



UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA

L'EFECTE PSICOLÒGIC DE SER FILL D'UN PROGENITOR SUPERVIVENT DE CÀNCER

Treball Final de Grau

Cèlia Sureda i Lloret

Curs 2022-2023

Tutora: Anna Casellas Grau

Grau en Psicologia

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya

Vic, 12 de maig del 2023

Agraïments

En primer lloc voldria agrair a la meva tutora, Anna Casellas per la seva implicació, ajuda, paciència, dedicació i disponibilitat al llarg del procés de la creació d'aquest treball.

En segon lloc voldria donar les gràcies a les persones participants d'aquest treball, que gràcies a elles i ells he pogut desenvolupar el meu treball, i que tots ells i elles igual que jo, malgrat viure una situació dura com és el càncer d'un dels progenitors han pogut treure coses meravelloses d'aquesta experiència.

Finalment, vull dedicar aquest treball a la meva mare i a la meva àvia que elles sense saber-ho han estat la motivació d'aquest, i que tot i viure un càncer m'han ensenyat que la vida tracta de les coses bones que podem extreure de les vivències i experiències que ens té preparades.

ÍNDEX

1. Introducció	6
2. Marc teòric	8
2.1. Què és el càncer	8
2.1.2. Epidemiologia i incidència a l'Estat Espanyol	10
2.2. Impacte integral del càncer	12
2.2.1. Dimensió mèdica i física	13
2.2.2. Dimensió psicològica	13
2.2.3. Dimensió espiritual	16
2.2.4. Dimensió social	18
2.3. El vincle	19
2.4. Estrès posttraumàtic	22
2.5. Creixement posttraumàtic	26
2.6. Psicooncologia	29
3. Marc pràctic	31
3.1. Objectius i hipòtesis	31
3.1.1. Objectius	31
3.1.2. Hipòtesis	32
3.2. Metodologia de recerca	33
3.2.1. Disseny	33
3.2.2. Mostra	33
3.2.3. Aspectes ètics	33
3.2.4. Instruments de recollida de dades	34
3.2.4.1. Quantitatiu	34
3.2.4.2. Qualitatiu	35
3.2.5. Procediment	35
3.4. Anàlisi de la informació	36
3.4.1. Anàlisi quantitatiu	36
3.4.2. Anàlisi qualitatiu	36
3.5. Resultats	36
3.5.1. Descripció de la mostra	36
3.5.2. Afectació del vincle	37
3.5.3. Descripció estrès posttraumàtic	39
3.5.4. Descripció creixement posttraumàtic	40
3.5.5. Entrevista	41
3.6. Discussió	46
3.7. Limitacions	49
4. Conclusions	49
5. Bibliografia i Webgrafia	51
6. ANNEXOS	58
6.1. Annex 1. Consentiment Informat entrevista	58
6.2. Annex 2. Preguntes de l'entrevista	59
6.3. Annex 3. Transcripció de les entrevistes	60

RESUM

Actualment, el càncer és una malaltia altament diagnosticada, i constitueix una de les principals causes de morbidimortalitat del món. Pot fer sentir al pacient que la malaltia posa en perill la pròpia vida. Aquest fet, sumat a l'agressivitat dels tractaments oncològics, fa que el procés de càncer afecti no només a la persona que la pateix, sinó que també incideix en el benestar i la qualitat de vida de la seva família. Tots ells pateixen en totes les dimensions: física, espiritual, psicològica i social, i van acumulant un esgotament progressiu, derivant en simptomatologia com la por a la mort de la persona estimada, angoixa, depressió i soledat. Ser un pare o una mare amb càncer és un desafiament únic. Això passa per igual en els casos amb fills en edat d'infantesa com en fills en edat adolescent i adulta. Per aquest motiu, el present treball té com a objectiu principal investigar si el càncer per part d'un dels progenitors (supervivents) afecta psicològica i emocionalment als fills en edat infantil, adolescent o joventut en el moment del diagnòstic. L'enfocament metodològic que s'utilitza per fer l'estudi és un disseny mixt transversal, ja que l'orientació quantitativa es complementa amb la qualitativa i només es durà a terme una sola avaluació de la mostra formada per 6 participants, amb un dels progenitors que ha superat un procés oncològic. En concret, pel què fa a la metodologia quantitativa, s'administren qüestionaris validats als participants, el qüestionari CaMir-R per avaluar el vincle, el qüestionari PCL per avaluar l'estrès posttraumàtic i el qüestionari PTGI per l'avaluació del creixement posttraumàtic; en relació a la metodologia qualitativa, es duen a terme entrevistes semiestructurades per obtenir informació més detallada i concreta de l'experiència de cada participant. Els resultats obtinguts han mostrat que els fills de progenitors que han passat per un procés oncològic no tenen dificultat d'explicar la situació viscuda en el seu moment, ja que el temps i la comunicació familiar han facilitat la superació del procés oncològic a nivell familiar. El vincle s'ha vist modificat cap a millor. En relació a l'estrès posttraumàtic, els resultats mostren que cap dels participants presenta símptomes de TEPT, i per últim, s'ha observat un creixement posttraumàtic en cada un dels participants. Per tant, es pot afirmar que un procés oncològic per part dels progenitors afecta als fills psicològica i emocionalment, i a la seva manera de veure i entendre la vida, així com al vincle familiar i a la manera en com afrontar la vida i les dificultats que es presenten, no obstant, si l'estudi es realitzés en el moment del diagnòstic del càncer d'un dels progenitors i no anys després, els resultats podrien diferir.

Paraules clau: càncer, fills amb pares amb càncer, vincle parento-filial, estrès posttraumàtic, creixement posttraumàtic.

