant pels psicològics, els professionals com les companyes, ha estat una eina impagable per a disminuir les seves pors i angoixes.

c) Inicia en el grup quan ja ha finalitzat els tractaments



La **Joaquima** té 55 anys, casada amb dos fills i un nét. Treballava d'administrativa a l'empresa familiar, amb el marit i el seu fill gran. Des de l'inici del tractament tenia molta son i dormia més de 8 hores diàries. Tampoc va perdre la gana i va augmentar bastant de pes, cosa que ha pogut regular amb dietes després de la radioteràpia. La resta de necessitats bàsiques no van quedar gairebé alterades, sols la sexual en certa manera.

Considera que ha canviat molt la seva forma de veure les coses, ha après a viure més intensament i aprofitar la malaltia per aprendre sobre ella i els del seu entorn. Tot i això, en cap moment ha tingut dificultats per parlar del càncer. Els del seu voltant han reaccionat de meravella, sempre atents a les seves necessitats i a com es trobava en tot moment. Com que els seus companys de feina són la seva família, podem dir que l'entorn laboral ha estat immillorable.

Al principi de rebre el diagnòstic, estava molt apàtica i no volia fer res, però els de casa li insistien en que calia sortir i seguir amb les seves activitats lúdiques en la mesura que el seu cos li permetés, cosa que els agraeix molt, perquè va poder recuperar les seves relacions socials. A les tardes li venia una baixada anímica si estava sola a casa, durant tot el tractament, per això es va obligar a sortir a caminar a les tardes amb la família o amb alguna amiga. Pensa que hauria de preocupar-se més per ella i no tant pels del seu voltant, però el seu caràcter és aquest i sempre està disposada a ajudar a tothom.

En cap moment es va plantejar fer algun tractament alternatiu al que li proposaven els professionals de l'hospital, confiava amb ells i pensava fer tot el que li demanessin per a curar-se el més ràpid possible. El que més li preocupa actualment, un cop ja ha superat la malaltia i està finalitzant el tractament hormonal, és que li torni a sortir un tumor i hagi de repetir aquest procés tan dur.

Em comenta que els grups de suport són molt útils per a les dones afectades per càncer de mama, ja que poden compartir les seves angoixes i resoldre els dubtes que els van sorgint de forma benèfica per a elles. Compartir les experiències ajuda i dóna forces, a ella li hauria agradat poder disposar d'aquest grup quan estava en ple procés de la malaltia, però està contenta d'haver pogut participar-hi ara. El seu desig des del principi era saber-ho tot sobre la malaltia i feia constantment preguntes als metges i a tots els professionals amb els que es visitava. Tot i haver finalitzat les teràpies, encara té molts dubtes i la majoria els ha pogut anar resolent en les sessions psicoeducatives dels professionals, cosa per la qual està molt contenta d'haver assistit a aquestes sessions.

Actualment, quan coneix alguna dona afectada, el primer que li recomana és que s'informi de tot el que li angoixa i si té la possibilitat, que participi en un grup de suport, ja que hi pot aprendre moltes coses d'aquest procés i al compartir-ho, s'adonarà que les pors que té són compartides per totes les dones en la seva mateixa situació.

5.2.2 Proves utilitzades

No disposem d'una escala específica per aquest tipus de pacients, però emprarem dos tests que ens poden donar molta informació i que han servit per altres estudis publicats¹¹.

a) Escala Hospitalària de Depressió i Ansietat (HADS)

Les dones a les quals passarem els tests, estan en un procés de malestar físic degut als tractaments agressius que s'han sotmès o estan en procés de sotmetre's, per aquest motiu vaig escollir l'Escala HADS, la qual permet separar els símptomes que poden ser provocats per una malestar físic o per un emocional. Ens dóna un instrument per a detectar estats de depressió i ansietat en els pacients, ja que la seva detecció no sempre és fàcil.

Aquest test es compon de 14 ítems, on els parells es refereixen a la depressió i els imparells a l'ansietat, donant 4 punts a cada ítem. I a l'hora de valorar-ho: una puntuació de 0-7 indica que no tenim depressió o ansietat, de 7-10 indica una possible depressió o ansietat i de 11-21, ens indica una significativa depressió o ansietat.

Aquest qüestionari és molt interessant perquè es pot fer amb poc temps i ens dóna molta informació, per aquest motiu es va decidir incloure'l en aquest treball. Podem dir que la seva capacitat de *screening* al diferenciar entre dos símptomes, ens ajuda a adoptar altres escales en els casos necessaris. No podem dir que els resultats que ens dóna seran directament un diagnòstic, però ens ajudarà a prendre decisions de com seguir les sessions amb la persona enquestada.

