



UNIVERSITAT DE VIC  
UNIVERSITAT CENTRAL  
DE CATALUNYA

# **La vida després del càncer, el repte de tornar a començar: afrontament i Mindfulness**

## **“Treball Final de Grau en Psicologia”**

**Bagó, Desplans i Núria**

Assignatura: Treball Final de Grau

Tutora: Maria Dolores Riesco Miranda

Curs: 4rt del Grau de Psicologia

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya (UVIC - UCC)

15 de maig del 2015

*M'agradaria expressar un sincer agraïment a la Maria Dolores Riesco Miranda, tutora d'aquest present treball final de grau, per a la seva significativa implicació; a la professional de la Psicooncologia, per haver-me ajudat a construir aquest projecte i per haver-lo seguit des de molt a prop fins al final; a la professional de l'Oncologia, al professional de la Psicologia, i al professional de l'estadística, per haver-me ajudat també desinteressadament; i finalment a les dones que han superat el càncer i que han contribuït en la realització d'aquest treball.*

**Resum:**

En aquest estudi ens centrarem en investigar quins factors faran que les dones amb càncer de mama puguin acabar experimentant o no creixement posttraumàtic (CPT) després dels tractaments. A part de fer una entrevista a una professional de la Psicooncologia, també explorarem a través de qüestionaris, quines són les estratègies d'afrontament utilitzades per les dones de la nostra mostra una vegada finalitzada la malaltia, i quina relació hi ha entre aquestes amb l'ansietat, la depressió i el creixement posttraumàtic. També estudiarem si existeix algun tipus de correlació entre aquests resultats i certes variables sociodemogràfiques. Finalment, parlarem del Mindfulness com una estratègia per a promoure el creixement posttraumàtic. Els resultats, doncs, ens mostraran quines estratègies d'afrontament i quins aspectes de la persona porten aquesta a experimentar un determinat nivell d'ansietat, depressió i creixement posttraumàtic. Considerem que si haguéssim disposat d'una mostra més gran, hi hauria hagut més resultats estadísticament significatius, ja que mitjançant les narratives que ens oferien les pacients de forma voluntària, vam poder apreciar la seva capacitat de resiliència tot i el malestar emocional del que també ens informaven haver experimentat durant els tractaments.

\*Paraules clau: càncer de mama / estils d'afrontament / ansietat / depressió / creixement posttraumàtic / Mindfulness

**Abstract**

This paper studies the factors that contribute to post-traumatic growth after breast cancer treatment. Besides interviewing a psycho-oncology professional, we also use survey data to analyze the coping strategies used by women in our sample: we study the relationship between these strategies and anxiety, depression and post-traumatic growth. We also investigate if there is any correlation between these results and certain sociodemographic factors. Finally, we talk about Mindfulness as a strategy to promote posttraumatic growth. The results allow us to better understand how coping strategies and sociodemographic factors contribute to anxiety, depression and post-traumatic growth. We believe that if we had used a larger sample, there would be more statistically significant results.

\*Keywords: breast cancer / coping styles / anxiety / depression / posttraumatic growth / Mindfulness

# Índex

0. Introducció .....	5
PART TEÒRICA .....	8
1. Què és el càncer de mama?.....	8
2. Quines són les diferents etapes de la malaltia oncològica i els aspectes psicològics de la persona en cada una d'elles .....	8
3. Després del càncer .....	13
4. Estils i estratègies d'afrontament després del càncer .....	17
5. Què és el Mindfulness? .....	21
6. És el Mindfulness una teràpia útil a utilitzar una vegada la persona ha finalitzat el tractament oncològic, justament per afavorir el creixement posttraumàtic i poder viure millor amb la incertesa? .....	26
PART PRÀCTICA .....	29
7. Disseny de investigació .....	29
7.1. Objectius i hipòtesis.....	29
7.2. Metodologia .....	30
7.2.1. Tipus d'estudi .....	30
7.2.2. Tipus de mostra.....	30
7.3. Participants .....	31
7.4. Aspectes ètics .....	31
7.5. Material i instruments .....	32
7.6. Procediment de recollida i anàlisi de dades .....	35
8. Discussió de resultats.....	36
8.1. Discussió dels resultats de l'entrevista amb la professional.....	37
8.2. Discussió dels resultats dels qüestionaris .....	38
8.2.1. Estratègies d'afrontament .....	38
8.2.2. Ansietat, depressió i resultats generals del Hospital Anxiety and Depression Scale i del Posttraumatic Growth Inventory .....	41
8.2.3. Variables sociodemogràfiques .....	41

8.2.3. Escales Posttraumatic Growth Inventory .....	44
9. Conclusions .....	45
9.1. Conclusions generals .....	45
9.2. Limitacions i possibilitats .....	47
10. Bibliografia i webgrafia.....	49
10.1. Bibliografia .....	49
10.2. Webgrafia .....	51

## 0. Introducció

El càncer no és una malaltia, sinó un conjunt de malalties en les que algunes cèl·lules del cos es reproduïxen de forma incontrolada, provocant problemes en el seu lloc d'origen o en altres teixits i òrgans en els que també poden crear-hi altres tumors (metàstasis).

Aquesta malaltia suposa la principal causa de mort al món. En aquest treball ens centrarem més concretament amb el càncer de mama. Aquesta forma part dels cinc tipus de càncer amb una taxa de mortalitat més elevada, i també és el tumor més incident entre les dones (OMS, 2014).

No obstant, la idea que vull transmetre als lectors d'aquest treball, és que la paraula càncer no és un sinònim de mort sinó de lluita, ja que són moltes les persones que han rebut tractaments eficaços i que han superat amb èxit la malaltia (Barroilhet, Forjaz & Garrido, 2005).

És per aquest motiu que he decidit basar aquest treball en les supervivents de càncer de mama, concretament, en el moment en què finalitzen el període de tractament i han de tornar a adaptar-se a la vida que tenien abans d'emmalaltir.

La persona supervivent de càncer és "tota aquella persona diagnosticada de càncer des del moment del seu diagnòstic i durant tota la seva vida" (National Cancer Institute, 2014).

Constitueix un interès preferent per a mi realitzar el treball final de grau (TFG) sobre aquest tema, ja que la Psicooncologia és un dels àmbits als que em voldria dedicar en la meua futura vida professional. A més, penso que tant la malaltia com el període que he escollit, és un àmbit de intervenció molt important per part del psicòleg, ja que la reacció que té una persona davant el diagnòstic de càncer sempre és la de impacte, però les reaccions que poden sorgir després dels tractaments d'aquesta malaltia, podem trobar-les dins d'un ventall molt extens de possibilitats.

L'objectiu principal d'aquest treball, respondre a la següent pregunta: quins seran els aspectes que faran que la persona acabi experimentant un grau més o menys elevat de creixement posttraumàtic després del càncer de mama?

Com a objectius específics, quins són els estils d'afrontament més utilitzats, i estudiar quina relació hi ha entre aquests amb l'ansietat i la depressió i el creixement posttraumàtic, per tal de després poder saber quina relació hi ha entre els resultats obtinguts i les variables sociodemogràfiques.

He formulat les següents hipòtesis:

#### **Hipòtesis principals:**

- Un tipus d'afrontament actiu i la negació provoquen menys ansietat i depressió.
- Amb un tipus d'afrontament actiu hi ha més probabilitats d'experimentar creixement posttraumàtic.
- Quant més creixement posttraumàtic, menys ansietat i depressió.

#### **Hipòtesis específiques:**

- Com més jove sigui la persona menys complicat serà el creixement posttraumàtic.
- Com més nivell acadèmic més fàcil serà el creixement posttraumàtic.
- Si es té parella és menys difícil aconseguir un creixement posttraumàtic.
- El fet d'estar activa laboralment facilita el creixement posttraumàtic.
- Quants menys tractaments hagi rebut la persona menys ansietat i depressió presentarà.
- Les persones que hagin rebut quimioteràpia, radioteràpia o ambdós tractaments, presentaran més ansietat i desenvoluparan més creixement posttraumàtic.

L'estructura del treball que es presenta a continuació s'organitza en tres blocs:

El primer bloc, fa referència a un apartat teòric en el que es realitza una recerca de informació per tal de poder desenvolupar una revisió teòrica de què és el càncer de mama, i quines són les diferents etapes de la malaltia oncològica, així com els aspectes psicològics de la persona en cadascuna d'elles, per a posteriorment poder-me centrar en el període de després dels tractaments. També revisaré quins són els

estils i les estratègies d'afrontament que pot utilitzar la persona per a fer front a aquest període. Posteriorment, veurem què és el Mindfulness, la qual cosa ens permetrà poder veure després la relació que hi ha entre els canvis que experimenten les persones amb el creixement posttraumàtic, concepte realitzat per Tedeschi, Park i Calhoun a finals dels anys 90, i l'actitud que fomenta el Mindfulness, ja que penso que entrenar la ment amb Mindfulness pot promoure el creixement posttraumàtic en els supervivents de càncer, i per tant la seva qualitat de vida, un tema molt abordat per a la Psicooncologia, Psicologia Oncològica o Oncologia Psicosocial, una branca de la Medicina i de la Psicologia que estudia la influència dels aspectes psicològics del càncer en els pacients i les persones del seu entorn, oferint-los suport al llarg de tota la malaltia.

El segon bloc, fa referència a l'apartat pràctic en el que s'expliquen els objectius plantejats i les hipòtesis que m'han motivat per a la recerca d'aquest estudi, la metodologia utilitzada, els participants de la mostra, els aspectes ètics tinguts en compte, el material i els instruments emprats, i el procés seguit per a dur a terme la recollida de dades.

I ja per acabar, en el tercer bloc, mostraré els resultats recollits a partir de l'anàlisi de dades, que em permetran iniciar un debat de discussió de resultats per a després treure'n unes conclusions tot contrastant els resultats amb les hipòtesis del treball i amb la teoria elaborada. Finalment, indicaré quins són els possibles aspectes a millorar pel que fa a l'elaboració d'aquest projecte, juntament amb possibles estudis posteriors.



## **PART TEÒRICA**

Tal i com hem senyalat en la introducció, començarem el treball fent una revisió de què és el càncer de mama i de les diferents etapes de la malaltia oncològica per a poder-nos centrar en el període de després dels tractaments. Posteriorment, parlarem de les estratègies d'afrontament, i finalment ens centrarem en el Mindfulness i en la relació que té aquest amb el creixement posttraumàtic.

### **1. Què és el càncer de mama?**

El càncer de mama és un tumor maligne que s'inicia en el teixit de la glàndula mamària, és a dir, en les cèl·lules del pit. Tot i que es desconeixen les seves causes, el estudis mostren que hi ha tot una sèrie de riscos que fan que hi hagi dones amb més probabilitats de desenvolupar-lo, com per exemple, superar els cinquanta anys d'edat i tenir algun familiar de primer grau amb aquesta mateixa malaltia. Els símptomes més freqüents per a detectar-lo són: l'aparició d'un nòdul al pit o a l'aixella, que un pit canviï de mida o que apareguin irregularitats en el seu contorn, modificacions en el mugró o canvis en la pell del pit. Pot diagnosticar-se mitjançant una exploració física, una mamografia, una ecografia, una biòpsia i/o una Resonància Magnètica Nuclear (RMN).

### **2. Quines són les diferents etapes de la malaltia oncològica i els aspectes psicològics de la persona en cada una d'elles**

El període que va des de les primeres mutacions de les cèl·lules fins a la fase terminal (la mort) es coneix com a història natural. No obstant, nosaltres no explicarem la fase final de la vida, ja que l'objectiu d'aquest treballar és arribar a la superació del càncer per a després poder parlar del període de després dels tractaments.

1. El diagnòstic de càncer en si és una situació traumàtica, difícil de digerir, que apareix de forma sobtada i que desorganitza a la persona cognitivament. No

només es percep com una amenaça per a ser inesperat, sinó també per a la inevitable associació que es fa del càncer amb el dolor i la mort. Inicialment, doncs, hi ha una gran turmenta emocional i els sentiments més freqüents són: l'angoixa, la irritabilitat, la desesperació, la ira, la por, la impotència i la tristesa.

Elisabeth Kubler-Ross (2001) va elaborar una teoria coneguda com a "*teoria per etapes*", en la que argumenta un enfocament explicatiu dels processos pels quals passa un pacient oncològic des que és diagnosticat fins que accepta la malaltia. Així, doncs, en aquest període de temps la persona pot passar per cinc etapes emocionals: **negació** (defensa personal davant la idea de mort), **ira** (el pacient té assumit el diagnòstic i busca un culpable, sentiments de impotència i desesperança, por, rumiació, ràbia, sentiments de culpa, confusió), **negociació** (negociació de la mort amb entitats divines), **depressió** (ja no nega la malaltia i creu que morirà) i finalment **acceptació** (hi ha esperança de seguir vivint, no hi ha angoixa, hi ha tranquil·litat i el que vol la persona és no patir). L'objectiu de l'acceptació del diagnòstic és que la persona pugui sobreposar-se a l'impacte que aquest produeix i pugui reorganitzar-se per tal d'aconseguir un afrontament adequat.