ABSTRACT

Currently, cancer is a highly diagnosed disease and one of the leading causes of morbidity and mortality worldwide. It can make patients feel that their life is in danger. This, coupled with the aggressiveness of oncological treatments, means that the cancer process not only affects the person who is suffering from it, but also affects the well-being and quality of life of their family. They all suffer in all dimensions: physical, spiritual, psychological, and social, and they accumulate progressive exhaustion, resulting in symptoms such as fear of the death of the loved one, anguish, depression, and loneliness. Being a parent with cancer is a unique challenge, whether the children are in childhood, adolescence, or young adulthood. For this reason, the main objective of this study is to investigate whether cancer from one of the parents (survivors) affects the psychological and emotional well-being of children in childhood, adolescence, or young adulthood at the time of diagnosis. The methodological approach used for the study is a cross-sectional mixed design, since the quantitative orientation is complemented by the qualitative and only one evaluation of the sample of 6 participants, with one of the parents who has gone through an oncological process, will be carried out. Specifically, regarding the quantitative methodology, validated questionnaires are administered to the participants, the CaMir-R questionnaire to assess attachment, the PCL questionnaire to assess post-traumatic stress, and the PTGI questionnaire for the assessment of post-traumatic growth; regarding the qualitative methodology, semi-structured interviews are carried out to obtain more detailed and specific information about the experience of each participant. The results obtained have shown that the children of parents who have gone through an oncological process do not have difficulty explaining the situation experienced at the time, since time and family communication have facilitated the overcoming of the oncological process at the family level. The attachment has been seen to improve. Regarding post-traumatic stress, the results show that none of the participants present symptoms of PTSD, and finally, post-traumatic growth has been observed in each of the participants. Therefore, it can be affirmed that an oncological process by the parents affects the children psychologically and emotionally, and their way of seeing and understanding life, as well as the family attachment and the way of facing life and the difficulties that arise, however, if the study were carried out at the time of the diagnosis of the parent's cancer and not years later, the results could differ.

Key words: Cancer, children with parents with cancer, parent-child bond, posttraumatic stress, posttraumatic growth.

1.Introducció

El càncer és una malaltia altament diagnosticada, i constitueix una de les principals causes de morbimortalitat del món. La International Agency for Research on Cancer (2019) va estimar que l'any 2018 es van diagnosticar uns 18'1 milions de càncers al món. Les estimacions a nivell mundial indiquen també que el número de casos nous augmentarà a 30'2 milions de casos nous l'any 2040.

A nivell espanyol el càncer també és una de les principals causes de mortalitat. El nombre de càncers diagnosticats a Espanya l'any 2022 s'estima que assolirà els 280.100 casos segons els càlculs de REDECAN (Red Española de Registros de Cáncer, 2021). Això suposa un increment respecte als anys anteriors, a més que s'espera un increment en la incidència de càncer, ja que a Espanya s'estima que el 2040 la incidència arribarà als 341.000 casos (SEOM, Societat Espanyola d'Oncologia Mèdica, 2022).

Malauradament, el càncer és una malaltia crònica, que, en molts casos, pot fer sentir al pacient que la malaltia posa en perill la pròpia vida. Aquest fet, sumat a l'agressivitat dels tractaments oncològics, fa que el procés de càncer afecti no només a la persona que la pateix, sinó que també incideix en el benestar i la qualitat de vida de la seva família. Tots ells pateixen en totes les dimensions: física, espiritual, psicològica i social, i van acumulant un esgotament progressiu, derivant en simptomatologia com la por a la mort de la persona estimada, angoixa, depressió i soledat. Així, els familiars més propers s'enfronten a la incertesa de saber si els projectes que havien planejat junts es realitzaran algun dia; es qüestionen si la manera com cuiden al familiar malalt és la correcta, i es pregunten sobre el sentit de la vida i com afrontar la possible mort (Valle, 2018).

Ser un pare o una mare amb càncer és un desafiament únic. Això passa per igual en els casos amb fills en edat d'infantesa com en fills en edat adolescent i adulta. Tant en uns casos com en els altres, la comunicació entre pares i fills, així com la comunicació de tots aquests amb els professionals sanitaris és molt rellevant, per tal de poder donar resposta a les necessitats d'uns i altres (ASCO, American Society of Clinical Oncology, 2018).

D'aquesta manera, un dels aspectes més importants en aquests casos és el diàleg sobre el càncer. Molt probablement, com a progenitor es vol protegir als fills de la por i d'altres emocions difícils de gestionar, però, esdevé necessària la comunicació sincera amb ells sobre

el diagnòstic i el tractament, ja que fins i tot infants molt petits són capaços de percebre que alguna cosa no va bé. Contràriament, evitar el tema pot fer-los creure que la situació és molt pitjor del que és en realitat. La comunicació ajuda als fills a afrontar el diagnòstic, així com tot el procés oncològic, sigui quin sigui el seu desenllaç. No obstant, és important adequar-se a l'edat de l'infant o adolescent, tenint en compte la seva capacitat de comprendre la situació de la manera més adaptativa possible (ASCO, 2018).

Pel que fa a l'estudi sobre com el fet de com a fill o filla es viu l'experiència d'un procés de supervivència oncològic per part d'un dels progenitors, fins on sabem la literatura és escassa respecte aquest tema concret, no obstant, si que s'han realitzat estudis on el focus es centre en la parella de la persona malalta o es parla des de la visió dels pares (un d'ells malalt), però en cap des de la visió i l'experiència dels fills. Alguns d'aquests estudis són: (Melo et al., 2007), (Gordillo et al., 2013), (Fuentes i Blasco, 2017), (Rodríguez, 2015) i (Gonçalves et al., 2011).

Per tant, aquest treball pretén estudiar des de vivències personals dels subjectes, com han viscut la malaltia per part del pare o mare, i com després de que aquest ho hagi superat, viuen a l'actualitat amb aquesta experiència a les seves espatlles des d'una perspectiva emocional i psicològica.