¹¹ Robles, R. et al. Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: El papel de la afectividad y el soporte social. Revista Psicooncología. Vol.6, Núm.1, pp.191-201.

b) SF-36, Qüestionari de Qualitat de Vida¹²

Actualment es tracta la malaltia des d'una visió més personal, on es consideren tan els factors psicològics, socials i la implicació en la vida del pacient. Aquesta nova perspectiva interna és més rellevant en les malalties cròniques, però el terme "qualitat de vida" pretén valorar aspectes de la malaltia que no són estrictament clínics, sinó relacionats amb la vida diària del pacient i en quina manera la malaltia afecta aquesta, des del punt de vista del pacient des de les quatre dimensions: física, funcional, psicològica i social.

El qüestionari està compost per 36 preguntes que valoren els aspectes positius i negatius de salut, que cobreix 8 escales, remarcant aspectes relacionats amb la malaltia i el tractament. Podem dir que valoren la Funció física, el Rol físic, el Dolor corporal, la Salut general, la Vitalitat, la Funció social, el Rol emocional i la Salut mental. Està dirigit a persones de més de 14 anys i ha de ser autoadministrat, encara que també es pot fer a través d'una entrevista personal. És un qüestionari amb una alta fiabilitat i sensibilitat als canvis, que ha demostrat la seva capacitat en detectar els canvis clínics en molts pacients, sobretot comparant-ho amb ells mateixos al llarg del tractament.

5.2.3 Resultats obtinguts

L'avaluació psicològica en oncologia és complicada pel compromís que té el pacient amb la seva situació física, per aquest motiu es van escollir dos tests que intentaven incloure les principals problemàtiques de les dones i avaluar d'una forma aproximada el seu sofriment emocional. L'augment de nombre de curacions, ens ha fet interessar-nos per la qualitat de vida de les dones, essent molt important com serà la seva vida després de la malaltia, des de la part física, estètica o emocional.

La qualitat de vida no és equivalent a l'estat psicològic del pacient, inclou diferents esferes de la seva vida que poden estar afectades pel càncer. Les àrees en que es compon aquesta qualitat de vida són les esferes que es consideren més

¹² Vilagut, G. et al.(2006) El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Unidad de investigación de servicios sanitarios. Barcelona: IMIM

importants en la vida del subjecte i que arran de la malaltia es poden veure afectades. Per aquest motiu, a les dones que hem entrevistat se'ls hi ha passat el Test SF-36, un **qüestionari de qualitat de vida**, el qual ens ha donat valors bastant dispersos en les tres dones. A part, hem afegit el valor obtingut en una enquesta de dones espanyoles sense cap malaltia, que els considerarem els valors normals i comparables a les dones amb afectació. Estem interpretant les puntuacions directes, ja que per la mostra que disposen ens és molt més útil per a fer les valoracions qualitatives. Aquest test tracta les diferents parts de la vida, tant físic, social com emocional i els valors varien bastant entre elles en funció del seu procés del tractament. Com a mitjanes de referències hem emprat els resultats que es van obtenir en un estudi amb dones sense malaltia, sabent que com més elevades surtin les puntuacions, més favorable és l'ítem o menys problemes comporta a la persona. És a dir, els valors van de 0 a 100, considerat aquest el punt màxim de qualitat de vida de la persona.

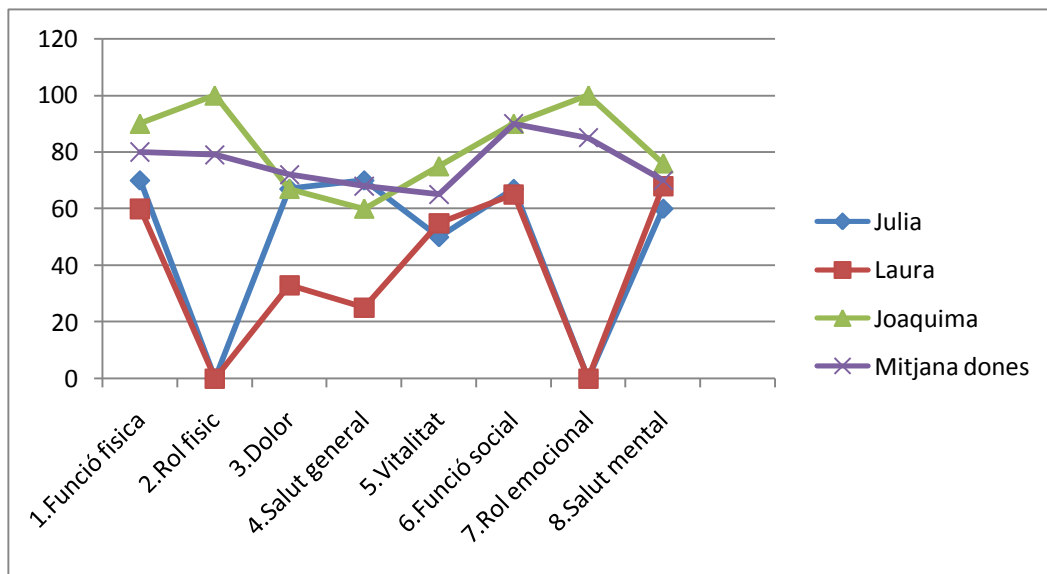
Diríem que els valors més semblants els obtenim en les variables de Salut Mental i Vitalitat, els quals estan entre 50 i 76, mentre que els valors més diferenciats els tenim en el Rol físic i el Rol Emocional, passat de 0 les que estan en tractament a 100 la que ja ha finalitzat. Per la resta de variables, la Joaquina presenta un valor superior en totes elles, excepte el de Salut General. I de forma global, la Laura, la qual està actualment fent les sessions de radioteràpia, té valors més baixos en gairebé totes les variables. No podem descartar que sigui degut al caràcter de cada persona, però el moment en que estan del tractament ens dóna molta informació.