2. Existeixen diferents tractaments estàndards possibles pels pacients amb càncer, i cada un d'ells actua de manera diferent per a destruir les cèl·lules cancerígenes. L'objectiu de tots ells, és el de poder pal·liar la malaltia. Mitjançant el treball multidisciplinar: oncòlegs, cirurgians, experts en patologia mamària, ginecòlegs i radioterapeutes, s'investiga quin és el tractament més eficaç per a cada cas, ja que cada persona és única i per tant, és imprescindible estudiar quina resposta personal podrà donar cada una d'elles davant les diferents modalitats de tractaments existents, tenint en compte que cada càncer necessita un tractament específic per a ell, depenent de quina sigui la seva ubicació, mida, fase del tumor i la salut general del pacient. Depenent de tots aquests factors, la persona podrà rebre un o varis d'aquests tractaments.

- **Cirurgia o Intervenció Quirúrgica (IQ):** consisteix en l'extirpació del teixit cancerós acompanyat de 1-2 cm del teixit sa, dels voltants i dels ganglis de l'aixella corresponents. Els efectes secundaris poden ser molt variables i poden ser transitoris com la sensibilitat de la pell de la zona operada, o permanents com l'eliminació d'un pit.

- **Radioteràpia:** pot utilitzar-se com a tractament únic o combinar-se amb la cirurgia o la quimioteràpia. El seu objectiu és reduir o destruir les cèl·lules malignes d'una zona específica, utilitzant rajos d'alta energia per tal de reduir la mida del tumor abans de la cirurgia o destruir les cèl·lules que puguin quedar després d'aquesta. Degut a que tot i que la radioteràpia està dirigida a les cèl·lules tumorals, també pot afectar als teixits propers a aquestes, i és per això que poden aparèixer efectes secundaris com fatiga, pèrdua del pel, i alteracions de la pell.
- **Quimioteràpia:** és un dels tractaments més utilitzats i complementa els tractaments locals de cirurgia i radioteràpia. Combina diferents fàrmacs que degut a que són tòxics per a les cèl·lules cancerígenes, les elimina o evita que es reproduïxin. Aquests s'utilitzen de forma seqüencial, així que cada una d'aquestes seqüències es coneix com a cicle de tractament. Pot realitzar-se abans o després de la cirurgia o durant al radioteràpia. Té una durada d'entre quatre i sis mesos. El motiu pel qual la quimioteràpia té efectes negatius, és perquè aquests medicaments també influeixen sobre les cèl·lules normals. Els efectes secundaris més freqüents són els vòmits, el cansament i la caiguda del cabell.
- **Teràpia hormonal o hormonoteràpia:** s'utilitzen aquests medicaments únicament amb el càncer de mama amb receptors d'hormones positives, és a dir, quan les hormones sexuals afavoreixen el seu creixement (tumor hormonodependent). En aquests casos, doncs, degut a que les cèl·lules que han originat el càncer de mama conserven la capacitat de respondre als canvis hormonaals, mitjançant aquests medicaments es poden veure atacades si s'elimina o es modifica la quantitat d'hormones que estimulen el seu desenvolupament. Alguns dels seus efectes secundaris són: augment de la temperatura corporal, nerviosisme i dolors articulars. El tractament hormonal no pot combinar-se amb la quimioteràpia, sinó que s'ha d'esperar a acabar la quimioteràpia per a després començar-lo. En canvi, sí que pot combinar-se amb la radioteràpia.

- **Teràpia biològica, teràpia dirigida o teràpia biològica dirigida:** s'utilitza quan el gen HER2 no funciona bé i fa moltes còpies de si mateix produint una sobreexpressió de proteïnes HER2 per la superfície de les cèl·lules tumorals, la qual cosa fa que les cèl·lules mamaríes creixin i es divideixen incontroladament. Aquests casos s'anomenen HER2 positius. Els fàrmacs que s'utilitzen actuen sobre les cèl·lules malignes i no sobre les sanes, interferint en la seva capacitat de creixement fent que el tumor quedi automàticament bloquejat i deixi de créixer. Té menys efectes secundaris i aquests solen ser similars als processos de refredat i grip. Trobem dos tipus de teràpia biològica dirigida: els anticossos monoclonals (substàncies que tenen l'objectiu d'atacar un determinat lloc de la superfície de les cèl·lules del càncer, i des d'aquí atacar la proteïna que està generant el creixement de les cèl·lules canceroses) i les vacunes (intenten tractar el càncer ensenyant a les defenses del cos a identificar les cèl·lules malignes i a atacar-les).

En general, la simptomatologia que poden causar aquests diferents tractaments són: alteracions en l'estat d'ànim, labilitat emocional, irritabilitat, dificultats atencional i de concentració, alteració del son, astènia, disminució de l'autoestima, i pèrdua de la identitat personal (Ignacio & Garrido, 2006)

3. Al finalitzar els tractaments, la persona ha de sotmetre's a contínues i periòdiques revisions mèdiques, que molt possiblement, viu amb alts nivells d'ansietat. Les revisions ordinàries tenen lloc cada tres mesos el primer any, cada tres o sis mesos el segon i tercer any depenent del risc de recidiva, cada sis mesos al quart any, i cada deu anys a partir del cinquè any. L'objectiu d'aquest pla de seguiment serà explorar si hi ha hagut una recidiva de la malaltia. El pla de seguiment que es seguirà dependrà del tipus de càncer, del tractament rebut i de la salut general de la persona.

Davant d'aquest seguiment es denoten dificultats psicològiques activant-se una intensa por a una possible recaiguda, sent les reaccions d'ansietat i depressió molt més intenses que en l'etapa anterior (Shavelson, 1988; Dhomont, 1988). Els supervivents de càncer, troben que aquest és el moment més òptim per a començar a canviar els seus hàbits de vida per altres de més saludables (cuidar l'alimentació, fer exercici...).

Totes les persones tenen la seva pròpia estructura mental o cognitiva que engloba variis esquemes els quals estan localitzats al nostre cervell en circuits neuronals de la memòria, i són el resultat del desenvolupament biològic (temperament) i de les experiències d'aprenentatge de la persona (caràcter). No obstant, aquests esquemes no són còpies del què ha passat, sinó de com nosaltres ho hem experimentat. "Els esquemes poden considerar-se com models interns sobre aspectes del self i del món, que els individus utilitzen per percebre, codificar, i recuperar la informació. Es van desenvolupant a través de nombroses experiències particulars i són adaptatius des del moment en què faciliten un processament de la informació més eficaç" (Robins & Hayas, 1997). Amb el concepte de ment humana ens referim a aquests esquemes, a aquest funcionament mental. Cada persona interpreta el món segons la seva estructura mental, i per tant, aquesta determina com vivim i reaccionem davant dels esdeveniments en els quals podem utilitzar uns mecanismes de defensa específics.

Quan la persona és diagnosticada de càncer, aquest suposa una amenaça per la seva estructura mental o vida emocional. L'afectació de la persona dependrà de si té un esquema mental més fràgil o més fort, és a dir, de la seva història personal, com també del tipus de situació traumàtica i de les situacions que l'envolten en el moment actual. Davant d'aquest esdeveniment traumàtic, la persona pot reaccionar amb sentiments de por i desesperança que la poden portar a experimentar un canvi en el seu funcionament, i que li facin minvar les seves creences cap a un mateix (seguretat, confiança...), cap als altres (comunicació, intimitat...) i cap al món (objectius...).

El càncer també genera un alt impacte emocional en la família i en tots aquells que es troben al voltant del pacient. Per tant, també es pot originar una crisi dins l'àmbit familiar, ja que aquests han d'assumir el rol de cuidar del pacient, la qual cosa, els pot provocar un important desgast tant psíquic com fisiològic.

Per a reconstruir els seus esquemes mentals, la persona pot passar per un procés d'adaptació i d'assimilació, que la poden portar a desenvolupar una crisi existencial que desencadenarà estrès, negació i un procés de rumiació constructiva amb una recerca de significat dins d'una gran incertesa i vulnerabilitat personal. Aquest pensament rumiador és dolorós, però alhora, és un component imprescindible per a facilitar posteriorment el creixement posttraumàtic (Tedeschi & Calhoun, 1998; Janoff-Bulman, 1992), i per tant, a llarg termini, acaba sent un element positiu.

L'adaptació de la persona a la malaltia dependrà tant de factors mèdics (fase de la malaltia, tractaments realitzats, pronòstic, possibilitat de rehabilitació, relació amb l'equip mèdic...), com de factors psicològics (personalitat, suport emocional i social, estressors externs...). Una adaptació positiva l'afavorirà una percepció positiva de la vida, disposar de suficient informació sobre el tractament, que el seu equip mèdic l'aporti confiança, tenir suport social, que les seves creences tinguin sentit, etc.

El diagnòstic i el tractament del càncer poden ser entesos com un esdeveniment traumàtic, degut a que impliquen un perill per a la pròpia vida al representar una amenaça per a la integritat física de la persona (APA, 1995). És per això, que algunes persones davant d'aquesta situació poden arribar a desenvolupar una patologia (alts nivells d'estrès emocional, trastorns adaptatius, trastorns depressius, trastorns d'ansietat i trastorns d'estrès posttraumàtic), degut a que el nou esquema que creen és desadaptatiu. Per tant, es considera la patologia com el resultat d'una alteració en el funcionament dels significats personals de la persona. En altres persones, aquests processos cognitius les poden portar a experimentar amb el temps canvis positius d'un mateix, amb els demés i amb la vida, és a dir, un creixement posttraumàtic. En aquests casos, el nou esquema mental que es crea és adaptatiu (Cordova & cols, 2006).

### **3. Després del càncer**

En aquest apartat explicarem com les persones que s'afronten a aquesta malaltia entesa com a traumàtica, poden en molts casos experimentar un creixement posttraumàtic després d'aquesta l'experiència. Descriurem el concepte de creixement posttraumàtic i el que comporta aquest en la persona a nivell personal, explicarem els trets de la personalitat que faciliten que la persona pugui originar conseqüències positives d'un esdeveniment negatiu com aquest, i finalment explicarem les teories més importants que tracten d'explicar aquest fenomen per a enllaçar-nos al següent apartat d'estils i estratègies d'afrontament.

El creixement posttraumàtic, és el "canvi positiu que un individu experimenta com a resultat del procés de lluita que emprèn a partir de la vivència d'un succés traumàtic" (Calhoun & Tedeschi, 1999). Tot i que la resposta més freqüent després del càncer és

el dolor, també hi ha persones que són capaces de veure aspectes positius en el procés de lluita que han desenvolupat.

El càncer és una experiència que altera el curs de vida de la persona. Els canvis que es puguin produir, dependran de varis factors que portaran a la persona cap a un deteriorament o cap a un creixement posttraumàtic (Rodríguez et al., 2011). Hi ha una sèrie de factors que ajuden a predir un futur creixement posttraumàtic com són: la interpretació del què ha passat com un repte, l'espiritualitat, el suport social, l'extraversió i l'obertura a l'experiència, l'optimisme, el plor i la capacitat d'acceptar gradualment allò que es viu, l'elaboració de narracions, i la decisió de realitzar una recerca activa i voluntària del creixement posttraumàtic.

La salut mental en els supervivents de càncer s'avalua en funció del grau de patiment emocional i de respostes psicològiques positives. No obstant, el malestar emocional i el creixement posttraumàtic no són incompatibles (Park, 1998; Calhoun & Tedeschi, 2000). De fet, moltes de les persones que experimenten aquest creixement continuen tenint emocions negatives com tristesa, ira, culpa, irritabilitat, por a la recidiva i inseguretats. Per experimentar un creixement, doncs, és necessària la coexistència d'emocions positives i negatives, ja que sinó, no podria donar-se aquest, ja que la persona no podria fer aquesta transformació. Diem, doncs, que és necessari un cert nivell d'estrès perquè es pugui arribar a presentar creixement posttraumàtic, i per tant, la persona necessita un cert temps per aquest procés d'adaptació (Calhoun & Tedeschi, 1999).

Gran part dels supervivents de càncer, després de la malaltia tornen a recuperar el seu equilibri, i refereixen apreciar més la vida i haver millorat la seva autoestima. Així, doncs, les persones després d'haver viscut un càncer (vivència traumàtica) poden realitzar un creixement a nivell personal i desenvolupar un nou sentit a la seva vida. Nombrosos estudis han trobat un major creixement posttraumàtic en pacients que han tingut un càncer, que en persones sanes (Rodríguez et al., 2011).