Per aconseguir-ho, el present treball s'estructura de la següent manera: en primer lloc, es duu a terme un emmarcament teòric on s'hi explica què és el càncer, l'epidemiologia i incidència a l'Estat Espanyol, com afecta el càncer i concretant les dimensions afectades: dimensió mèdica i física, dimensió psicològica, dimensió espiritual i dimensió social, el vincle, estrès posttraumàtic, creixement posttraumàtic i la psicooncologia.

En segon lloc, hi ha la part pràctica del treball on hi trobem de manera detallada els objectius i les hipòtesis, la metodologia de recerca on s'hi explica el disseny, la descripció de la mostra, els aspectes ètics i els instruments utilitzats per la recollida de dades, el procediment seguit per l'anàlisi de la informació.

Per finalitzar, dins el marc pràctic hi trobem els resultats, la discussió, les limitacions i les futures línies d'investigació.

L'última part del treball està formada per les conclusions.

El motiu pel qual vaig decidir estudiar els efectes que poden patir els fills de pares que han passat per algun procés oncològic, respon a la vivència en primera persona del càncer de la

meva àvia i de la meva mare quan jo tenia 10 anys. Sempre he tingut la intriga de conèixer persones que haguessin passat per una situació semblant i escoltar i conèixer la seva experiència.

2. Marc teòric

2.1. Què és el càncer

El càncer és una malaltia en la qual algunes cèl·lules del cos es multipliquen sense control i s'escampen a altres parts del cos. És possible que el càncer comenci a qualsevol part del cos, format per moltes cèl·lules. En condicions normals, les cèl·lules humanes es formen i es multipliquen per formar cèl·lules noves a mesura que el cos ho necessita. Quan les cèl·lules envelleixen o es fan malbé, moren i les cèl·lules noves les substitueixen (*Instituto Nacional del Cáncer, 2021*).

Les cèl·lules normals es divideixen i moren durant un període de temps programat. No obstant, la cèl·lula cancerosa o tumoral perd la capacitat per morir i es divideix quasi sense límit. Aquesta multiplicació en el número de cèl·lules arriba a formar unes masses conegudes com tumors, que en la seva expansió poden destruir i substituir als teixits normals. Alguns cancers poden no formar tumors, com passa amb els d'origen sanguini. Per altra banda, no tots els tumors són malignes (cancerosos), hi ha tumors considerats benignes (*Sociedad Española de Oncología Médica - Puente i Velasco, 2019*). Macip (2012, p. 23) diferencia entre les diferents nomenclatures relacionades amb aquesta malaltia:

Tumor: agrupació anormal de cèl·lules que formen un nòdul més o menys gran. Pot ser benigne o maligne (el tumor maligne és un tipus de càncer).

Tumor benigne: un tumor localitzat que creix lentament i normalment no posa en perill la vida de qui pateix.

Tumor maligne: un tumor que creix amb una certa rapidesa, s'escampa a altres teixits i acabarà causant la mort si no es fa alguna cosa per evitar-ho.

Càncer: conjunt de cèl·lules que es divideixen sense control. És mortal si no es tracta. Les cèl·lules canceroses poden formar un tumor maligne o no (per exemple les leucèmies no són tumors, sinó un augment de cèl·lules a la sang).

Tots els tumors malignes són càncers, però no tots els càncers són tumors malignes.

Els tumors benignes poden malignitzar-se amb el temps, però els tumors malignes no es tornaran benignes.

De la mateixa manera, és important, diferenciar entre les cèl·lules canceroses i les cèl·lules que tenen un comportament normal. L'*Instituto Nacional del Cáncer* (2021) les exposa d'aquesta manera:

- Les cèl·lules canceroses s'originen sense rebre senyals de que s'han de formar, en canvi, les cèl·lules normals només es formen quan reben aquestes senyals.
- Les cèl·lules canceroses no fan cas a les senyals que indiquen a les cèl·lules que deixin de multiplicar-se o que s'han de destruir. Aquest procés es coneix com mort cel·lular programada o apoptosis.
- Les cèl·lules canceroses envaeixen àrees properes i s'escampen a altres àrees del cos. Les cèl·lules normals deixen de multiplicar-se quan es troben amb altres cèl·lules, i la majoria de les cèl·lules normals no es mouen a altres parts del cos.
- Les cèl·lules canceroses fan que els vasos sanguinis creixin en direcció als tumors. Aquests vasos sanguinis porten oxigen i nutrients als tumors i treuen els productes de rebuig dels tumors.
- Les cèl·lules canceroses s'amaguen del sistema immunitari. Aquest sistema sol destruir les cèl·lules danyades o anormals.
- Les cèl·lules canceroses enganyen al sistema immunitari per seguir vives i multiplicar-se. Algunes cèl·lules canceroses aconseguen que les cèl·lules immunitàries protegeixin el tumor en comptes d'atacar-lo.
- Les cèl·lules canceroses incorporen nombrosos canvis en els cromosomes, com parts del cromosoma que es repeteix o falla.
- Algunes cèl·lules canceroses tenen el doble de cromosomes normals.
- Les cèl·lules canceroses depenen de nutrients que son diferents als que necessiten les cèl·lules normals. Algunes cèl·lules canceroses creen energia dels nutrients de maneres diferents a les que utilitzen la majoria de cèl·lules normals. Això permet que es multipliquin molt més ràpid.

El tipus de càncer es defineix entre altres coses per el teixit o l'òrgan en el que s'ha originat. Des d'una perspectiva més estricta, es poden definir tants tipus de càncer com malalts hi ha, però de manera resumida s'agrupen per el teixit que els va originar (*SEOM - Puente i Velasco, 2019*).