Si ho comparem amb la mitjana de dones a nivell nacional, veiem que cap d'elles arriba al valor de 76,12, tot i que la Joaquina obté una valor molt semblant(73,16), i és la mateixa que ha deixat enrere tots els tractaments mèdics del càncer, ara sols fa visites de control. I un altre valor destacable, és el Salut general de la Julia, essent 70 un valor superior al de les seves companyes i al de la mitjana de dones, potser pel seu caràcter positiu en tot el tractament o el fet que la quimioteràpia no li està provocant ni la meitat d'efectes secundaris que els metges li havien advertit que podria tenir.

Test SF-36	Julia	Laura	Joaquima	Mitjana*
1.Funció física	70	60	90	80
2.Rol físic	0	0	100	79
3.Dolor	67	33	67	72
4.Salut general	70	25	60	68
5.Vitalitat	50	55	75	65
6.Funció social	67	65	90	90
7.Rol emocional	0	0	100	85
8.Salut mental	60	68	76	70
Resultat final	45,55	36,72	73.16	76,12

Taula 2. Resultats obtinguts del Test SF-36

* Puntuació mitjana en dones no afectades a l'Estat Espanyol l'any 2006.



Gràfica 5. Representació dels valors obtinguts al test SF-36

Sabent que l'ansietat i depressió són els trastorns més freqüents que pateixen les persones diagnosticades de càncer, degut a la situació estressant que viuen, es va decidir passar-los el **Test HADS**, on es valora el nivell d'ansietat i depressió que tenen en l'actualitat.

Hem obtingut valors més alts d'ansietat que de depressió, però segons els criteris d'interpretació del test en qüestió, cap d'elles mostra valors preocupants de cap dels dos aspectes. Diríem que la Júlia és qui mostra els valors més baixos (*Ansietat:3 i Depressió:3*), seguida per la Laura (*Ansietat:8*, però més alt en la part de *Depressió:8*) i com a últim la Joaquina, que presenta un valor més elevat d'ansietat que la resta, tot i haver finalitzat amb els tractaments (*Ansietat:9 i Depressió:4*)

5.2.4 Discussió

La finalitat és poder valorar si hi ha diferència en el moment del tractament en el qual s'incorporen, per a poder-les ajudar i enfortir emocionalment. Seria molt agosarat voler extreure conclusions fermes de la relació entre el moment del tractament en el que estan i els resultats dels tests. Tot i això, gràcies a les entrevistes semi-estructurades que se'ls hi ha fet, podem argumentar algunes de les hipòtesis inicials que vam formular. Per a poder-ho explicar millor, mostro el següent quadre comparatiu amb les diferents variables que ens poden donar més informació.

	JÚLIA	LAURA	JOAQUIMA
Fase del Procés	Quimioteràpia	Radioteràpia	Teràpia Hormonal
Edat	50	55	55
Situació familiar	Soltera	Casada, 2 filles	Casada, 2 fills, 1 nét
HADS	3/3	8/8	9/4
(Ansietat/Depressió)			
SF-36	45,55	36,72	73,16

Taula 3. Resultats dels 2 tests passats i breu anamnesi de les dones

El fet d'estar casada i amb fills o soltera, no canvia gaire els valors de Relació emocional o Funció social, ja que el que més els influencia és tenir gent al voltant, tant si és família directa com amics propers. Elles valoren molt el fet de no estar soles en determinades ocasions, ja que en companyia es porten més fàcilment les

dificultats. I un altre valor que en el nostre cas no podem comparar gaire és l'edat, ja que les persones escollides tenen edats molt similars.