Degut a que el creixement posttraumàtic suposa un canvi en els esquemes cognitius de la persona i en la seva manera de percebre la realitat, podem categoritzar els canvis positius experimentats per a la persona en (Calhoun, Park & Tedeschi, 1996):

- **Canvis en un mateix:** major sentiment de força, augment de l'autoestima i major capacitat per a afrontar-se a possibles futures dificultats. No obstant, ens tornem a trobar amb una coexistència amb un sentiment de vulnerabilitat de pensar que pot tornar a passar en qualsevol moment (Tedeschi & Calhoun, 2004).
- **Canvis en les relacions interpersonals:** es veuen enfortides les relacions amb els altres, i és habitual que la família estigui més unida que abans de l'experiència, potser també ha augmentat la necessitat de compartir els fets experimentats i la necessitat de demanar ajuda, i per tant, un augment de la recerca de suport social (McMillen, Smith & Fischer, 1997)
- **Canvis en l'espiritualitat i en la filosofia de vida:** una major valoració del que és, un canvi de prioritats separant el que és important del que és secundari, i una major apreciació dels detalls (Calhoun, Park & Tedeschi, 1996).

També cal dir, que no sembla haver-hi relació entre el temps que ha passat des de l'esdeveniment traumàtic i el creixement posttraumàtic. No obstant, les conseqüències positives poden no ser immediates, i sorgir amb el temps quan la persona veu l'episodi viscut amb una certa distància temporal. Tot i així, al cap d'un any i mig, aproximadament, la persona ja no sol créixer més personalment com a conseqüència del càncer (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Existeixen determinats trets de la personalitat que faciliten l'aparició de canvis positius després del càncer:

- **Característiques del fet traumàtic:** que es produeixi creixement posttraumàtic depèn més de com la persona ha viscut l'experiència, que de l'experiència en si (Briere & Elliot, 2000). No obstant, perquè hi hagi creixement posttraumàtic, la situació viscuda ha d'haver estat tan intensa que ha hagut de fer minvar els esquemes bàsics de la persona, per tal que aquesta pugui fer un procés de reconstrucció (Tedeschi & Calhoun, 2004), i per tant, com més nivell d'amenaça percebi la persona, més possibilitats hi haurà que experimenti aquest creixement.



- **Variables sociodemogràfiques:** les dones experimenten majors nivells de creixement que els homes (Calhoun & Tedeschi, 2006; Thornton & cols, 2006; Jaarsma & cols, 2006). Pel què fa a l'edat, les persones joves presenten una major probabilitat d'experimentar aquest creixement pel fet que els seus esquemes cognitius sobre si mateixos i el món no estan tant consolidats, i per tant poden ser més receptius als canvis (Tedeschi & Calhoun, 1996; Thornton & cols., 2006). Els estudis demostren que un major nivell d'educació i ingressos també promou el creixement posttraumàtic (Updegraff, 2002).
- **Trets de la personalitat i estils cognitius:** les persones que presenten activitat, emocions positives (optimisme disposicional i constructiu de pensar que en el futur hi haurà més esdeveniments positius que negatius, pels recursos que utilitzaràs per a manejar cada una de les situacions en les que et trobaràs) i obertura als sentiments, presenten més probabilitats d'experimentar pensaments i emocions positives en situacions difícils, i com a conseqüència, també tenen més probabilitats de posar en joc una reestructuració cognitiva posttraumàtica (Tedeschi i Calhoun, 2004). La presència d'aspectes emocionals positius, està més relacionada amb el creixement posttraumàtic que l'absència d'emocions negatives (Vázquez, Hervás & Pérez-Sales, 2006).
- **Expressió de l'afecte:** parlar sobre els fets viscuts amb altres persones i no evitar parlar sobre el tema que preocupa o escriure-ho en un diari (Ullrich & Lutgendorf, 2002), té efectes beneficiosos en l'estat anímic de la persona, i inclús amb el temps s'associa positivament amb el creixement posttraumàtic (Nolen-Hoeksema & Larson, 1999).
- **Recolzament social i estratègies d'afrontament:** pel què fa al suport social, els estudis diuen que el fet d'estar amb parella fomenta el creixement posttraumàtic, ja que aquesta suposa una font de suport molt important. El suport social promou el creixement posttraumàtic, de la mateixa manera que un creixement posttraumàtic també fomentarà una major recerca de suport social (Linley & Joseph, 2004).

Un dels factors més importants del creixement posttraumàtic són les estratègies d'afrontament. És tant important, pel fet que aquest creixement el podem entendre de dues maneres diferents (Zoellner & Maercker, 2006):

- **Com un resultat:** el subjecte posa en funcionament una sèrie d'estratègies d'afrontament que el porten a acabar beneficiant-se de la seva experiència (Schaefer & Moos, 1992, 1998; Tedeschi & Calhoun, 1995, 2004).
- **Com un procés:** el subjecte utilitza un creixement personal com una estratègia d'afrontament per a trobar un benefici per afrontar la seva experiència (Park, 1998).

#### 4. Estils i estratègies d'afrontament després del càncer

L'objectiu d'aquest apartat és realitzar una explicació sobre els mecanismes que posa en funcionament la persona davant d'una situació percebuda com a amenaçant, diferenciant els conceptes d'estils i estratègies d'afrontament, i fer una revisió dels estudis que ho han analitzat, per a investigar quins mecanismes són més o menys adaptatius una vegada finalitzats els tractaments pel càncer.

Un fet traumàtic s'ha concebut com "tota aquella experiència humana extrema que constitueix una amenaça greu per a la integritat física d'una persona i davant la que aquesta ha respòs amb temor, desesperança i horror intensos" (APA, 2000). Els fets traumàtics fan que les persones hagin de posar en joc diferents mecanismes que els permetin adaptar-se a la nova situació, i aquests són els anomenats estils d'afrontament que són "els pensaments i les creences que la persona utilitza per a resoldre o modificar el que li provoca malestar, i canviar així la seva resposta emocional davant el problema" (Folkman & Cols, 1993).

En l'afrontament a l'estrès, és important que diferenciem entre estils i estratègies d'afrontament. Els estils d'afrontament són les predisposicions personals de cada persona per a fer front als esdeveniments, i dependrà d'aquests que la persona tingui preferència en les estratègies d'afrontament a utilitzar, les quals fan referència a "tots aquells esforços cognitius i conductuals, constantment canviant, que un individu posa en marxa per manegar les demandes específiques externes i/o internes que són avaluades com a excedents o desbordants dels seus recursos" (Lazarus i Folkman,

1986). Així, doncs, l'estil de personalitat de la persona predisposa a uns determinats estils d'afrontament (Carver, 1989), i si aquests són estables, les estratègies d'afrontament que escollirà utilitzar també ho seran (Houtman, 1990). Per tant, les respostes psicològiques que aquest tipus de pacient desenvolupi davant el càncer, serà determinant per a la seva qualitat de vida, per a realitzar un adequat ajust vital i per a la seva qualitat de vida (Greer & Watson, 1987). Aquesta actitud és independent dels indicadors biològics de la malaltia.

Seguint amb els estils de l'afrontament, trobarem els podem diferenciar segons el mètode utilitzat, la focalització i l'activitat mobilitzada. Com a mètodes a utilitzar, trobem un afrontament actiu (mobilitzar esforços per a trobar una solució al problema), passiu (no fer res) i d'evitació (fugir de la situació).

Segons on focalitzem l'afrontament, per una banda trobem els estils d'afrontament dirigits als problemes (intentar resoldre'ls, buscar ajuda d'altres persones, pal·liar o evitar els seus efectes negatius...), i per altra banda, trobem els estils d'afrontament dirigits a les emocions negatives d'ansietat i depressió (eliminar-les o reduir la seva intensitat, prevenir la seva aparició, realitzar tècniques de relaxació...). Els pacients oncològics, normalment han d'aplicar estratègies dirigides a ambdós factors, tot i que generalment el càncer exigeix a la persona un major esforç en l'ús d'estratègies dirigides a les emocions (Lazarus & Folkman, 1985).

Finalment trobem diferents estils d'afrontaments segons l'activitat mobilitzada en l'afrontament: estil d'afrontament cognitiu (esforços cognitius) i estil d'afrontament conductual (esforços de comportament).

S'han descrit cinc models d'afrontament davant del càncer (Watson, 1988):

- **Esperit de lluita:** la persona entén la malaltia com un repte, quelcom que potencia un optimisme cap al futur i fa que adopti un paper actiu en la seva recuperació.
- **Desesperança:** la persona veu la malaltia com una gran amenaça, la qual cosa fa que tingui una visió pessimista de la vida i que no intenti fer-li front.
- **Preocupació ansiosa:** la persona considera la malaltia com una gran amenaça i mostra alts nivells d'ansietat respecte el futur.
- **Fatalisme:** la persona veu la malaltia com una amenaça mitja, i com que considera que no la pot controlar, l'accepta i es mostra tranquil·la.

- **Evitació o negació:** degut a que la persona nega la gravetat de la malaltia, això fa que no la vegi com una amenaça i per tant es mostra optimista i tranquil·la.

Una vegada finalitzat el tractament, la persona inicia una nova etapa en la seva vida en la que l'objectiu primordial serà el d'abordar una recuperació tant física com psicològica. En aquesta etapa, doncs, igual que en l'anterior, també poden aparèixer emocions d'elevada intensitat. La manera com la persona visqui aquesta nova etapa dependrà significativament dels tractaments realitzats, de la intensitat de l'experiència viscuda (Tedeschi & Calhoun, 2006), i del control que la persona hagi tingut de la malaltia al llarg de tota la seva evolució. Diversos estudis han demostrat que els pacients amb càncer de mama que se'ls ha administrat quimioteràpia en comptes de teràpia local (cirurgia o radioteràpia), eren més propensos a experimentar un empitjorament en la seva qualitat de vida pel què fa al seu funcionament físic i social (Rodríguez et al., 2011).

Vinculat amb aquesta nova etapa, la persona també ha de començar a enfrontar-se a alguns nous reptes. Alguns d'ells són el de reassumir certes responsabilitats en les que ara podrà sentir-se insegura en les seves possibilitats, i el d'haver de suportar possibles efectes secundaris productes dels tractaments rebuts. Un dels aspectes que provoca més incomoditat en la persona en aquests instants, és la incertesa cap al futur en relació a si els tractaments hauran estat afectius. La persona també deixa de tenir aquest contacte continu amb els professionals, la qual cosa farà que s'hagi d'enfrontar més autònomament a les noves circumstàncies. Aquest és un motiu pel qual algunes persones, tot i haver superat el càncer, no volen abandonar la vida de pacient per tal de no perdre el rol social que han tingut fins abans de recuperar-se, per la valoració positiva que fan de l'ajut que han rebut dels altres fins llavors (Tamblay & Bañados, 2004).

Justament per anar integrant tots aquests canvis, la persona necessita passar per un procés d'adaptació (Holland, 1990). Pel què fa a les actituds que adopti la persona al llarg d'aquest procés d'adaptació a la nova situació, els estudis demostren que l'acceptació i l'estat d'ànim positiu provoquen menys patiment en la persona, a diferència de l'evitació (Carver, 1993) i l'actitud pessimista, que contràriament influeixen negativament en la qualitat de vida general de la persona (Carver, 1994). Els estudis també han comprovat que l'expressió emocional té una influència positiva per a combatre l'estrès. En relació a l'estrès, també s'ha comprovat que hi ha una relació entre aquest, la personalitat i l'afrontament, ja que les estratègies d'afrontament

utilitzades per a manejar l'estrès, són una part molt rellevant de la personalitat i un factor determinant en la qualitat de vida de la persona.

Existeixen diferents estils d'afrontament adaptatius, com són el cas de l'afrontament actiu, l'ús d'estratègies d'afrontament centrades en les relacions interpersonals, l'humor, la religió, la realització d'una interpretació positiva dels esdeveniments, l'autodistracció i l'acceptació. Els estudis han demostrat que l'afrontament de negació també és un predictor del creixement posttraumàtic, de la mateixa manera que també ho són l'estil atribucional (les dones que atribueixen les causes dels esdeveniments positius a factors interns i estables tendeixen a desenvolupar un creixement més posttraumàtic (Ho, Chan, Yau, Yeung, 2011)), l'espiritualitat, la reavaluació de la visió del món, i la disposició afectiva positiva.