Tal i com explica el Doctor Salvador Macip, en el seu llibre "Què és el càncer i per què no hem de tenir-li por" (Macip, 2012, p. 41), els principals tipus de càncer, classificats segons les cèl·lules d'origen són els següents:

- Sòlids (tumors malignes):
 - Carcinomes: càncers de cèl·lules epitelials (les que recobreixen tots els òrgans i les cavitats). Són els més freqüents.
 - Sarcomes: càncers que comencen als ossos, músculs, cartilags, vasos sanguinis o greix. Son rars.
 - De cèl·lules germinals: càncers que s'originen a les cèl·lules que participen en la reproducció (les que trobem als testicles i els ovaris).
 - Blastomes: càncers poc freqüents que apareixen sobretot en infants. Les cèl·lules d'origen són de les poques que tenim a l'organisme que encara no estan del tot definides (són semblants a les cèl·lules mare: no s'han convertit encara en cap dels tipus de cèl·lulars que formen els teixits), es poden veure en diferents òrgans.
 - Limfomes: càncer de cèl·lules de la sang que formen tumors als nòduls limfàtics, on s'acumulen.
- No sòlids:
 - Leucèmies: càncers de cèl·lules de la sang (glòbuls blancs), que circulen pels vasos sanguinis.

A mesura que un tumor cancerós creix, el torrent sanguini o el sistema limfàtic poden transportar cèl·lules canceroses a altres parts del cos. Durant aquest procés, les cèl·lules canceroses creixen i poden desenvolupar-se en nous tumors, això es coneix com metàstasi (ASCO, 2019).

Uns dels primers llocs on el càncer normalment s'escampa són els ganglis limfàtics. Aquests ganglis son òrgans minúsculs en forma de pèsol que ajuden a combatre les infeccions. Estan ubicades en grups en diferents zones del cos.

El càncer també pot escampar-se a través del torrent sanguini a parts més llunyanes del cos, com poden ser els ossos, el fetge, els pulmons o el cervell (ASCO, 2019).

2.1.2. Epidemiologia i incidència a l'Estat Espanyol

Segons l'informe "*Las cifras del cáncer en España 2023*" realitzat per la *Sociedad Española de Oncología Médica* (SEOM, 2023), el càncer a Espanya és una de les principals causes de morbimortalitat. El nombre de casos diagnosticats a Espanya l'any 2023 s'estima que arribarà als 279.260 casos, segons els càlculs de la *Red Española de Registros de Cáncer* (REDECAN), aquestes xifres suposen una estabilització respecte l'any passat. També s'espera un increment en la incidència del càncer a nivell mundial, a Espanya s'estima que l'any 2040 la incidència arribi als 341.000 casos. No obstant, la realitat pot ser lleugerament

diferent, ja que aquesta estimació no inclou encara el possible efecte de la pandèmia de la COVID-19.

Els càncers més freqüents diagnosticats a Espanya aquest any 2023 seran, segons l'informe, els de còlon i recte (42.721 nous casos), mama (35.001), pulmó (31.282), pròstata (29.002) i bufeta urinària (21.694). També, però amb menys incidència, hi haurà limfomes no hodgkinians (9.943), càncer de pàncrees (9.280), ronyó (8.626), melanoma maligne cutani (8.049), càncers de boca i faringe (7.882), úter (7.171), estómac (6.932) i fetge (6.695) (SEOM, 2023).

Per sexe, en els homes, igual que l'any 2022, seran majoritàriament càncers de pròstata (29.002), còlon i recte (26.357), pulmó (22.266) i bufeta (17.731). En les dones, els més freqüentment diagnosticats seran el càncer de mama (35.001) i el de còlon i recte (16.364). En aquest últim col·lectiu el càncer de pulmó es manté com a tercer tumor amb més incidència dels de l'any 2019 degut a l'augment del consum de tabac (SEOM, 2023).

En els últims 20 anys, el nombre de tumors diagnosticats ha experimentat un creixement constant a Espanya degut no només a l'augment de la població, sinó també a l'augment de les tècniques de detecció precoç i a l'augment de l'esperança de vida, ja que el risc de desenvolupar tumors augmenta amb l'edat (SEOM, 2023 - Puente i Velasco, 2019).

Encara que el risc de desenvolupar un càncer ha augmentat, afortunadament el risc de mortalitat per càncer ha anat disminuint de manera considerable en les últimes dues dècades. Tot i que el 50% dels malalts diagnosticats de càncer a Espanya viuen més de 5 anys, aquells que pateixen càncer avançat solen tenir supervivències més curtes. El comportament, pronòstic i tractament dels diversos tipus de càncer, fins i tot dins les diferents fases evolutives d'un mateix tumor, son molt variables (SEOM, 2023 - Puente i Velasco, 2019).

El nombre de defuncions per càncer a Espanya l'any 2021 va ser de 109.589 casos. La mortalitat per càncer afecta fonamentalment a adults d'edat avançada. Del total de els defuncions, el 76,24% es va produir en persones de 65 anys o més (*Asociación Española Contra el Cáncer*, 2022).

2.2. Impacte integral del càncer

El càncer implica un impacte que transcendeix la commoció física, ja que implica també un procés emocional que involucra aspectes personals, familiars i ambientals de la persona

afectada, la qual cosa ens fa tenir una mirada biopsicosocial d'aquesta malaltia. En el procés oncològic es genera un clima afectiu complex de preguntes i canvis profunds en els diversos contextos on va el pacient. Davant d'una pèrdua tan important com ho és la salut i tot el que això implica, la persona experimenta la vivència d'un dol oncològic, una manera de gestió i afrontament en la persona i el seu entorn (Andrés, 2005).

El càncer és una malaltia que cultural i històricament s'ha relacionat amb el dolor, patiment i mort. El moment del diagnòstic, així com el seu tractament, genera un fort impacte a nivell emocional pel pacient i la seva família. És una experiència vital estressant, moltes vegades inesperada, que suposa un canvi important en la vida de les persones que el pateixen i també en el seu entorn. La persona passa d'estar sana, amb les seves ocupacions i problemes quotidians, a ser una persona amb una malaltia greu (Lliga contra el càncer, 2022).