Un valor que em va semblar interessant fou que la Joaquina, la dona que ha acabat tots els tractaments agressius i sols està amb la Teràpia Hormonal, sigui la que més ansietat pateix i seguida per la Laura que ja està finalitzant la radioteràpia, encara que podem relacionar-ho amb el que elles expliquen a les entrevistes. Quan estan iniciant tot el procés de tractaments pel càncer, les seves preocupacions són les angoixes normals, de saber com anirà, com respondrà el cos, com és trobaran físicament, com afectarà al seu entorn... és a dir, tenen tantes coses en les que pensar i organitzar, com els horaris de les sessions, les visites als diferents metges...que no paren massa atenció a pensar en un futur llunyà. En canvi, un cop tot s'ha acabat, és quan es paren a valorar tot allò que han viscut i les possibilitats que torni a passar, cosa que els crea molta angoixa.

D'altra banda, si parlem de depressió, veiem que cap d'elles ha caigut en un estat de tristesa elevada i apatia, fet que remarca la força de les persones davant de les dificultats, no hi podem donar el mèrit als grups de suport, ja que la Joaquina que no hi va poder assistir durant el seu tractament tampoc presenta valors elevats. El que si podem dir és que la qualitat de vida de les dones millora un cop han finalitzat els tractaments agressius i tornen a la seva vida quotidiana, on noten que millora la seva Funció física, la Funció social i la Vitalitat, encara que el Dolor és quelcom que els seguirà durant molt de temps, ja que els medicaments que es prenen durant tota aquesta etapa els afecta a les articulacions i els dificulta la realització de moltes activitats sense sentir molèsties.

Dins les sessions de grup en tenim una amb el Fisioterapeuta que elles valoren molt positivament per a restablir la seva mobilitat inicial i disminuir certs dolors, acompanyat per la sessió de la Nutricionista que els va donar consells pràctics d'aliments que els poden ajudar en aquest procés.

I com a últim, podem dir que els Rols emocional i Físic, es recuperen al 100% un cop tornem a la rutina habitual i ens mostrem amb ganes de seguir endavant, recordant la malaltia com una etapa de creixement personal i no sols una època trista i dolorosa de l'existència de cada dona afectada.

5.2.5 Conclusions

Pel que fa a les alteracions psicològiques que alteren la qualitat de vida del pacient, podem fer referència a l'estrès i als canvis emocionals que comporta el diagnòstic de càncer de mama. Les persones solen pensar i reflexionar sobre la mort i l'afrontament es pot fer de formes ben diverses, però en la majoria dels casos evocarà sentiments ansiosos i depressius.

Si parlem dels casos concrets, direm que la **Joaquima** va optar per afrontar el càncer amb un esperit de lluita, com un repte que calia superar. S'ho va plantejar en termes de curació i supervivència, però no va tenir en compte una altra dimensió important: els canvis que han afectat a la seva qualitat de vida (problemes d'autoimatge, inhibició del desig sexual...). Un cop va haver superat la malaltia, va patir un *distress psicològic* important que li va implicar una racionalització del problema en detriment de la part emocional, ja que li van sorgir de cop totes les angoixes acumulades durant el tractament. Després de poder compartir les seves vivències amb les dones i les emocions que determinats fets li provocaven, va millorar la seva relació amb els fills i el marit, cosa que ha influït de forma positiva la seva situació actual i la millora d'autoestima.

Una altra part del procés de la malaltia és el que es troba la **Júlia**, el moment en que tot està absolutament controlat, ja que els metges i la resta de professionals sanitaris van valorant cada procés i sols informen al pacient de quin és el següent pas, mentre que ella s'ha de limitar a obeir i tenir una actitud positiva davant de tot. És a dir, quelcom gens fàcil i que en alguns pacients els hi provoca una sensació d'inutilitat i ansietat, cosa que per sort no li ha passat a la Júlia, una dona amb molta empena i disposada a seguir totes les indicacions que li van donant sense atabalar-se. En aquesta part del camí, és quan denotem aprenentatges d'habilitats afectives de comunicació, plantejar-se nous objectius de vida i establir relacions autèntiques amb la gent de l'entorn més proper, cosa que la Júlia ens confirma que ha fet amb escreix. Ella ens mostra com sempre hi veu una part positiva en les coses, com donar-se temps per a ella mateixa, aprendre a cuidar més dels seus, deixar-se cuidar pels qui l'estimen, valorar els petits esdeveniments que abans no hagués ni donat importància...