Quantes més estratègies d'afrontament adaptatives es posin en joc, més possibilitats tindrà la persona de trobar suport tant intern com extern, d'augmentar el seu locus de control i la seva percepció d'autoeficàcia en l'afrontament de l'estrès, etc, (Cooper et al., 1982). Com a conseqüència, més possibilitats tindrà d'acabar experimentant un creixement posttraumàtic. Pel què fa a aquest creixement, la majoria de les persones que el desenvolupen, refereixen que l'experiència del càncer, i per tant el fet d'haver tingut la mort a prop, els ha fet canviar com a persones, en el sentit de no donar tanta importància a les seves preocupacions o desacords com abans. També expliquen com gaudeixen més plenament dels plaers quotidians. En aquests casos, el càncer els ha comportat conseqüències positives, ja que són persones que han estat capaces d'aprendre i beneficiar-se de la seva experiència.

Tenint en compte que hi ha estils d'afrontament més adients que d'altres per a aconseguir una adaptació a la situació, aquest és un camp en el que la tasca del psicòleg resulta molt important, ja que ha d'orientar a la persona en l'ús d'estratègies adequades, evitant-ne d'altres com el sentiment de culpa cap a un mateix, que li generarien un efecte psicològic negatiu i psicopatològicament significatiu, actuant com un element estressor crònic i podria provocar un deteriorament immunològic (Rodríguez et al., 2011). Alhora de fer aquest assessorament, el psicòleg també haurà de tenir en compte que en aquest procés d'adaptació pel que hem explicat que ha de passar la persona, no només hi intervé la variable d'afrontament, sinó que també hi estan implicades i en constant interacció l'ambient i les variables cognitives pròpies de la persona. Per tant, hem de tenir en compte les seves diferències individuals.

## 5. Què és el Mindfulness?

En aquest apartat explicarem quins són els antecedents del Mindfulness, introduïrem els seus coneixements bàsics i també farem un repàs de les teràpies en les que s'inclouen tècniques de Mindfulness. Seguidament explicarem la lent metafòrica del Mindfulness i finalment els canvis neurològics que pot provocar la seva pràctica en els meditadors.

“Mindfulness és la paraula que tradueix el terme sati de l'idioma pali que significa consciència, atenció i record” (Siegel & cols, 2009). És una tècnica meditativa del Budisme, una pràctica tradicional de la medicina oriental, que cada vegada s'ha anat integrant més en la medicina i la psicologia occidental, sobretot dins el camp de la Psicologia Cognitiva (Walsh, 1980). “Mindfulness significa prestar atenció de forma especial: intencionadament, en el moment present i sense jutjar” (Jon Kabat-Zinn, 2003). Mindfulness, atenció conscient o atenció plena, fa referència a prendre consciència de les diferents parts de la nostra experiència en el moment present. Fa referència a ser conscients de com ens movem, sentim (corporal i mentalment) i responem davant de cada fet.

El Mindfulness és una tècnica d'exposició amb prevenció de resposta. Practicar Mindfulness és útil quan hi ha un estat emocional baix (no deprimat) per tal de tallar el pensament i evitar la rumiació. Solem funcionar amb una ment discursiva i rumiadora saltant d'un pensament a un altre i sempre relacionats amb el passat i el futur. Aquesta és l'anomenada ment de mono i és la que no ens permet estar al present que és on té lloc la vida (Simón, 2011). En aquest cas, l'objectiu del Mindfulness és no imaginar i estar sempre pendents de l'experiència directa, ja que entenem que el passat i el futur no són reals, sinó activitat neuronal.

Quan practiquem Mindfulness, l'hemisferi que es troba en major funcionament és el dret, ja que és la part vivencial, emocional. Trobem dues xarxes cerebrals:

- **Xarxa neuronal per defecte o emoció** que augmenta la seva activació quan estem en respòs, i és la xarxa que es troba en funcionament quan estem practicant Mindfulness i distraïem la nostra atenció del focus d'atenció principal (ment de mono). Aquesta xarxa inclou l'escorça medial prefrontal, l'esforça cingulada

posterior, el lòbul parietal inferior, l'escorça temporal lateral, l'escorça prefrontal dorsomedial i l'hipocamp.

- **Xarxa neuronal vivencial** que augmenta la seva activació quan estem totalment concentrats en la pràctica del Mindfulness. Aquesta xarxa inclou l'escorça dorsolateral.

Mindfulness és un conjunt de tècniques que s'han anat integrant dins d'algunes de les teràpies de la tercera generació de la Teràpia Cognitiva - Conductual (TCC) dels anys 90. En l'àmbit psicoterapèutic, la primera teràpia que va incloure aquestes tècniques va ser la Teràpia Dialèctica Conductual (DBT) (Linehan, 1993). En aquesta teràpia es practica el Mindfulness per l'entrenament en habilitats interpersonals, per a la regulació d'emocions, la tolerància al malestar i la consciència plena. També s'utilitza amb l'objectiu que la persona s'accepti a si mateixa tal i com és.

Sis anys més tard van incloure's tècniques de Mindfulness en la Teràpia d'Acceptació i Compromís (ACT) (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). L'objectiu d'aquesta és observar i acceptar (no evitar) les emocions, les sensacions i els pensaments tal i com són sense voler-los modificar. L'acceptació radical i completa tant mental, emocional i corporal com conductual, és un concepte essencial en Mindfulness. Pel que fa el dolor, s'entén que aquest no es pot evitar i que la seva acceptació comporta una tristesa saludable.

Mitjançant el Mindfulness podem incrementar el que es coneix com a *Mindsight*, que fa referència a la capacitat de la nostra ment per a contemplar-se a si mateixa. És una lent metafòrica, mitjançant la qual podem comprendre el nostre jo interior amb més claredat, modificar el nostre cervell i millorar la nostra relació amb els altres (Siegel, 2012).

Aquesta lent està recolzada per un trípede i cada una de les seves potes representa:

- **Obertura:** ser receptius i acceptar les coses tal i com són sense transformar-les segons com ens agradaria que fossin. El Mindfulness pretén que no hi hagi gens de resistència independentment de si allò ens agrada o no. Estant oberts abandonem la tendència que tenim a dominar la nostra consciència.
  - **Bases cerebrals:** per una banda hi ha el processament de dalt a baix (*top down*) conegut com a processament guiat pels conceptes, ja que disposem d'esquemes

que hem anat formant a partir de l'experiència els quals ens fan desenvolupar expectatives davant dels fets amb significat. Aquest processament té lloc en la rutina del dia a dia. Per altra banda, trobem el processament de baix a dalt (*bottom up*) conegut com a processament dirigit per les dades. Aquest tipus de processament, entra en funcionament de forma inconscient quan ens trobem davant d'una situació desconeguda per nosaltres, ja que no tenim esquemes previs per a fer comparacions. Quan practiquem Mindfulness estem processant de baix a dalt, ja que la nostra atenció és més plena i això ens permet ser més conscients de la realitat i recordar millor els detalls. En aquest tipus de processament, el temps també passa més lent (Engel, Fries & Singer, 2001).

- **Objectivitat:** un pensament o un sentiment no defineixen la nostra identitat, només són processos mentals que van i venen. El que experimentem en la consciència és només quelcom d'aquell precís moment.
  - **Bases cerebrals:** l'escorça orbitofrontal, medial, cingulada anterior i ventrolateral intervenen en l'objectivitat i la consciència d'un mateix.
  
- **Observació:** una vegada hem estat receptius a les nostres activitats mentals en la forma pura en la que apareixen i les hem distingit de la nostra consciència i de la nostra identitat, ja només ens queda parlar del narrador, que és qui ho experimenta.
  - **Bases cerebrals:** aquest narrador és l'hemisferi esquerra. Existeix un impuls de integració bilateral que ens permet traslladar l'activitat elèctrica del cervell de l'hemisferi dret, que és el que s'ocupa de les representacions autobiogràfiques, a l'hemisferi esquerra, que és el que explicarà el que hem viscut d'una manera lineal, lògica i lingüística, sense jutjar, sense reactivitat, actuant amb consciència i podent descriure amb paraules el nostre món interior.

Aquests tres conceptes, són els que formen el trípod que subjecte la lent del Mindsight. No obstant, després de l'observació, i per tant després de notar i només notar la nostra experiència, ens queden dos processos pendents

- **Descriure:** posar paraules a l'experiència. La interpretació que fem dels nostres pensaments no són fets, sinó que són els estímuls més la nostra història personal. Descriure és simplement classificar, etiquetar, i no jutjar, ja que jutjar significa observar un fet i afegir-li una avaluació de "bo" o "dolent".



- **Participar:** formar part de l'experiència. Participar requereix que ment i cos actuïn conjuntament, fent que un es converteixi en l'activitat. És involucrar-se completament amb l'activitat, estant en tot moment en ella unint ment i cos perquè ambdós estiguin presents. L'autèntica participació, implica alliberar-se de l'autoconsciència, de les preocupacions i dels temors. Això ho aconseguirem sent afectius i reconeixent la situació tal i com aquesta és i no tal i com ens agradaria que fos, ja que pensar en com hauria de ser no canvia el que realment és i precisament això és el que s'ha de resoldre.

Tot aquest procés de meditació argumentat serveix per a crear una bona base per a arribar a l'objectiu final del Mindfulness, que és arribar a la compassió o bondat amorosa, és a dir, a tenir empatia, simpatia, amor, altruisme i llàstima cap als altres, i a l'autocompassió, que fa referència a donar-nos a nosaltres la mateixa cura que donem als altres quan pateixen (Simón, 2012).

Després d'haver desenvolupat una revisió sobre els conceptes més rellevants del Mindfulness, anem a veure quina influència té el seu entrenament a nivell cerebral, és a dir, quina relació hi ha entre el Mindfulness i la plasticitat cerebral que "es refereix a la capacitat del sistema nerviós per a canviar la seva estructura i el seu funcionament al llarg de la vida com a reacció a la diversitat de l'entorn" (Kolb, Mohamed & Gibb, 2011).

S'ha demostrat com només practicant Mindfulness durant vuit setmanes ja hi ha canvis a nivell neuronal. No obstant, els estudis també han comprovat com l'estructura cerebral dels meditadors veterans deixa d'experimentar canvis i aquests es converteixen en permanents. Els principals canvis observats tenen a veure amb un increment del gruix de l'escorça cerebral i amb un augment de l'activitat cerebral en l'hemisferi esquerra (asimetria cerebral). Això succeeix degut a una disposició afectiva, a un augment de reactivitat davant els estímuls emocionals positius, i a una major habilitat per afrontar i suprimir l'afecte dels estímuls percebuts com a negatius (Davidson et al., 2003). També es detecta una reducció del sistema nerviós simpàtic degut a la respiració diafragmàtica que es practica durant l'entrenament en Mindfulness.

Varies investigacions, mitjançant imatges extretes per tècniques de neuroimatge estructural i funcional, han detectat com practicar Mindfulness comporta canvis en l'estructura cerebral. Han detectat, doncs, que genera un alt impacte en el **sistema**

**límbic**, centre de les emocions en el cervell, en concret redueix l'activitat de l'**amígdala**, implicada en el temor, l'emoció i la resposta davant l'estrès, la qual cosa fa que la persona sigui menys propensa a la depressió i a l'ansietat. Aquesta reducció s'associa a que la persona percep menys nivell d'estrès (Herwig et al., 2007). De fet, han comprovat com redueix la substància gris de l'amígdala i augmenta la substància gris de l'hipocamp, el qual també forma part del sistema límbic, i és conegut per la seva importància en l'aprenentatge, la memòria, l'autoconsciència, la compassió i la introspecció.

També s'ha detectat com al mateix moment incrementa la capacitat de l'escorça **prefrontal medial** (responsable del control últim de la cognició, la conducta i l'activitat emocional, el que rep la denominació de funcions executives), concretament la capacitat de l'**escorça cingulada anterior**, implicada en el processament motivacional i en el control de l'atenció sostinguda. Aquest increment és degut a que el subjecte mostra una major estabilitat emocional i una menor reactivitat (Simón, 2006).

## **6. És el Mindfulness una teràpia útil a utilitzar una vegada la persona ha finalitzat el tractament oncològic, justament per afavorir el creixement posttraumàtic i poder viure millor amb la incertesa?**

Després de desenvolupar una breu introducció respecte el Mindfulness en el tractament de càncer, explicarem quins programes de intervenció l'inclouen tenint en compte les seves similituds i diferències, i l'eficàcia que tenen com a tractament, i finalment farem una revisió dels efectes del Mindfulness a nivell fisiològic.

La majoria d'estudis de Mindfulness són de depressió, càncer, ansietat i dolor. La meditació no és eficaç en el tractament del càncer, però sí que pot ajudar a millorar la qualitat de vida de la persona. Hi ha elements que no podem modificar com el dolor o la malaltia, no obstant, tenim la possibilitat de poder-nos adonar de com reaccionem i responem davant els esdeveniments, i conseqüentment utilitzar estratègies amb l'objectiu de modificar la relació que tenim amb aquests.