Com s'ha comentat abans, el fet, sumat a l'agressivitat dels tractaments oncològics, fa que el procés de càncer afecti no només a la persona que la pateix, sinó que també incideix en el benestar i la qualitat de vida de la seva família. Tots ells pateixen en totes les dimensions: física, espiritual, psicològica i social (Valle, 2018).

La complexitat psicosocial en el càncer es caracteritza per ser multifactorial i multidimensional, es compon de múltiples elements biopsicosocials, espirituals i ètics que s'interrelacionen en situacions canviants i evolutives (Maté-Méndez et al., 2021).

La complexitat psicosocial és un concepte multidimensional en el que el pacient experimenta una alta sensació d'amenaça, la qual cosa provoca dificultats per enfrontar la malaltia especialment quan té un pronòstic incert. Aquestes dificultats generen malestar emocional, manifestades a partir de reaccions traumàtiques poc adaptatives, com símptomes d'ansietat i depressió greu, especialment en pacients amb historial de temptatives de suïcidi (Casellas-Grau et al., 2020).

2.2.1. Dimensió mèdica i física

Els efectes físics que experimenten els pacients amb càncer poden ser deguts al mateix càncer o als tractaments agressius utilitzats per combatre'l. L'alleujament d'aquests efectes secundaris és un aspecte important de l'atenció del càncer i es coneix com a cures pal·liatives o atenció de suport. És important parlar amb l'equip d'atenció mèdica sobre els efectes

secundaris específics que experimenta el pacient i, per tant, conèixer les millors maneres de controlar-los i tractar-los (ASCO, 2018).

Els efectes secundaris es poden organitzar en tres tipus (MD Anderson Cancer Center Madrid, 2022):

- **Efectes secundaris a curt termini:** són els que es produeixen durant el tractament. Entre els símptomes freqüents hi ha nàusees, caiguda del cabell, dolor, cansament i pèrdua de pes. En general, aquests efectes secundaris desapareixen una vegada finalitza el tractament actiu. Normalment, es recreen medicaments per reduir al mínim aquests efectes. Les teràpies complementàries com el ioga, acupuntura i massatges són útils en combinació amb la medicació per potenciar l'alleujament dels símptomes relacionats amb el mateix càncer o amb el tractament.
- **Efectes secundaris a llarg termini:** són els que apareixen durant el tractament i persisteixen una vegada ha finalitzat.
- **Efectes secundaris retardats:** són els símptomes que apareixen mesos o anys després d'haver finalitzat el tractament, com poden ser, insuficiència cardíaca, osteoporosis, entre d'altres.

Com s'ha esmentat anteriorment, de vegades els efectes secundaris físics poden ser presents després d'acabar el tractament. Els metges ho coneixen com a efectes retardats, si es presenten o duren més de mesos o anys després del tractament. Els especialistes en cures pal·liatives poden ajudar a tractar aquests efectes retardats. Aquesta és una part important de l'atenció del supervivent (American Society of Clinical Oncology, 2021).

2.2.2. Dimensió psicològica

Un diagnòstic de càncer comporta un nivell de malestar emocional molt significatiu en més de la meitat del i les pacients. Es tracta d'un malestar que arriba a necessitar intervenció clínica aproximadament al 30% dels casos. Sabem que les necessitats psicològiques dels familiars propers i cuidadors són iguals o més greus; per tant, estem parlant de més de 260.000 persones (entre pacients i familiars) a Espanya que necessiten ajuda d'un professional de la psicologia a partir del diagnòstic. Tanmateix, sabem que aquest malestar psicològic no s'ha distribuït per igual al llarg de la població amb càncer. A l'inici de la pandèmia de la Covid-19, el percentatge de pacients amb malestar psicològic que requeria intervenció clínica era del 34,3%, però aquest percentatge va empitjorar fins a arribar al 40,8% el desembre del 2020

(Impacto del cáncer en España: una aproximación a la inequidad y los determinantes sociales - AECC, 2021).

Si atenem al percentatge de malestar psicològic significatiu per sexe, en el cas dels homes hi ha hagut una millora al llarg del temps, passant d'un 32% a un 26,7%. Per altra banda, en el cas de les dones, el percentatge va passar del 34,8% a l'abril del 2020 fins a arribar a un 45,1% al desembre del mateix any. Sabem que aquest malestar clínic ha estat significativament més alt entre les persones més joves i també entre les persones amb un menor nivell d'ingressos (*Impacto del cáncer en España: una aproximación a la inequidad y los determinantes sociales - AECC, 2021*).

Tal i com s'ha esmentat anteriorment, cal tenir en compte que el pacient passa d'estar sa, amb les seves ocupacions i problemes quotidians, a ser una persona amb una malaltia greu. D'aquesta manera cadascú reaccionarà de forma diferent al diagnòstic de càncer, ja que com s'ha esmentat, s'acompanya d'una sèrie d'emocions negatives (tristesa, por, ràbia, etc.) tot i que la persona pretengui negar-ho per no preocupar al seu entorn més proper o per por a ser considerat fràgil o dèbil. A aquest conjunt d'emocions experimentades tant per part del malalt com per part dels familiars, se'l coneix com a malestar emocional. En general, aquest malestar emocional triga un temps (pot ser més llarg o més curt), fins que la persona assimili i s'adapti a la nova situació (Lliga contra el càncer - Comarques de Tarragona i Terres de l'Ebre, 2021).