A vegades, després del xoc que provoca que un desconegut et doni una notícia, com: *“després de veure els resultats de la biòpsia, vostè pateix un càncer de mama i cal operar”*, poden aflorar sentiments de ràbia com li va passar a la **Laura**. Segons Yalom (1977)¹³, *“l’ira és un és un tema persistent en aquest tipus de pacients i caldrà valorar quan és justificada i quan és mal dirigida”*. A l’inici, la Laura ho considerava el resultat de moltes injustícies i sentia com el personal mèdic la tractaven amb certa condescendència quan ella els hi plantejava la possibilitat de fer teràpies alternatives abans d’anar directament a aquests tractaments tan agressius. Ella considera que el grup la va ajudar a afrontar aquests sentiments de ràbia i impotència, animant-la a expressar els seus sentiments i ajudant-la a desenvolupar tècniques adaptatives que elles havien emprat.

7. CONCLUSIONS

Poder parlar dels problemes en grup és una bona eina per a trencar el silenci i parlar obertament de la malaltia sense fingir falses esperances o fer veure que no els hi està passant res, sols perquè els del voltant no es preocupin. Segons Mettler (1947)¹⁴, *“la consideració dels efectes psicològics del càncer no és nova i ja es va relacionar el tumor de mama amb la malenconia”*. Aquest filòsof relacionava l’aparició de càncer de pit en la dona amb l’ humor característic de les dones depressives. Actualment, ens referim a la relació entre càncer i psicologia, quan parlem de l’impacte que suposa aquesta malaltia per al pacient i el seu entorn, amb els tractaments que disminuiran en certa mesura la seva qualitat de vida.

Els tests i les entrevistes ens han servit per a reafirmar la hipòtesis inicial del treball, on dèiem que el **Càncer de Mama** (com la majoria de malalties greus i amb tractaments agressius) **fa augmentar l’ansietat de qui ho pateix**, sense arribar a ser patològic, com

¹³ Yalom, I. D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books

¹⁴ Mettler, C.C. y Mettler, F.A. (1947). *History of Medicine*, Blakiston, Philadelphia.

hem reflectit en els resultats del Test HADS, un test que valora l'ansietat i depressió de persones de forma fàcil i pràctica.

La segona hipòtesis, **el coneixement disminueix l'estrès**, l'hem pogut corroborar a partir dels qüestionaris que els hi hem aplicat a les dones, on valoraven molt positivament les sessions psicoeducatives per la utilitat que n'havien tret. Moltes d'elles que durant el tractament preguntaven molt i necessitaven saber el que aniria passant, cosa que en alguns casos notaven que els professionals no els dedicaven prou temps a les explicacions. La majoria d'elles està contenta amb el tracte que han rebut del personal que els ha atès i entenen que la sanitat pública té els temps de visita molt marcats i els metges han d'explicar allò més indispensable, sense entrar en detall en alguns casos. No obstant, el fet de marxar de la consulta amb dubtes sense resoldre, els ha provocat estrès i ansietat en determinades ocasions.

La tercera hipòtesis que ens vam marcar, **compartir les angoixes ajuda a sentir-se millor**, podem dir que ha estat confirmada per les dones del grup de suport de forma qualitativa a partir de les entrevistes, però no tenim dades quantitatives per a fer aquesta afirmació. En aquest apartat ens hem basat en les opinions que elles exposaven al final de cada sessió, quan marxava el professional i tractaven els temes que els preocupaven en grup, sempre moderats per la psicooncòloga.

Com a quarta hipòtesis i no menys important, podem afirmar que **els grups de suport les enforteixen emocionalment**, ja que és quelcom que ens han transmès elles en les diferents entrevistes, tant si estaven en un procés inicial de la malaltia com al final d'aquest llarg camí que té com a objectiu, la curació. El fet que puguin expressar sense embuts el que senten en qualsevol moment o les seves angoixes més íntimes, és quelcom que els hi dóna un cert grau de llibertat per a ser elles mateixes i afrontar les seves pors.

En definitiva, podem dir que de les dones que han començat els grups de suport, els quatre als quals jo he pogut assistir en diferents punts de la província de Girona, cap d'elles ha deixat de venir si no era perquè la malaltia o els tractaments li ho impediën. Aquest fet, denota com a elles els hi influeix de forma positiva el contacte amb les altres dones afectades i al llarg de les sessions, veiem com es van enfortint a l'hora d'afrontar i parlar de temes delicats com la mort o la malaltia.