El programa de Reducció de l'Estrès Basat en Atenció Plena (MBSR) és un tipus de intervenció terapèutica científicament validada, desenvolupada pel Dr. Jon Kabat-Zinn a la Clínica de Reducció d'estrès de la Universitat de Massachussets al 1979. Consisteix en un programa educatiu (no és un tractament psicològic en si) de vuit setmanes seguides de durada, en les que la persona ha de centrar la seva atenció en l'aquí i l'ara, sense jutjar el moment, ni deixar-se portar pels pensaments i les emocions del moment, la qual cosa produeix una regulació fisiològica de l'excés d'activació emocional.

El Dr. Jon Kabat-Zinn va crear aquest programa dins d'un entorn mèdic per a reduir l'estrès en aquells pacients amb malalties físiques i dolor crònic. Amb els anys, però, és un mètode que ha tingut molt èxit en múltiples sectors. Els pioners en utilitzar-ho en pacients oncològics van ser Carlson i Speca l'any 2000.

L'objectiu d'aquest programa és reduir l'impacte emocional que provoca la malaltia en la persona, i de fet, ha demostrat ser efectiu per a reduir les alteracions de l'estat d'ànim, l'estrès, la depressió, l'ansietat, l'astènia, el dolor físic, l'evitació i la por a la reincidència. Les evidències acumulades fins al moment, també demostren que és una

tècnica efectiva per a tenir més energia, més humor, un millor funcionament físic, una millor qualitat del son, una millor eficiència mental, millor atenció i una situació de relaxació del cos suficient per calmar la ment. Així, doncs, és ideal per a incrementar la sensació de benestar i la salut psicològica de la persona, i per tant, perquè aquesta tingui una millor qualitat de vida (Rodríguez et al., 2011). No obstant, no és segur que totes les persones puguin seguir aquest programa degut a l'alta implicació atencional que requereix (León et al., 2013).

S'ha demostrat que el Programa de Reducció de l'Estrès Basat en Atenció Plena, és més eficaç que la psicoeducació per a reduir el malestar psicològic associat a l'estrès que pateixen les persones, tant si es troben en fase de tractament com si ja l'han finalitzat (León et al., 2013).

Varis estudis evidencien que el Mindfulness té una major efectivitat dins d'un model de intervenció clínica com és la Teràpia Cognitiva (TC), en el que es tenen en compte tots els aspectes del comportament de la persona (Vallejo & Ortega, 2007). És per això, que Segal, Williams & Teasdale (2003) van crear la Teràpia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT). Aquest programa té un objecte terapèutic a diferència del Programa de Reducció de l'Estrès Basat en Atenció Plena, que és un programa educatiu de suport. La Teràpia Cognitiva Basada en Mindfulness, és un programa d'entrenament en el que es barreja el programa desenvolupat pel Dr. Jon Kabat-Zinn amb la Teràpia Cognitiva, i també té una durada de vuit setmanes.

Aquest programa va crear-se amb l'objectiu d'evitar possibles recaigudes en la depressió en pacients amb episodis depressius recurrents, per tal d'ajudar-los a reconèixer els estats d'ànim negatius que els condueixen a tenir sentiments negatius. Pel què fa a la prevenció de recaigudes, aquest programa ha demostrat ser igual d'afectiu que la farmacologia (Kuyken et al., 2008) i significativament més eficaç que el tractament farmacològic per a la reducció dels símptomes depressius i la millora de la qualitat de vida (Williams & Penman, 2013).

Veiem, doncs, com podem diferenciar els dos programes, ja que el primer és més físic i el segon és més psicològic perquè té més en compte els pensaments. També podem diferenciar la Teràpia Cognitiva que s'utilitza en aquest programa de Teràpia Cognitiva Basada en Mindfulness del marc clàssic de la Teràpia Cognitiva, ja que en el primer no s'analitzen els pensaments distorsionats per a canviar-los, tal hi com pretén la segona.

El programa de Teràpia Cognitiva Basada en Mindfulness, no només és eficaç per a persones amb depressió, sinó que varis estudis han demostrat que també ho és per a reduir les possibles disfuncions sexuals després del càncer de mama, produint resultats positius pel que fa al desig sexual, l'excitació, l'orgasme, la satisfacció sexual i el benestar de la persona en aquest aspecte.

Altres estudis també demostren que els pacients que han rebut Teràpia Cognitiva Basada en Mindfulness durant el tractament, mostren millores significatives en els símptomes de malestar, i per tant una millor qualitat de vida en comparació als que no realitzen Mindfulness. S'ha demostrat que aquesta millora clínica es manté en el període de seguiment.

Després d'argumentar tots els beneficis que pot aportar el Mindfulness en la salut mental de la persona, considerem que també cal destacar que hi ha estudis que demostren que el Mindfulness també repercuteix positivament sobre paràmetres biològics: reducció dels nivells de cortisol, de la freqüència cardíaca i respiratòria, de les citoquinas, i augment de les cèl·lules "*natural Killers*" (NK) (Rodríguez et al. 2011).

Després de l'aprofundiment teòric que hem fet del Mindfulness en aquests dos darrers apartats, podem concloure que el fet que la vivència del càncer sigui percebuda com un creixement personal, fomenta que l'actitud de la persona davant la vida sigui molt similar al que es coneix com a viure amb atenció plena, i per tant el que canvia no és la realitat sinó la manera com la persona es relaciona amb aquesta (Rodríguez, 2011).

## **PART PRÀCTICA**

### **7. Disseny de investigació**

#### **7.1. Objectius i hipòtesis**

L'objectiu principal d'aquest treball, és investigar què és el que farà que la persona pugui acabar experimentant més o menys creixement posttraumàtic després del càncer. Com a objectius específics, volem explorar quins són els estils d'afrontament més utilitzats per a les supervivents de càncer de mama, i buscar quina relació existeix entre aquests amb l'ansietat i la depressió, i també amb el creixement posttraumàtic. Finalment, volem relacionar els resultats obtinguts dels diferents qüestionaris amb les següents variables sociodemogràfiques: l'edat, el nivell acadèmic, l'estat civil, la situació laboral actual, i els tractaments rebuts (sense comptar el tractament hormonal). No comptem el tractament hormonal, ja que de no ser així seria més complicat trobar a pacients, degut a la durada d'aquest.

##### **Hipòtesis principals:**

- Un tipus d'afrontament actiu i la negació provoquen menys ansietat i depressió.
- Amb un tipus d'afrontament actiu hi ha més probabilitats d'experimentar creixement posttraumàtic.
- Quant més creixement posttraumàtic, menys ansietat i depressió.

##### **Hipòtesis específiques:**

- Com més jove sigui la persona menys complicat serà el creixement posttraumàtic.
- Com més nivell acadèmic més fàcil serà el creixement posttraumàtic.
- Si es té parella és menys difícil aconseguir un creixement posttraumàtic.
- El fet d'estar activa laboralment facilita el creixement posttraumàtic.
- Quants menys tractaments hagi rebut la persona menys ansietat i depressió presentarà.
- Les persones que hagin rebut quimioteràpia, radioteràpia o ambdós tractaments, presentaran més ansietat i desenvoluparan més creixement posttraumàtic.

## **7.2. Metodologia**

### **7.2.1. Tipus d'estudi**

Aquest estudi es situa en el paradigma Positivista. Es tracta d'un disseny de investigació descriptiu o no experimental, correlacional i transversal. Concretament d'un disseny per enquestes, ja que el que volem és obtenir relacions entre variables, és a dir, que es tracta d'un estudi correlacional ja que el que pretenem és correlacionar variables entre elles per a després poder descriure prediccions del què passaria en la resta de la població.

És un estudi transversal, ja que ens interessa un període de temps determinat. Concretament ens interessa que les dones de la nostra mostra contestin als qüestionaris en relació a com estaven entre el primer any i el primer any i mig després d'acabar els possibles tractaments rebuts.

Està format per dues parts pràctiques diferents: la primera part consisteix en realitzar una entrevista a una professional de la Psicooncologia; i la segona part consisteix en passar un seguit de qüestionaris a dones que hagin superat el càncer de mama, després d'haver rebut un diagnòstic i d'haver passat per un o varis possibles tractaments.

### **7.2.2. Tipus de mostra**

La població diana de l'estudi són les dones que han superat el càncer de mama. Degut a que la població que forma part de la mostra d'aquest estudi no és relativament assumible, tenint en compte el nombre de casos total que hi ha de dones que han superat aquesta malaltia, el que fem nosaltres és treure una petita mostra de la població i després inferir sobre el què passaria en la població diana.

És una mostra no probabilística, ja que no tots els subjectes que formen part d'aquesta població tenen la mateixa oportunitat de formar-ne part. El nostre criteri d'exclusió era que no podien participar en l'estudi, aquelles persones que haguessin presentat un trastorn mental com a conseqüència del càncer. Vàrem fer un estudi de bola de neu, i per tant el que vam fer va ser buscar a persones que haguessin superat el càncer de mama, vam contactar amb elles i vam demanar-los si podien contactar amb altres

persones que també tinguessin aquesta característica, i que aquestes contactessin amb d'altres, i per tant hi van haver varies persones que van entrar dins d'aquest estudi accidentalment.

Gràcies a que l'estudi va ser aprovat pel comitè d'ètica d'un l'hospital, concretament del Consorci Hospitalari de Vic (CHV), vam poder extreure a pacients oncològiques que acudien per ser visitades en les unitats funcionals de consultes externes.

La variable dependent d'aquest estudi és el creixement posttraumàtic, i els aspectes que influeixin en ell (les dades sociodemogràfiques, els estils d'afrontament, l'ansietat i la depressió) són la variable independent amb quatre nivells, ja que dependrà d'aquests quatre aspectes que la persona experimenti creixement posttraumàtic després del càncer i de la intensitat amb el que desenvolupi aquest si n'és el cas.

### 7.3. Participants

La mostra d'aquest estudi és de 27 pacients totes del sexe femení i adultes (d'entre 35 i 66 anys). L'edat mitja dels participants, doncs és de 51,15. Per a la configuració de la mostra no hi ha cap home pel fet que només un 1% dels homes pateixen càncer de mama (INC, 2014), i per tant hagués estat molt complicat trobar una mostra de pes.

N	Vàlid	27
	Perduts	0
Mitja		51,15

### 7.4. Aspectes ètics

Després d'explicar-los els objectius de l'estudi a cada una de les pacients, se'ls va oferir participar en ell i les pacients que van accedir se'ls va oferir una fulla de consentiment informat en la que firmaven conforme es presentaven a aquell estudi voluntàriament, i en el que també s'informava sobre la confidencialitat i l'anonimat dels resultats dels qüestionaris passats, explicitant-los que aquests tenien un ús purament acadèmic. Les professionals de la Psicooncologia i l'Oncologia van seguir les mateixes pautes amb les seves respectives pacients per tal que hi hagués una homogeneïtat entre les participants.



## 7.5. Material i instruments

Els instruments de recollida de dades d'aquest disseny per enquesta són: l'entrevista i els qüestionaris.

Referent a l'entrevista realitzada a una professional de la Psicooncologia, degut a que el tema principal d'aquesta era el període de després del càncer de mama, va tractar-se d'una entrevista clínica, i és per aquest motiu que la seva estructura va ser la d'una entrevista semiestructurada. "Les entrevistes semiestructurades es basen en una guia d'assumptes o preguntes i l'entrevistador té la llibertat de introduir preguntes addicionals per a precisar conceptes o obtenir una major informació sobre els temes desitjats" (Hernández, 2002). Aquest tipus d'entrevista ens va ser molt útil, ja que la professional de la Psicooncologia va poder-se expressar amb una total llibertat en tot moment, ja que les respostes eren completament obertes.

També vam elaborar petits quaderns per a cada pacient, en els que s'inclouïa en primer lloc un qüestionari d'elaboració pròpia en el que hi havia una sèrie de preguntes de identificació per a recollir dades sociodemogràfiques de la persona, i en segon lloc tres qüestionaris els quals van ser ben acceptats i autoadministrats pels subjectes de la mostra. "Els qüestionaris són els instruments més utilitzats per a la recollida de dades. El qüestionari consisteix en una sèrie de preguntes respecte a una o varies variables a mesurar" (Hernández, 1991).

El qüestionari escollit per a la recollida de informació de la variable d'estratègies d'afrontament va ser el qüestionari **Coping Orientations to Problems Experienced (COPE)** (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; versió espanyola de Crespo & Cruzado, 2010) que és un inventari per a avaluar les diferents possibles respostes davant l'estrès. Està format per seixanta ítems que configuren quinze escales (Morán, Landero & González, 2010) i cada un d'ells està graduat del número 1 (no ho faig mai) al 4 (ho faig moltes vegades).

Aquest qüestionari, en termes generals, mesura l'afrontament segons (Turner, Bryant-Waugh, Peveler & Brucks, 2012): afrontament cognitiu centrat en el problema, afrontament conductual centrat en el problema, afrontament centrats en les emocions, evitació conductual, evitació cognitiva o consum d'alcohol o drogues.