Els símptomes més freqüents d'aquest malestar emocional poden ser: nerviosisme, tristesa, plor, culpabilitat, ràbia, autocompassió, desesperació, avorriment, esgotament emocional, alteracions de la son, por a la mort i al patiment, desinterès per les coses, negació, desig de morir, idees suïcides, sensació de pèrdua de control, sensació d'inutilitat, incomprensió, dificultat per a pensar i concentrar-se, atenció centrada en la malaltia, queixes i demandes desmesurades, bloqueig emocional, entre d'altres. Després d'un diagnòstic de càncer sorgeixen expectatives i pors relacionades amb la mort, el dolor, el patiment i deteriorament físic, incapacitat, la pèrdua de control, la dependència dels altres, l'anul·lació del projecte vital, la por a ser abandonat i a la situació d'abandonament en què poden quedar els éssers estimats, la repercussió que poden tenir els tractaments. Totes aquestes pors apareixen en major o menor mesura i provoquen un elevat nivell d'estrès el qual hauran d'afrontar (Lliga contra el càncer - Comarques de Tarragona i Terres de l'Ebre, 2021).

És inevitable experimentar un cert malestar emocional després d'un diagnòstic tan carregat de significacions negatives. El que és important és distingir entre la presència d'un malestar emocional normal i adaptatiu, d'aquell malestar psicopatològic i desadaptatiu, aquest últim

requereix la intervenció del psicooncòleg i, en certs casos, del psiquiatre. Per una banda, el malestar emocional normal/adaptatiu es dona quan les emocions experimentades per la persona tendeixen a reduir tant en intensitat com en freqüència mínima en la seva vida quotidiana. El pacient, malgrat el seu estat emocional, és capaç de desconnectar, de gaudir determinats moments, d'atendre les seves responsabilitats, etc. Per l'altra banda el malestar emocional psicopatològic/desadaptatiu es dona quan la reacció emocional de la persona és molt intensa, està present tot el dia, la seva intensitat i freqüència no tendeix a cedir a mesura que passen els dies i interfereix de forma rellevant en múltiples àrees de la vida de la persona. També es caracteritza per reaccions desproporcionades com pot ser una marcada desesperança, la presència d'idees suïcides o la negació a sotmetre's a un tractament davant un diagnòstic de càncer en una fase precoç i amb bon pronòstic (Lliga contra el càncer - Comarques de Tarragona i Terres de l'Ebre, 2021).

Aquest malestar emocional que presenten les persones amb càncer no sempre és reconegut per els/les professionals que els atenen, encara que s'estima que el malestar està present fins a un 45% dels pacients en algun moment de la malaltia. Quan les persones presenten una malaltia més avançada, la complexitat psicosocial augmenta, ja que la prevalença del patiment emocional és major del 50% de pacients amb càncer avançat, i s'estima que entre un 35% i un 50% de pacients en cures pal·liatives poden presentar algun trastorn afectiu durant el curs de la malaltia (Maté-Méndez et al., 2021).

Les cures pal·liatives determinades per la salut mental inclouen exercicis, ajuda psicològica, meditació i en certs casos medicació per ajudar amb l'ansietat, depressió o problemes per dormir. El/la psicooncòleg/òloga normalment suggereix fer activitats que ajudin a reduir l'estrès i l'ansietat (American Society of Clinical Oncology, 2021).

Un malestar significatiu i un enfrontament inadequat o deficient repercutirà negativament sobre la qualitat de vida i el benestar del pacient, i per tant, també sobre els cuidadors principals (Maté-Méndez et al., 2021).

2.2.3. Dimensió espiritual

L'alleujament dels símptomes i els efectes secundaris és una part important del tractament i l'atenció espiritual és un tipus de cures pal·liatives. Pot ser de gran ajuda abordar-ho amb algunes inquietuds o preguntes que el pacient i les famílies tenen durant el càncer i el seu tractament (ASCO, 2019).

Els valors religiosos i espirituals són importants per a moltes persones, ja que aquestes creences religioses afecten la manera de viure la vida. No obstant això, les persones tenen diferents idees sobre la vida després de la mort, la creença en miracles i altres creences religioses. Hi ha pacients amb càncer que depenen de les creences i pràctiques religioses per ajudar-los a fer front a la malaltia, això s'anomena enfrontament espiritual. Cada persona pot tenir diferents necessitats espirituals segons les seves tradicions culturals i religioses (*Instituto Nacional del Cáncer, 2020*).

L'ésser humà, a més de necessitar atenció professional mèdica, també necessita atenció espiritual per poder canalitzar els sentiments i poder equilibrar les molèsties. En certs casos, la dimensió espiritual, essent una necessitat vital, no s'atén completament, a causa de diversos factors: desconeixement de la importància de l'espiritualitat com a mitjà per encarar la malaltia, personal no capacitat en temes espirituals i/o el sistema de salut no permet conèixer de manera profunda al/la pacient, ja que el temps que s'assigna a cada pacient és molt curt (*Fernández - Díaz, 2019*).

L'espiritualitat pot constituir una important estratègia per fer front a les complicacions que afecten la totalitat del pacient, com el diagnòstic i el tractament del càncer, un esdeveniment impregnat per l'estrès que provoca un fort impacte en la vida de l'individu (*Prado et al., 2016 citant a Galvis i Pérez, 2011*). Pot convertir-se en una poderosa font de força promovent la qualitat de vida i l'adaptació a la malaltia, ja que capacita a la persona a poder realitzar canvis positius en la seva manera de viure i de prendre major consciència de com les seves creences, actituds i comportaments influeixen positivament o negativament sobre la seva salut (*Núñez et al., 2011 citant a Navas i Villegas, 2007*).

El càncer suposa, per les persones afectades, una ruptura brusca amb la vida quotidiana, la qual cosa condueix a un procés de despersonalització, on el "jo - persona" és substituït pel "jo - càncer". Això condueix a un procés cíclic de lluita, esperança i resignació associat als sentiments de por i capacitat de curació. A causa del fet que els metges no poden estar segurs sobre què va originar la malaltia, moltes persones solen crear-se idees pròpies sobre les causes del càncer. Algunes d'elles pensen que les estan castigant per alguna cosa que van fer o que no van fer en el passat (*Fernández - Díaz, 2019*).