6. VALORACIO GENERAL

El càncer és un conjunt de patologies que impliquen tots els nivells assistencials i especialitats sanitàries, on la demanda va creixent. En les persones afectades, a part dels tractaments individuals, les modificacions de conducta són més fàcils en els tractaments grupals, ja que ofereixen avantatges amb la disminució de temps i de l'esforç del professional pel fet de tractar amb mateix temps amb un grup de persones amb la mateixa patologia i inquietuds semblants. L'objectiu que em vaig marcar en aquest treball va ser poder demostrar d'una forma més objectiva que els grups de suport són quelcom que pot ajudar a les dones a fer preguntes sobre allò que els crea angoixa i a sentir-se part d'un grup que ha passat per un problema semblant. Amb aquesta finalitat, es va valorar quines eren les seves inquietuds, semblances i diferències entre les seves opinions respecte als grups.

L'avaluació psicològica en oncologia és complicada pel compromís que pateix el pacient i no tenim uns tests determinats, ja que no pateixen cap trastorn sinó una malaltia que comporta una situació de vida estressant. Tot i això, sabem que els trastorns més freqüents són els d'ansietat i depressió, que poden arribar a dificultar el tractament degut al pessimisme, la baixa autoestima, els sentiments de solitud o la desesperança. Per a evitar la confusió entre la simptomatologia pròpia del càncer i els aspectes cognitius, un dels tests més utilitzats i que nosaltres hem emprat en aquesta cerca, és el test HADS.

A part, tenim altres qüestionaris per a valorar la qualitat de vida de les nostres pacients i poder incidir més allà on veiem que tenen més afectat, en les dones entrevistades hem emprat el SF-36. D'aquesta forma, podem valorar també quin és el tipus d'afrontament de les dones i fins a quin punt arriben les seves preocupacions, en funció de l'autoeficàcia percebuda i com elles perceben que controlen la situació. La qualitat de vida té sentit avaluar-la de manera comparativa, abans i després del tractament, en funció de les diferents variables per a poder obtenir-ne més informació. Com que per aquest treball no podia fer una avaluació tan exhaustiva, ja que la majoria de les dones del grup van venir quan ja estaven en ple tractament, vaig decidir fer-ho de forma comparativa en dones que estaven en diferents moments, a fi de poder valorar com canviaven els valors. Hem tingut en compte que no és una comparativa exacte, perquè les dones tenen valors i creences diferents, però el fet que tinguin gairebé la mateixa edat i que vinguin d'un entorn socioeconòmic semblant, ens ha facilitat aquesta comparativa.

Al principi, vaig pensar que la teràpia de grup podria arribar a tenir un efecte negatiu sobre algunes dones quan es comencessin a tractar temes com la mort o les recaigudes, però en funció que passaven els dies vaig anar observant que la cohesió del grup feia que es pogués tractar qualsevol tema des d'una visió completament normal, com un tema més relacionat amb el càncer. La meua sorpresa fou descobrir com una de les funcions més importants del grup era desdramatitzar la malaltia i les seves conseqüències, com un espai on es podia parlar de la vida i la mort com una part més del procés humà.

A tothom li agrada pensar que viu en un univers ordenat i racional, per aquest motiu quan rebem una notícia com el diagnòstic de càncer, el primer que pensem és en un càstig o en si tenim la culpa nosaltres, enlloc de pensar que forma part del caos i de l'atzar. Aquesta actitud d'autocrítica o autoinculpació s'ha d'intentar treballar i disminuir amb la família, els amics i en cas que ens pertoca, compartint aquests sentiments amb les dones del grup de suport. En moments com aquests, elles es fixen molt en el comportament de la gent del seu entorn, ja que alguns encara tracten el càncer com una malaltia tabú o un càstig, fet pel qual les seves relacions socials seran reduïdes a l'hora d'abordar aquest tema.

Alguns pacients se sotmeten a una activitat frenètica per a camuflar els sentiments de dolor i com a psicòlegs hem de saber distingir aquesta hiperactivitat, fent-li veure que aquesta estratègia no és la més efectiva i cal expressar les emocions per a treballar les pors i angoixes.

Personalment, estic molt contenta d'haver escollit aquest tema pel meu Treball de Final de Grau, ja que m'ha servit per involucrar-me molt més i ampliar els aprenentatges sobre aquest tema tan dur i interessant alhora. Ara me'n adono que gràcies a aquestes dones tan valentes amb les que he pogut treballar, m'han ajudat a fer un creixement personal i valorar les petites coses d'una altra manera, com elles m'han intentat transmetre. En alguns moments, tinc la sensació de que enlloc de fer un treball de cerca, he estat amb elles com una participant més dels grups de suport i aquest sentiment de pertànyer al grup, m'ha donat molta força per a seguir treballant en aquest àmbit quan acabi els meus estudis i valorar-ne la seva gran utilitat, on cadascuna n'ha obtingut la part que més necessitava.