Les estratègies d'afrontament que avalua són les següents (Morán; Landero & González, 2010):

- **Recerca de suport social** (ítems 4, 11, 14, 23, 30, 34, 45, i 52): buscar comprensió, simpatia i recolzament moral.
- **Religió** (ítems 7, 18, 48, i 60): utilitzar pràctiques religioses per obtenir suport social o per reinterpretar la situació.
- **Humor** (ítems 8, 20, 36, i 50): fer bromes de la situació.
- **Consum d'alcohol o drogues** (ítems 12, 26, 35, i 53): prendre alcohol o altres substàncies per a sentir-se millor o per ajudar a suportar la situació estressant.
- **Planificació i afrontament actiu** (ítems 19, 25, 32, 47, 56 i 58): pensar en quines accions realitzar per a reduir o eliminar l'estressor.
- **Abandonament dels esforços d'afrontament** (ítems 9, 24, i 37): reduir els esforços per a fer front a l'estrès.
- **Centrar-se en les emocions i desfogar-se** (ítems 5, 33, 42 i 55): centrar-se en el malestar i expressar-lo.
- **Acceptació** (ítems 13, 21, 44, i 54): acceptar que el què està passant és real.
- **Negació** (ítems 6, 27, 49, i 57): actuar com si el problema no existís.
- **Refrenar l'afrontament** (ítems 10, 22, 41, i 49): esperar l'oportunitat per a actuar sense precipitar-se.
- **Concentrar esforços per a solucionar la situació** (ítems 5, 33, 42, i 55): esforçar-se per a solucionar el problema.
- **Creixement personal** (ítems 1, i 59): intentar millorar i créixer a partir de la situació. Serà molt important no confondre el creixement personal (tipus d'afrontament utilitzat) del creixement posttraumàtic (resultat després d'un esdeveniment traumàtic).
- **Reinterpretació positiva** (ítems 29, 38 i 39): buscar la part positiva del problema.
- **Activitats distractores de la situació** (ítems 1, 15, i 43): intentar distreure's en altres coses per a no centrar-se en el problema.
- **Evadir-se** (ítems 16, 31 i 51): distreure's per a no pensar en el problema.

Per a la valoració de les variables d'ansietat i depressió, vam escollit el qüestionari **Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)** (Zigmoth & Snaith, 1983; versió espanyola de López-Roig & cal., 2000) que és un autoinforme de catorze ítems que avaluen simptomatologia d'ansietat i depressió amb dues subescales de set ítems cada una puntuades en una categoria de resposta de zero (res) a tres (molt) segons la

intensitat de la simptomatologia. És utilitzada en Psicooncologia per a avaluar el malestar emocional.

Finalment, vam escollir el qüestionari **Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)** (Tedeschi y Calhoun, 1996; versió espanyola de Costa & Gil, 2007) per a valorar el grau de creixement posttraumàtic. Aquest qüestionari permet valorar els canvis positius que pot experimentar la persona després de viure un esdeveniment que ha percebut com a traumàtic, en aquest cas el càncer de mama. És un qüestionari format per vint-i-un ítems amb format de resposta de tipus likert amb sis categories en un rang de puntuació de 0 (no canvi) a 5 (elevat grau de canvi) en el sentit que com més alta puntuació, més gran serà el canvi percebut.

Aquest qüestionari està constituït per cinc dimensions (Ochoa, 2013):

- **Relació amb els altres** (ítems 6, 8, 9, 15, 16, 20, i 21): revaloració de les altres persones, una major aproximació cap a elles, consciència de la necessitat de donar suport i de ser recolzat, i una major voluntat de compartir el seu afecte i les seves emocions amb les altres persones.
- **Canvis en la vida** (ítems 3, 7, 11, 14, i 17): noves prioritats, major obertura i nous interessos.
- **Percepció de si mateix** (ítems 4, 10, 12, i 19): un canvi positiu en la percepció d'un mateix, dels propis recursos i habilitats, i una major força personal, resistència davant l'adversitat i capacitat d'acceptar els resultats negatius.
- **Creences** (ítems 5 i 18): una major actitud empàtica i altruista cap als demés.
- **Sentit de la vida** (ítems 1, 2, i 13): un nou concepte de la vida i una major valoració d'ella.

Així, doncs, realitzarem un anàlisi correlacional entre les característiques sociodemogràfiques de cada pacient i els estils d'afrontament, l'ansietat i la depressió i el creixement posttraumàtic.

Pel què fa a aquesta part metodològica, ens ha servit de guia un estudi amb un disseny similar al nostre realitzat per Costa & Gil (2007), en el que també es varen recollir dades sociodemogràfiques dels pacients, i es van passar el Hospital Anxiety and Depression Scale i el Posttraumatic Growth Inventory. En aquest estudi es varen extreure els següents resultats: no apareixien relacions significatives entre l'edat i els beneficis percebuts després del càncer, el temps transcorregut des del diagnòstic

tampoc semblava influir en la quantitat de creixement posttraumàtic, els pacients que havien rebut quimioteràpia tendien a mostrar més puntuació en creixement posttraumàtic, de la mateixa manera que els que havien estat sotmesos a tractament de radioteràpia també presentaven més creixement que els que no hi havien estat tractats. Finalment també es va concloure que el malestar emocional d'ansietat i depressió no apareixia associat significativament amb el creixement posttraumàtic.

## 7.6. Procediment de recollida i anàlisi de dades

L'entrevista es va dur a terme al despatx de la professional de la Psicooncologia on només hi erem ella i jo. Una vegada realitzada, gràcies a que la vam poder registrar, posteriorment vam poder procedir a la seva transcripció. Seguidament, la vam haver d'analitzar de manera inductiva mitjançant un quadre de categories (consultar Annex 1) per a poder-ne extreure conclusions i realitzar una generalització dels resultats. Aquest quadre de categories està format per tres columnes: en la primera hi trobem la transcripció literal de les respostes proporcionades per a la professional, a la segona columna trobem les idees principals d'aquestes respostes, i en la tercera i última columna hi trobem les categories establertes a partir de les idees anteriors.

Pel què fa als quaderns que passavem a les pacients, uns els repartim nosaltres a les persones que coneixiem i que havíem conegut, concertant una cita amb elles per a explica'l-s'hi personalment el funcionament dels diferents qüestionaris, per tal de poder resoldre qualsevol dubte que poguessin presentar, i uns altres els repartien aquesta mateixa professional de la Psicooncologia i una seva companya, professional de l'Oncologia, a les seves pròpies pacients.

Els quaderns els vam repartir a principis de novembre i els vam recollir a finals de desembre per dos motius: primer perquè volíem deixar a les pacients un marge de temps considerable per tal que es poguessin pensar adequadament les respostes, i també perquè potser alguna pregunta els podia generar una càrrega emocional important depenent de la personalitat de la persona i de com aquesta percebés l'experiència viscuda, i segon, perquè com més temps deixéssim, més quaderns podrien repartir les professionals, ja que més pacients tindrien temps a veure. No ens marcavem un nombre màxim de pacients en la mostra, sinó que per a nosaltres quantes més n'hi haguéssim millor, ja que més consistent seria l'estudi.

A mesura que anavem obtenint els resultats dels diferents qüestionaris, els anavem registrant en el programa informàtic Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) per a posteriorment fer un anàlisi estadístic de totes les dades obtingudes.

Per a la recollida de dades, vam tornar-nos a trobar personalment amb cada pacient perquè ens tornessin els qüestionaris, i també amb la professional de la Psicooncologia perquè ens donés els qüestionaris que havien passat ella i la professional de l'Oncologia.

## **8. Discussió de resultats**

En el següent apartat, per una banda presentarem la descripció dels resultats de l'entrevista semiestructurada que es va dur a terme amb la professional de la Psicooncologia. La descripció de les conclusions d'aquesta entrevista les haurem pogut realitzar a partir de les categories extretes del quadre de categories.

Per altra banda, mostrarem i descriurem la relació que hi ha entre totes les variables que hem estat treballant en els quaderns que hem passat a les pacients. Per a presentar aquests resultats utilitzarem diverses proves estadístiques i gràfics (Consultar Annex 2).

En primer lloc, hem estudiat les estratègies d'afrontament: quina és la més utilitzada, quina relació tenen amb l'ansietat, la depressió i el creixement posttraumàtic, i finalment quina relació hi ha entre les diferents escales del Coping Orientations to Problems Experienced també amb l'ansietat, la depressió i el creixement posttraumàtic.

En segon lloc hem avaluat quina relació hi ha entre l'ansietat, la depressió, i el creixement posttraumàtic.

En tercer lloc, hem procedit a comprovar si hi ha o no una correlació estadísticament significativa entre cada una de les diferents dades sociodemogràfiques amb el que avaluen els tres qüestionaris que vam passar.

Finalment, hem fet un anàlisi del Posttraumatic Growth Inventory relacionant les seves escales amb l'ansietat, la depressió, i el creixement posttraumàtic.

## **8.1. Discussió dels resultats de l'entrevista amb la professional**

Les paraules claus (categories) de l'entrevista són les següents: control, necessitats, reconstrucció, davallada emocional, assimilació, normalitat, cansament, adaptació, rol, aprenentatge, efectes secundaris, preocupacions.

Seguidament, procedim a les conclusions que hem extret de l'entrevista:

A través de l'entrevista, l'especialista en Psicooncologia ha destacat que a partir del diagnòstic del càncer, les persones comencen a presentar una sensació de pèrdua de control. Així, doncs, la seva principal funció al llarg de tota la malaltia, serà ajudar a la persona a recuperar aquest control, i per això, haurà de tenir en compte les seves pròpies necessitats. El que ens ha semblat més sorprenent de l'entrevista, és el fet que la persona pensi que una vegada s'hagin acabat els tractaments ja s'hauran acabat totes les preocupacions, però que no obstant, després dels possibles tractaments aplicats, comenci una nova etapa de la malaltia en la que possiblement tindrà lloc la davallada emocional més rellevant del càncer, i també en la que la persona, mica en mica, s'haurà d'anar reconstruint i haurà d'anar refent la seva vida.

Generalment, doncs, aquest és el període més difícil de la malaltia, ja no només per aquesta possible explosió emocional, sinó també perquè a la persona li ha quedat un cos molt afectat, molt adolorit i està molt cansada tant corporal com mentalment.

A part d'aquesta significativa astènia, la persona una vegada acabats els tractaments, també pot anar-se trobant amb diferents altres possibles entrebancs, certs possibles efectes secundaris (dificultats relacionades amb la sexualitat, canvis de imatge...) que poden perjudicar la seva autoestima.

Hi ha un sentiment molt profund que acompanyarà sovint la persona després d'acabar els tractaments, i aquest és la por a la recidiva. En aquest cas, l'especialista ens explica que és molt important ensenyar a les pacients a viure en l'aquí i l'ara (*Mindfulness*) per aprendre a assimilar la trajectòria viscuda, i a convida amb la incertesa.

Veiem, doncs, com d'un principi la única i exclusiva preocupació de la persona és sobreviure, però que després poden presentar-se tot una sèrie de fets que també es poden convertir en una amenaça per a la persona.

Serán totes aquestes coses les que faran que la persona no pugui recuperar encara aquesta normalitat que té tantes preses en recuperar. Per tant, la persona haurà de passar per un procés d'adaptació per a finalment recuperar una normalitat.

El fet que el càncer hagi estat durant un temps el centre de la vida de la persona, això ha provocat que la persona després dels tractaments comenci a realitzar un canvi. El que es parla en l'entrevista, és que ella com a especialista, el que intenta fer en aquest període és ajudar a la persona a que el canvi que faci sigui cap a millor, cap a un creixement posttraumàtic, cap a un creixement a tots els nivells, en tots els rols. Així, doncs, es tracta d'intentar que la persona faci un aprenentatge de la seva experiència.

## **8.2. Discussió dels resultats dels qüestionaris**

### **8.2.1. Estratègies d'afrontament**

En les taules 1.1 i 1.2 mostrem les estratègies d'afrontament utilitzades per les dones de la nostra mostra. Aquesta taula està elaborada amb l'objectiu d'avaluar quina ha estat l'estratègia d'afrontament més utilitzada en la nostra mostra. Per tant, aquesta taula l'hem creada amb l'objectiu de trobar percentatges, i és per aquest motiu que hem hagut de comparar les estratègies d'afrontament amb qualsevol altra variable, i de totes elles hem escollit l'estat civil, ja que així aquests resultats també podran servir-nos més endavant quan comparem l'estat civil amb les estratègies d'afrontament.

En la taula 1.1, veiem com l'estratègia d'afrontament més utilitzada ha estat la de creixement personal. Concretament l'han utilitzat nou persones de forma individual (33,3%) juntament amb quatre persones més que l'han utilitzat de forma combinada amb altres estratègies d'afrontament.