Els pacients amb alt índex d'espiritualitat són més propensos a desenvolupar les mateixes potencialitats per cuidar-se i enfrontar més positivament les situacions d'alt nivell d'estrès (*Núñez et al., 2011*). Un sentit transcendental de la vida, la religiositat i la pràctica religiosa, s'associen amb un millor enfrontament i benestar psicològic (*Fernández - Díaz, 2019*).

Malgrat com és de dur enfrontar-se a un diagnòstic de càncer, aquesta vivència pot suposar canvis en l'escala de valors, i es coneix com a creixement posttraumàtic. Són moltes les persones que després de la malaltia valoren més la vida, senten que han enfortit les seves creences religioses o espirituals, i que ha millorat el seu estat emocional. Moltes persones miren el futur amb optimisme i afirmen tenir menys por a la mort. L'experiència de la malaltia, malgrat ser una situació molt dura, pot resultar enriquidora en l'àmbit personal (*Asociación Española Contra el Cáncer, 2021*).

És importat considerar la manera i el moment per abordar la religió i l'espiritualitat amb els pacients i la millor forma de fer-ho en diferents entorns mèdics. Encara que el tractament d'inquietuds espirituals se sol considerar una qüestió de l'estadi terminal d'una malaltia, les inquietuds sorgeixen en qualsevol moment després del diagnòstic. El reconeixement de la importància d'aquestes inquietuds i el seu tractament, fins i tot amb brevetat durant el diagnòstic, pot facilitar una millor adaptació en el curs del tractament i propicien un context per un diàleg més enriquit més endavant durant la malaltia (*Instituto Nacional del Cáncer, 2023*).

Segons l'*Instituto Nacional del Cáncer (2023)*, és possible considerar diverses modalitats d'intervenció o d'assistència en el tractament de les inquietuds espirituals dels pacients:

- Exploració per part del metge o un altre proveïdor d'atenció de la salut dins del context de l'atenció mèdica habitual.
- Instar als pacients a buscar ajuda entre els membres del seu propi cercle.
- Derivació formal a un capellà d'hospital.
- Derivació a un terapeuta religiós o especialitzat en qüestions de fe.
- Derivació a grups de suport que tracten qüestions espirituals.

2.2.4. Dimensió social

La vivència que el malalt té sobre la seva malaltia està molt influenciada per la naturalesa del seu entorn familiar.

A Espanya s'estima que 48.508 persones diagnosticades de càncer cada any viuen soles (*Impacto del cáncer en España: una aproximación a la inequidad y los determinantes sociales - AECC, 2021*). Però, en els pacients que compten amb familiars, en molts casos existeix un bloqueig emocional que fa que els familiars del malalt es sentin incapaços d'abordar la situació mentre els envaeix la por, la incertesa i la impotència (*Santiago, 2022*).

Quan una persona té càncer, tota la família es veu afectada directa o indirectament. La millor manera d'ajudar pot ser informant-se sobre la malaltia i els tractaments que rebrà el familiar malalt, les reaccions emocionals més habituals i les preocupacions més freqüents. És recomanable comportar-se amb naturalitat, sense dramatismes, intentant mantenir una actitud positiva i tractant de transmetre recolzament i energia, sobretot en els moments en els que el pacient pugui estar més desanimat o dèbil. És fonamental que els cuidadors també es permetin ser cuidats i demanar ajuda si és necessari, ja que com a familiars també estan experimentant un nivell intens d'emocions i pensaments (Santiago, 2022).

Les cures pal·liatives no només són per la persona que té càncer, també poden incloure atenció pels cuidadors i els fills dels malalts. Els familiars aporten un important recolzament físic, pràctic i emocional a la persona amb càncer, però, especialment els familiars cuidadors, també poden experimentar estrès, ansietat, depressió i frustració. Aquestes cures pal·liatives els ajuden a trobar un equilibri entre donar atenció i també millorar la seva qualitat de vida (American Society of Clinical Oncology, 2021).

El diagnòstic de càncer suposa una alteració dinàmica familiar que exigeix un nivell d'ajustament i de flexibilitat adaptativa significatius per part dels seus diferents membres, amb l'objectiu d'aconseguir una adaptació el més adequada possible a les exigències que la malaltia i els tractaments imposen. El càncer uneix a unes famílies i en divideix a altres, però en cap cas la família s'allibera dels canvis que produeix una malaltia que amenaça la vida d'un individu. Si la relació és bona abans del diagnòstic de càncer, aquesta s'enfortirà durant el procés. En canvi, si la família ja presentava problemes previs, aquests es poden accentuar durant i després de la malaltia. Els canvis que afecten a un membre del sistema familiar influeixen alhora a la resta de membres. D'aquesta manera, el càncer altera el funcionament familiar existent fins al moment per ser un esdeveniment altament estressant al qual la família ha d'adaptar-se. Al mateix temps, la reacció dels familiars a l'experiència també afecta a l'adaptació psicosocial de l'individu que pateix la malaltia (Lliga contra el càncer - Comarques de Tarragona i Terres de l'Ebre, 2022).

Les dificultats socials, com un baix suport o un risc d'exclusió social, agreugen la complexitat psicosocial del pacient. Cal que l'equip assistencial faci un seguiment correcte del cas, ja que un treball inadequat per part de l'equip és un element més de complexitat psicosocial en pacients amb càncer (Casellas-Grau et al., 2020).

2.3. El vincle

La vinculació afectiva es defineix com una relació única, específica i perdurable, entre dues persones. Aquesta relació té efectes profunds en el desenvolupament físic i psicològic, així com en el desenvolupament intel·lectual, durant els primers anys de vida es constitueix, en el fonament de la relació pares - fills que es desenvolupa al llarg del temps (Guerra, 2013).