8. BIBLIOGRAFIA

Álvarez, J.A. (1998) *El Cáncer, proceso oncológico*. León: Imprenta moderna

Barrajón, E. (2006) *El cáncer, proceso oncológico integral*. Leon: Ed. J Alfonso Alvarez Rodríguez, 2ª ed. p.45-57

Bowlby J (1980). *Loss: Sadness & Depression*. Attachment and Loss (vol. 3); (International psycho-analytical library no.109). London: Hogarth Press

Filibert, A. et al. (1989) *Oncología clínica: aspectos psicológicos*. DOLOR Vol. 4, nº 2 1989, págs. 93-96.

Gil Roales-Nieto, J. (1997). *Manual de Psicología de la Salud*. Granada: Némesis

Lopez-Lara, F, y González,C. (1999) *Manual de Oncología Clínica*. Valladolid:Universidad de Valladolid.

Lovejoy ,N. y Matteis,M. (1997) *Cognitive-behavioural interventions to manage depression in patients with cancer: research an theoretical initiatives*. Página 155. Revista CANCER NURSING Volume 20 Number 3, June 1997.

Martínez, J.L., Faba, G y Evoli, L. (2007,0ctubre) *Boletín de practica medica, Cancer de mama*. México: Instituto Nacional de Salud.

Mettler, C.C. y Mettler, F.A. (1947).*History of Medicine*, Blakiston, Philadelphia.

Ringler,K., Withman, H., Gustafson, J. i Coleman, F.(1981) *Technical advances in leading a cancer patient group*. International Journal of group psychotherapy 31(3): 329-44

Rogers, C. (1957): "The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change" en *Journal Consulting Psychology*, (21).

Robles, R. et al. (2009) *Despresión y ansiedad en mujeres con càncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social*. Revista Psicooncologia, vol.6, núm 1, 2009, pp.191-201

Rodríguez López, M.J. et al. (1990) *Asistencia continuada en el enfermo oncológico terminal*. Revista DOLOR Vol. 5, nº 3, 1990, pág. 123-127.

Romaní Costa, V. (2010) *Mujeres mayores, cáncer de mama y soporte social*. Support Care Cancer. 2010; 18:1521-1530.

Salas Zapata, C. (2009) *Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, inscritas en los programas de tratamiento oncológico*. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Swan, G.E.; Carmelli, D.; Dame, A.; Rosenman, R.H. y Spielberger, C.D. (1992). *The Rationality/Emotional Defensiveness Scale-II Convergent and discriminant correlational analysis in males and females with and without cáncer*. Journal of Psychosomatic Research, 36(4): 349-359.

Taylor, P.; Abrams, D. y Hewstone, M. (1988): *Cáncer, stress and personality: A correlational investigation of life-sensitization and locus of control*. British Journal of Medical Psychological, 61: 179-183.

Temoshock,L.(1987). *Personality, copingstyle, emotion and cáncer: Towards an integrative model*. Cáncer Surveys,6, 545-567.

Ufema, RN. (1998) *Como hablar a los pacientes moribundos*. Revista NURSING, Pág 21.

Vaimberg, R. (2012) *Psicoterapia de grupo*. Barcelona: Octaedro

Vallejo, M.A. (1998) *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson psicología

Vilagut, G. et al.(2006) *El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos*. Unidad de investigación de servicios sanitarios. Barcelona: IMIM

Wilson, K.G. i Luciano, M.C. (2007) *Terapia de aceptacion y compromiso*. Madrid: Psicología Pirámide.

Wolberg, L.R. (1988) *Group and therapy family*. USA: Brunner Publishers.

Yalom, I. D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books

Zuniga, M.A. et al. (1998) *Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México*. Centro de investigaciones, Universidad Autonoma de Yucatán, Mexico.

9. ANNEX

9.1 QÜESTIONARI D'INICI DEL GRUP DE SUPORT

Nom i cognoms:
Edat:
Adreça:
Correu electrònic:
Telèfon:

Tipus d'Intervenció quirúrgica:

- Tumorectomia
- Mastectomia

Data de la intervenció:.....

Tractament posterior:

- Quimioteràpia
- Radioteràpia
- Teràpia Hormonal

Durada dels tractaments:.....

Data de la finalització:.....

Si ja has acabat, et sents totalment recuperada?

0.Gens	1	2	3	4	5	6	7	8	9.Molt
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------

Has tingut tota la informació necessària durant el procés?

Qui ha estat el teu professional de referència?

Quins aspectes de la teva vida creus que han quedat alterats?



9.2 ENQUESTA SOBRE EL GRUP DE SUPORT

EDAT: _____

Tractament Actual:

Quimioteràpia	Radioteràpia	Teràpia Hormonal
---------------	--------------	------------------

Quina valoració en fas de les diferents sessions respecte a la utilitat que n'has tret?