Seguidament, en les taules 2.1, 2.2, 2.3 i 2.4, hem comparat cada una de les diferents estratègies d'afrontament utilitzades per les dones de la nostra mostra amb l'ansietat, la depressió, i els resultats generals del Hospital Anxiety and Depression Scale i del

Posttraumatic Growth Inventory. Si parem atenció a la tercera columna de cada una d'aquestes taules, que és la que ens indica la mitja d'ansietat (taula 2.1), de depressió (taula 2.2), del Hospital Anxiety and Depression Scale (taula 2.3) i del Posttraumatic Growth Inventory (taula 2.4), veure'm com les dones de la nostra mostra que utilitzen com a estratègies d'afrontament la reinterpretació positiva de manera individual, i el creixement personal, la reinterpretació positiva i l'evadir-se de forma conjunta, puntuen una mica més en ansietat ( $\bar{x} = 4$  i  $\bar{x} = 2$  respectivament) i depressió ( $\bar{x} = 2$  i  $\bar{x} = 2$  respectivament) i com a conseqüència en el Hospital Anxiety and Depression Scale ( $\bar{x} = 6$  i  $\bar{x} = 4$  respectivament) que les demés dones. En relació al Posttraumatic Growth Inventory no hi ha diferències en les diferents estratègies d'afrontament, ja que la mitja de cada una d'aquestes és molt similar. No obstant, la relació que hi ha entre les variables que hem comparat no és estadísticament significativa.

Llavors, en les taules 3.1 i 3.2 hem comparat les diferents escales del qüestionari Coping Orientations to Problems Experienced també amb l'ansietat, la depressió, i els resultats generals del Hospital Anxiety and Depression i del Posttraumatic Growth Inventory, ja que de no trobar relacions significatives amb les estratègies d'afrontament, hem decidit aprofundir una mica més dins d'aquest qüestionari i hem trobat els següents resultats:

- La sisena escala del Coping Orientations to Problems Experienced, la qual fa referència a l'abandonament dels esforços d'afrontament, té una relació estadísticament significativa amb l'ansietat ( $P = 0,024$ ) i la depressió ( $P = 0,020$ ) i com a conseqüència també amb el Hospital Anxiety and Depression Scale ( $P = 0,013$ ). Aquesta escala és mesurada pels següents ítems:
  - Ítem 9: admeto que no puc afrontar el problema i deixo de intentar-ho.
  - Ítem 24: simplement renuncio a intentar aconseguir els meus objectius.
  - Ítem 37: renuncio a aconseguir el que vull.
  
- La setena escala del Coping Orientations to Problems Experienced, la qual fa referència a centrar-se en les emocions i desfogar-se, té una relació estadísticament significativa amb l'ansietat ( $P = 0,000$ ) i com a conseqüència també amb el Hospital Anxiety and Depression Scale ( $P = 0,002$ ). Aquesta escala és mesurada pels següents ítems:



- Ítem 3: em sento malament i dono curs a les meves emocions.
  - Ítem 17: m'altero i sóc molt conscient d'això.
  - Ítem 28: dono via lliure als meus sentiments.
  - Ítem 46: sento molt malestar emocional i no puc evitar expressar-lo amb intensitat.
- La desena escala del Coping Orientations to Problems Experienced, la qual fa referència a refrenar l'afrontament, té una relació estadísticament significativa amb l'ansietat ( $P = 0,030$ ) i la depressió ( $P = 0,017$ ) i com a conseqüència també amb el Hospital Anxiety and Depression Scale ( $P = 0,014$ ). Aquesta escala és mesurada pels següents ítems:
    - Ítem 10: em contenc per a no actuar amb precipitació.
    - Ítem 22: evito fer alguna cosa amb el problema fins que la situació ho permeti.
    - Ítem 41: m'asseguro de no empitjorar les coses actuant massa aviat.
    - Ítem 49: m'obliga a esperar el moment oportú per a fer alguna cosa.
- La dotzena escala del Coping Orientations to Problems Experienced, la qual fa referència al creixement personal, té una relació estadísticament significativa amb l'ansietat ( $P = 0,047$ ) i la depressió ( $P = 0,006$ ) i com a conseqüència també amb el Hospital Anxiety and Depression Scale ( $P = 0,011$ ). El creixement personal també té una relació estadísticament significativa amb el Posttraumatic Growth Inventory ( $P = 0,009$ ). Aquesta escala és mesurada pels següents ítems:
    - Ítem 1: intento millorar com a persona com a resultat de l'experiència.
    - Ítem 59: aprenc alguna cosa de l'experiència.
- La tretzena escala del Coping Orientations to Problems Experienced, la qual fa referència a la reinterpretació positiva, té una relació estadísticament significativa amb l'ansietat ( $P = 0,008$ ) i la depressió ( $P = 0,001$ ) i com a conseqüència també amb el Hospital Anxiety and Depression Scale ( $P = 0,001$ ). Aquesta escala és mesurada pels següents ítems:
    - Ítem 29: intento veure la situació des d'un altre punt de vista perquè sembli més positiva.
    - ítem 38: busco el cantó bo del que està passant.
    - Ítem 39: penso en com puc solucionar millor el problema.

- Les altres escales d'aquest qüestionari no tenen una relació estadísticament significativa amb l'ansietat, la depressió i els resultats generals del Hospital Anxiety and Depression Scale i del Posttraumatic Growth Inventory

### **8.2.2. Ansietat, depressió i resultats generals del Hospital Anxiety and Depression Scale i del Posttraumatic Growth Inventory**

En la taula 4 hem relacionat l'ansietat, la depressió, i els resultats generals del Hospital Anxiety and Depression Scale i del Posttraumatic Growth Inventory. Els resultats ens mostren que si que hi ha una relació significativa entre l'ansietat, la depressió i el Hospital Anxiety and Depression Scale, però que hi ha una absència de relació estadísticament significativa entre aquestes variables i els resultats generals del Posttraumatic Growth Inventory. Això ens coincideix amb l'estudi realitzat per Costa & Gil (2007) en el que tampoc es troba una associació significativa entre l'ansietat i la depressió i el creixement posttraumàtic.

### **8.2.3. Variables sociodemogràfiques**

Per a seguir una estructura ordenada alhora de comparar les diferents dades sociodemogràfiques, hem decidit seguir el mateix ordre que vam emprar en els quaderns.

#### **Edat**

En primer lloc, en les taules 5.1 i 5.2 hem comprovat si l'edat influeix en l'estratègia d'afrontament utilitzada.

El que hem fet, degut a que disposem d'una mostra molt petita amb edats força variades, ha estat agrupar les edats en dos grups. El primer grup està format per les dones d'entre 35 i 49 anys ( $\bar{x} = 48$ ) i el segon grup per les dones d'entre 50 i 66 anys ( $\bar{x} = 52,72$ ). En la taula 5.2 podem veure com l'edat no té una relació estadísticament amb les estratègies d'afrontaments utilitzades.

En segon lloc, en les taules 6.1 i 6.2 hem comparat la variable edat amb l'ansietat, la depressió, i els resultats generals del Hospital Anxiety and Depression Scale i del Posttraumatic Growth Inventory, per tal de comprovar si segons l'edat es té més o menys ansietat i depressió, i també per a saber si l'edat té algun tipus de relació en l'experimentació del creixement posttraumàtic.

Els resultats de la taula 6.1 ens mostren com l'edat té una relació estadísticament significativa amb l'ansietat ( $P = 0,008$ ), concretament ens mostren com el grup de dones més joves té nivells més elevats d'ansietat que el grup de dones més grans. No obstant, no trobem relació amb la resta de les variables. En l'estudi realitzat per Costa & Gil (2007) tampoc es troba relació entre l'edat i el creixement posttraumàtic.

### **Nivell acadèmic**

En les taules 7.1 i 7.2, il·lustrem la comparació que hem realitzat del nivell acadèmic amb l'ansietat, la depressió, i els resultats generals del Hospital Anxiety and Depression Scale i del Posttraumatic Growth Inventory.

En la taula 7.1 podem veure com en la nostra mostra, les dones universitàries han experimentat més creixement posttraumàtic ( $\bar{x} = 76$ ) que les dones amb estudis incomplets o primaris ( $\bar{x} = 52$ ) i que les dones amb estudis secundaris ( $\bar{x} = 62,8$ ). Llavors, en la taula 7.2, observem com el nivell acadèmic està relacionat de forma estadísticament significativa amb els resultats generals del Posttraumatic Growth Inventory ( $P = 0,007$ ). No obstant, hi ha absència de relació significativa entre els demés resultats.

### **Estat civil**

En la taula 8.1 comparem la variable estat civil amb l'ansietat, la depressió, i els resultats generals del Hospital Anxiety and Depression Scale i del Posttraumatic Growth Inventory.

Els resultats ens mostren que les dones solteres, divorciades i vídues de la nostra mostra, en el període de després dels tractaments estaven més deprimides ( $\bar{x} = 8,40$ ) que les dones casades ( $\bar{x} = 3,91$ ). Llavors en la taula 8.2, podem observar com hi ha una relació estadísticament significativa entre el fet de no tenir parella i la depressió ( $P = 0,023$ ).

Recordem que en l'apartat 8.2.1 d'estratègies d'afrontament, hem comentat que les taules 1.1 i 1.2 també ens servirien més endavant, i concretament en farem ús en aquest present apartat. Fent una comparació, doncs, entre l'estat civil i els estils d'afrontament, veiem com l'estratègia d'afrontament més utilitzada per les dones casades de la nostra mostra ha estat el creixement personal (taula 1.1) i això ho podem veure en les següents dades:

- Un 88,9% de les persones que utilitzen el creixement personal com estil d'afrontament són casades.
- Dels casats, un 36,4% utilitzen aquest estil d'afrontament.
- Del total de persones que utilitzen aquest creixement personal com estil d'afrontament (33,3% del total de la mostra), les dones casades representen un 29,6%.

També hem de tenir en compte que tot i que de forma combinada amb altres estils d'afrontaments, hi ha hagut tres dones casades més que han utilitzat aquest creixement personal com a estratègia d'afrontament.

### **Situació laboral**

En les taules 9.1 i 9.2, el que hem fet és buscar relacions entre la situació laboral amb l'ansietat, la depressió, i els resultats generals del Hospital Anxiety and Depression Scale i del Posttraumatic Growth Inventory.

Observant la taula 9.1, podem dir que les dones de la nostra mostra que en el període de després dels tractaments es trobaven actives laboralment ( $\bar{x} = 66,88$ ), mostraven major puntuació en creixement posttraumàtic que les que es trobaven inactives laboralment ( $\bar{x} = 56,73$ ). No obstant, en la taula 9.2 podem veure com cap dels resultats té una relació estadísticament significativa.

## **Tractaments**

En la taula 10 hem comparat la quantitat de tractaments rebuts amb l'ansietat, la depressió, i els resultats generals del Hospital Anxiety and Depression Scale i del Posttraumatic Growth Inventory. Aquesta taula, però, no ens mostra com a significativa la relació entre aquestes variables.

En la taula 11 podem veure com les dones de la nostra mostra que van realitzar quimioteràpia mostraven més depressió ( $\bar{x} = 0,058$ ) que les demés. No obstant, ni la quimioteràpia ni la radioteràpia tenen una relació estadísticament significativa entre res del que hem comparat.

### **8.2.3. Escales Posttraumatic Growth Inventory**

En la taula 12 comparem els resultats de les diferents escales del Posttraumatic Growth Inventory amb l'ansietat, la depressió i els resultats generals del Hospital Anxiety and Depression Scale i del Posttraumatic Growth Inventory.

No obstant, veiem com no hi ha una relació estadísticament significativa amb el que hem comparat.

## 9. Conclusions

### 9.1. Conclusions generals

Aquest apartat, en primer lloc el dedicarem a contrastar cada una de les hipòtesis d'aquest treball, basant-nos en els resultats obtinguts en aquest present estudi i fent les comparacions possibles d'aquests amb el que diuen els autors que hem citat en el nostre marc teòric. Amb la resposta descriptiva i correlacional que donarem en cada una de les hipòtesis, alhora també estarem responen a la pregunta de investigació a partir de la qual recordem que parteix aquest projecte: quins seran els aspectes que faran que la persona acabi experimentant un grau més o menys elevat de creixement posttraumàtic després del càncer de mama?

Les dues primeres hipòtesis principals són les següents:

- Les persones que utilitzin una estratègia d'afrontament activa i la negació tindran menys ansietat i depressió que la resta de les persones.
- Les persones que utilitzin una estratègia d'afrontament activa presentaran més creixement posttraumàtic que la resta de les persones.