1. FISIOTERAPEUTA

Gens-0	1	2	3	4	5	6	7	8	9-Molt
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------

2. NUTRICIONISTA

Gens-0	1	2	3	4	5	6	7	8	9-Molt
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------

3. ONCÒLOGA

Gens-0	1	2	3	4	5	6	7	8	9-Molt
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------

4. GINECÒLEG

Gens-0	1	2	3	4	5	6	7	8	9-Molt
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------

5. RADIOTERAPEUTA

Gens-0	1	2	3	4	5	6	7	8	9-Molt
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------

6. SEXUALITAT

Gens-0	1	2	3	4	5	6	7	8	9-Molt
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------

7. TERAPIA DEL RIURE

Gens-0	1	2	3	4	5	6	7	8	9-Molt
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------

9.3 COMPROMÍS DE CONFIDENCIALITAT DE DADES

La senyoraCRISTINA PENA LAROMAINE....., amb NIF 7791720D

DECLARO:

1. Que he rebut de..... les dades de caràcter personal relatives a la realització al Treball de Final de Grau de Psicologia de la UOC, anomenat *Els Grups de Suport enforteixen emocionalment les dones amb Càncer de Mama*.
2. Que les dades esmentades s'utilitzaran exclusivament per al treball esmentat.
3. Que les dades que rebo es tractaran de manera adequada i pertinent, i no s'utilitzaran per a finalitats diferents de les indicades, ni es cediran a terceres persones.
4. Que les dades, un cop hagin estat emprades per a les finalitats esmentades, es retornaran o, si escau, es destruiran.

Girona a 2 de maig de 2013.

Signatura

9.4 PREGUNTES DE L'ENTREVISTA

- Quants anys tens? Tens fills?
- A què et dediques?
- Tens o has tingut problemes per dormir o falta de gana?
- Creus que la malaltia t'ha canviat la forma de veure les coses?
- Tens dificultat en parlat de la malaltia?
- Com et sembla que han reaccionat els del teu entorn?
- Has disminuït les relacions socials des del diagnòstic? Estàs còmode en grup?
- Et vas plantejar no fer la quimioteràpia o la radioteràpia?
- El malestar que et provoca el tractament et fa sentir trista? Varia segons l'hora del dia?
- Què creus que et preocupa més actualment?
- Et sembla que hauries de millorar alguna cosa del teu comportament o de com valorar la malaltia?
- Respecte als grups de suport, creus que són positius?
- Creus que compartir aquestes experiències amb dones que han passat pel mateix pot ser beneficiós?
- El fet de tenir més coneixement sobre la malaltia, els tractament, la nutrició... et disminueix o t'augmenta l'ansietat?
- Hauries fet el mateix sense aquestes sessions psicoeducatives? Com les valores?

9.4 TRIPTIC: A L'ONCOLLIGA NO ESTAS SOLA

oncolliga't

iii

FUNDACIÓ ONCOLLIGA GIRONA

Carrer Illa Fuerteventura, 10 · 17007 Girona
Tel. 972 224 963 · Fax 972 411 105
www.oncolligagirona.cat
ae: fundacio@oncolligagirona.cat

GRUPS DE SUPORT
A ONCOLLIGA NO ESTÀS SOLA

iii
FUNDACIÓ ONCOLLIGA GIRONA
Lliga catalana d'ajuda al malalt de càncer

Fotografia: Steve Garforth / Absolute Art. Contingut: Núria Agudo

Els grups estan pensats per a dones afectades de càncer femení (mama, ginecològic...).

L'objectiu principal dels nostres grups és el d'EMPODERAR les dones a través d'un intercanvi de les experiències pròpies, i així guanyar confiança, seguretat, força, autonomia i poder.

Participar en els grups és positiu per a les dones amb càncer que volen expressar com se senten després del diagnòstic de la malaltia, conèixer altres dones que estan en la seva situació i compartir els problemes físics i psicològics per saber com afrontar-los.

Els grups aporten informació i en cada reunió es parla de temes triats per les dones assistents. Cada sessió tracta d'un tema diferent, sempre dirigit per professionals en el camp de la medicina, psicologia, infermeria, dietètica... que ofereixen el seu suport i coneixement tècnic.

Tipus de Grup

Grup d'inici: Sessions quinzenals d'acollida i informatives. Cada sessió està dirigida per una psicòloga, que fa el seguiment i promou la dinàmica del grup, i per diferents professionals. Té una durada d'uns cinc-sis mesos, amb la possibilitat de passar al grup de continuació.

Grup de continuació: Sessions mensuals. Les persones encarregades de portar aquest grup són dones afectades de càncer, que realitzen aquesta tasca voluntàriament, sempre després d'haver rebut una formació específica. Té una durada indefinida, és un grup obert.

Telèfon: 972 22 49 63