En l'apartat 7.5 de metodologia, hem descrit cada una de les estratègies d'afrontament utilitzades per les dones de la nostra mostra. Totes elles són estratègies d'afrontament actives menys l'evadir-se que és una estratègia d'afrontament d'evitació, i el refrenar l'afrontament i l'abandonament dels esforços d'afrontament que són estratègies d'afrontament passives.

Si comparem la mitja de cada una de les estratègies d'afrontament actives i aquestes les comparem amb la mitja de l'estratègia d'afrontament d'evitació i la mitja de les dues estratègies d'afrontament passives, veiem com aquests tres tipus d'estratègies d'afrontament (actives, passives i d'evitació) no es diferencien ni en ansietat, ni en depressió ni en creixement posttraumàtic. Per tant, observem com no es compleixen les dues primeres hipòtesis principals.

La tercera i última hipòtesis principal era que un major creixement posttraumàtic suposaria nivells menors d'ansietat i depressió. Tal i com podem veure en la taula 4, aquesta hipòtesis no s'ha complert ja que no s'ha trobat una relació estadísticament significativa entre aquestes variables. Aquests resultats coincideixen amb trobats en l'estudi de Costa & Gil (2007).

Com a hipòtesis més específiques, en primer lloc vam hipotitzar que una edat més jove, un major nivell acadèmic, tenir parella i el fet d'estar activa laboralment, eren aspectes que facilitaran que la persona pugues experimentar més creixement posttraumàtic.

- La hipòtesis que a menor edat hi ha més probabilitats d'experimentar un creixement posttraumàtic no s'ha complert, ja que tal i com podem veure en la taula 5.2, no hi ha una relació estadísticament significativa entre l'edat i els resultats generals del Posttraumatic Growth Inventory. Per tant, els resultats del nostre estudi no coincideixen amb el que diuen Tedeschi & Calhoun (1996) i Thornton & cols (2006) en què les persones joves tenen més probabilitats d'experimentar un creixement posttraumàtic, degut a que els seus esquemes cognitius estan menys consolidats.
- La hipòtesis que a major nivell acadèmic hi ha més probabilitats d'experimentar un creixement posttraumàtic si que s'ha complert, ja que tal i com podem veure en la taula 7.2, hi ha una relació estadísticament significativa entre el nivell acadèmic i els resultats generals del Posttraumatic Growth Inventory. Així, doncs, coincidim amb el que diu Updegraff (2002).
- La hipòtesis que les dones que tenen parella tenen més probabilitats d'experimentar un creixement posttraumàtic no s'ha complert, ja que tal i com podem veure en la taula 8.2, no hi ha una relació estadísticament significativa entre l'estat civil i els resultats generals del Posttraumatic Growth Inventory. Així, doncs, aquí no coincidim amb Linley & Joseph (2004) quan diuen que el fet de tenir parella fa que la persona tingui més probabilitats de desenvolupar un creixement posttraumàtic degut a que aquesta suposa un suport molt important per la persona.
- La hipòtesis que estant activa laboralment hi ha més probabilitats d'experimentar un creixement posttraumàtic no s'ha complert, ja que tal i com podem veure en la taula 9.2, no hi ha una relació estadísticament significativa entre la situació laboral i els resultats generals del Posttraumatic Growth Inventory.

Com a hipòtesis específica, també tenien que les persones que havien rebut menys quantitat de tractaments tindrien menys ansietat i depressió. No obstant, aquesta hipòtesis no s'ha complert, ja que tal i com mostrem en la taula 10, no hi ha una relació estadísticament significativa entre la quantitat de tractaments rebuts, l'ansietat i la depressió.

Finalment, l'última hipòtesis específica que vam plantejar-nos, va ser també en relació als tractaments. Vam hipotetitzar que les dones que havien rebut quimioteràpia, radioteràpia o ambdós tractaments, presentarien més creixement posttraumàtic que les que no havien estat sotmeses a cap d'aquests tractaments. No obstant, tal i com podem veure en la taula 11, no hem trobat una relació estadísticament significativa entre la quimioteràpia i la radioteràpia amb els resultats generals del Posttraumatic Growth Inventory. Així, doncs, no coincidim amb els resultats de l'estudi de Costa & Gil (2007).

## **9.2. Limitacions i possibilitats**

Després de totes aquestes reflexions al voltant dels aspectes teòrics i analítics, mencionaré algunes limitacions que té aquest estudi i que podrien rectificar-se en estudis posteriors.

En primer lloc m'hagués agradat que la mostra fos més gran, però trobar pel meu compte pacients que haguessin superat el càncer de mama em va ser bastant complicat, ja que no tots els subjectes als quals els hi vaig proposar van acceptar-ho, ni tampoc tots els que van acceptar-ho en coneixien d'altres. No obstant, vaig tenir una gran sort amb l'ajuda que van proporcionar-me les professionals de la Psicooncologia i de l'Oncologia, ja que gràcies a elles dues vaig poder augmentar més la mostra. No obstant, les dades obtingudes en aquest estudi no poden ser extrapolables al conjunt de la població de dones amb càncer de mama que hagin acabat el període de tractaments.

En segon lloc, una de les principals limitacions que considero que té aquest estudi, és el fet d'haver demanat a les pacients que es situessin entre els divuit primers mesos després que acabessin els tractaments, ja que la percepció que tenen de la vivència el dia d'avui no és exactament la mateixa que tenien en aquells moments. M'interessava



aquest període de temps ja que tal i com s'argumenta en el marc teòric, és entre el primer any i el primer any i mig després dels tractaments quan la persona experimenta el creixement posttraumàtic, ja que passat aquest període, la seva vida torna a normalitzar-se tot i poder ser una normalitat diferent a la d'abans. Si que és veritat que una part de les dones de la mostra es troba dins d'aquesta etapa i que em podria haver centrat únicament en elles, però d'haver-ho fet així encara tindria una mostra més petita de la que tinc quelcom em perjudicaria encara més.

En tercer i últim lloc, vull destacar que també m'hauria agradat poder aprofundir molt més en el tema del Mindfulness, i poder-hi realitzar una part pràctica ja que és un tema de gran interès per a mi. Malauradament, però, per una falta de temps considerable, no vaig poder-ho duu a terme, ja que de ser així, això ens hauria suposat trobar-me diàriament amb tots els subjectes de la mostra de forma individual durant almenys vuit setmanes.

Al llarg d'aquest estudi, també he anat reflexionant sobre tres possibles futures investigacions, que per a la poca disponibilitat de temps que he tingut per a la realització d'aquest estudi no he tingut temps d'elaborar.

Així, doncs, m'hauria agradat realitzar un estudi longitudinal per tal de fer un seguiment personal en cada un dels subjectes de la mostra, des que reben el diagnòstic fins el primer any i mig després de finalitzar els tractaments, per tal de poder observar si s'han produït canvis en les estratègies d'afrontament utilitzades, en l'ansietat i la depressió experimentada i en el possible desenvolupament de creixement posttraumàtic.

També hauria estat verdaderament interessant haver pogut realitzar l'estudi també amb una mostra d'homes que haguessin superat el càncer de mama amb l'objectiu de comparar ambdós generes.

Finalment, també he pensat en realitzar el mateix estudi però amb dues mostres diferents tot i que amb el mateix nombre de persones. La primera mostra seria la mateixa que aquest present estudi, però la segona estaria formada per persones que haguessin iniciat un patologia com a conseqüència d'aquest mateix càncer. Llavors el que també es podria realitzar en aquest possible estudi seria comparar els subjectes de la segona mostra segons el seu trastorn

## 10. Bibliografia i webgrafia

### 10.1. Bibliografia

Consejo General de la Psicología de España (2010). "Eficacia de la terapia de atención plena (Mindfulness) en pacientes con cáncer". *Infocop online*

Tamblay, Á.; Bañados, B. (2004). *Psicología del cáncer de mama*. Tesis de màster en Psicooncologia, Universidad de Chile, Chile.

Cifrián, C.; Ayala, O.; Martínez, P.; Tapia, T. (1994). *Cáncer ginecológico y de mama*. Madrid: Ministerio de asuntos sociales.

Vallejo, M. A.; Ortega, J. (2007). "La utilización del Mindfulness en el paciente oncológico". *Psicooncologia*, 4, (1), 35-41.

León, C.; Mirapeix, R.; Blasco, Jovell, Arcussa, A. Martín, A.; Seguí, M. A. A (2013). "Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos. Estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar". *Psicooncologia*, 10, (2-3), 263-274

Ferriols, R.; Ferriols, F.; Alós, N.; Magraner, J. (1995). "Calidad de vida en oncología clínica". *Farm Hosp*, 19, (6), 315-322

Rodríguez, B.; Priede, A.; Maeso, A.; Arranz, H.; Palao, A. (2011). "Cambios psicológicos e intervenciones basadas en Mindfulness para los supervivientes de un cáncer". *Psicooncologia*, 8, (1), 7-20.

Priede, A.; González, C.; Herrán, A.; Hoyuela, F. (2013). "Asociación entre rumiaciones y malestar emocional en pacientes recién diagnosticados de cáncer". *Psicooncologia*, 10, (1), 131-140

Eiroca, F. J.; Tasqué, R.; Fidel, S.; Giannoni, A.; Argüello, J. M. (2012). "Crecimiento postraumático en pacientes supervivientes de quemaduras, un estudio preliminar". *Acción psicológica*, 9, (2), 47-59.

Siegel, D. J. (2012). *Mindfulness y psicoterapia: técnicas prácticas de atención plena para psicoterapeutas*. Barcelona: Paidós.

Kabat-Zinn, J. (2009). *Mindfulness en la vida cotidiana. Donde quiera que vayas, ahí estás*. Barcelona: Paidós.

Losa, A. M.; Simón, V. (2013). "Afrontar el sufrimiento a través de Mindfulness y la compasión". *Revista de medicina de familia y atención primaria*, 1, (17), 63.

Arrarás, Juan I; Garrido, E. (2006). "Psico-oncología". *Huarte de san Juan psicología y pedagogía*, (13), 141-164

Díaz, E.; García, J. (2000). *Oncología clínica básica*. Madrid: Arán

Simón, V. (2012). *Aprender a practicar Mindfulness*. Barcelona: Sello

Vázquez, C.; Castilla, C.; Hervás, G. (2009). *Reacciones ante el trauma: Resistencia vulnerabilidad y crecimiento*. Madrid: Pirámide.

Khoury, B.; Lecompte, T.; Fortin, G.; Mase, M.; Therien, P., Bouchard, V.; Chapleau, M.A; Paquin, K; Hofmann, S. G (2013). "Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis". *Clinical Psychology Review*, 33, 763-771.

Costa, G.; Gil, F. L. (2007). "Crecimiento postraumático en pacientes oncológicos". *Análisis y modificación de conducta*, 33, (148), 229-248.

Costa, G.; Gil, F. G. (2008). "Respuesta cognitiva y crecimiento postraumático durante el primer año de diagnóstico del cáncer". *Psicooncología*, 5, (1), 27-37.

Simón, V. M. (2006). "Mindfulness y neurobiología". *Revista de Psicoterapia*, 17, (66/67), 5-30.

Turner, H; Bryant-Waugh, I; Peveler, R; Bucks R.S (2012). "A Psychometric Evaluation of an English Version of the Utrecht Coping List". *Brief report*, 20 (4), 339-342.

INC. (2012). *Siga adelante: La vida después del tratamiento del cáncer*. Instituts Nacionals de la salut. Departament de salut i serveis humans.

Ochoa, C. (2013). "Crecimiento Post-traumático en supervivientes de cáncer y sus otros significativos. ¿Crecimiento vicario o secundario?". *Terapia psicológica*, 3, (1), 199-203

García, F.E.; Rincón, P. P. (2011). "Prevención de Sintomatología Postraumática en Mujeres con Cáncer de Mama: Un Modelo de Intervención Narrativo". *Terapia psicológica*, 29, (2), 175-183.

Morán, C.; Landero, R.; González, M. T. (2010). "COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE". *Universitas Psychologica*, 9, (2), 543-552.

Arjona, J. F.; Guerrero, S. (2001). "Un estudio sobre los estilos y las estrategias de afrontamiento y su relación con la variable adaptación". *Psicología Científica*

## 10.2. Webgrafia

GENCAT (2010). *Càncer de mama* [en línia]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de salut. Recuperat 17 setembre 2014 des de [http://cancer.gencat.cat/ca/ciudadans/el\\_cancer/cancer\\_de\\_mama/](http://cancer.gencat.cat/ca/ciudadans/el_cancer/cancer_de_mama/)

OMS (2014). *Cáncer de mama* [en línea]: *prevención y control*. Ginebra: Organizació Mundial de la Salut. Recuperat 16 setembre 2014 des de [http://www.who.int/topics/cancer/breast\\_cancer/es/index1.html](http://www.who.int/topics/cancer/breast_cancer/es/index1.html)