El vincle afectiu s'estableix des dels primers moments de vida entre el progenitor o cuidador i l'infant. La seva funció és assegurar la cura, el desenvolupament psicològic i la formació de la personalitat. L'establiment dels vincles des de la infància més primerenca es relaciona principalment amb dos sistemes: el sistema exploratori, el qual permet a l'infant connectar amb l'ambient físic a través dels sentits; i el sistema d'afiliació, mitjançant el qual els infants contacten amb altres persones (López, 2009).

Aquests vincles es tradueixen en les conductes que estableixen els infants, i posteriorment els adults, per aconseguir la proximitat de les figures del vincle en moments de por, ansietat o estrès, el que dona significat a aquestes conductes de supervivència i autoconservació. Aquestes conductes que permeten establir relacions significatives entre els cuidadors i els infants i entre els adults, sorgeixen a partir de representacions mentals internalitzades, les quals es defineixen com pautes o estils de vincle (Pinedo et al., 2006, citant a Bowlby, 1977).

Existeixen quatre tipus de vincle (González, 2019 citant a Bowlby, 1969):

- **Vincle segur:** Es dona quan l'infant té confiança en la disponibilitat, comprensió i ajuda que la figura parental li donarà davant situacions adverses. L'infant es sent animat a explorar el món, la figura d'aferrament, està disponible i atenta a les seves necessitats, preparada per respondre, l'infant manifesta una cerca activa del contacte amb el progenitor i ofereix respostes adequades davant d'ell. Expressa una àmplia gamma de sentiments positius i negatius. Aquest tipus d'aferrament evoca sentiments de pertinença, d'acceptació de si mateix i de confiança de base.
- **Vincle insegur - ansiós ambivalent:** L'infant no té la certesa que la figura paternal/maternal estigui disponible o preparada per respondre. La presència del progenitor no el calma després d'una absència curta, manifesta ambivalència, és a dir, pot reaccionar amb còlera cap al progenitor, rebutjant-la i seguidament el busca ansiosament. Es donen manifestacions prolongades de ràbia, por i malestar.
- **Vincle evitatiu:** L'infant tendeix a ignorar o a fugir del progenitor, al mateix temps, que la conducta de l'infant tendeix a amplificar la conducta inapropiada del progenitor.

L'infant mostra una ansietat igual o major en companyia del progenitor, que en companyia d'estrany, fan l'efecte de ser infants freds o indiferents amb els adults, volen intentar viure la seva vida emocional sense el suport dels adults, tendeixen a l'autosuficiència i gairebé no manifesten expressions de por, malestar o ràbia. Els progenitors es relacionen amb l'infant amb una barreja d'angoixa, rebuig, repulsió i hostilitat, que es manifesta en actituds controladores, intrusives i sobre estimulants, se senten amenaçats pels plors dels nadons o per les necessitats insatisfetes, senten que no controlen la situació, i per això neguen les necessitats al nadó, forçant-li a modificar el seu estat emocional o distorsionant els sentiments en altres més tolerables.

- **Vincle insegur desorganitzat:** Es produeix un vincle que es trenca contínuament, ja que es tracta d'un vincle superficial, produint relacions de cerca i evitació de la figura materna/paterna. Pràctiques parentals altament incompetents i patològiques, producte d'haver patit experiències molt traumàtiques i/o múltiples pèrdues no elaborades en la infància dels progenitors. Es tracta de pares/mares amb patologies psiquiàtriques cròniques, alcoholisme i toxicomanies. En aquests casos és freqüent l'estil parental violent, desconcertant i imprevisible, es produeix una paradoxa vital: si l'infant s'apropa buscant establir vincle, provoca ansietat en els progenitors, però si s'allunya, se senten provocats i canalitzaran la seva ansietat mitjançant comportaments hostils i de rebuig.

La família és un sistema social amb una dinàmica pròpia, és un espai per l'efecte i la participació. Es comparteixen elements essencials de la vida i es teixeixen els vincles afectius quan es viu una relació de confiança, diàleg i respecte, forjant així l'estabilitat emocional dels infants. Els vincles afectius són l'expressió de la unió entre pares i fills (Pérez i Támara, 2012). El vincle es veu influenciat pels canvis que poden produir-se dins del sistema familiar i entre els sistemes familiars d'un mateix individu, així com pel paper que aquest mateix individu experimenta en aquests diferents escenaris (Rodríguez, 2017 citant a Lafuente i Cantero, 2010).

La influència dels canvis en l'atenció rebuda des de l'exterior, i també la influència de determinats períodes del cicle vital, com l'adolescència, poden contribuir a una modificació de l'estil del vincle. L'estabilitat del vincle a llarg termini augmenta en la mesura en què augmenta l'edat, i que l'estil de vincle segur és el més estable (Rodríguez, 2017).

Les persones que han gaudit d'una figura cuidadora i que els hi ha proporcionat uns referents de regulació afectiva i control, expressen una valoració positiva de l'altre, i les relacions interpersonals s'experimenten com una font de satisfacció i benestar. Amb un cuidador d'aquestes característiques, l'individu és capaç d'acceptar les atencions que rep i respondre en consonància. Les persones que han tingut cuidadors inconsistents o inaccessibles, solen establir relacions en les quals se senten fàcilment frustrats i sense gratificació. En aquests casos, les persones amb un vincle evitatiu tendeixen a inhibir un comportament que afavoreix la comunicació i la demanda d'ajuda. En canvi, les persones amb vincle ambivalent, sacrifiquen les relacions, ja que se senten atrapats en les emocions negatives que els genera aquesta frustració (Rodríguez, 2017 citant a Yárnoz, 2008).

Bartholomew i Horowitz (1991) descriuen un model d'estils de vincle en adults amb la conceptualització positiva o negativa d'un mateix i dels altres que pot tenir una persona. Les persones amb un vincle segur es caracteritzen per tenir una visió positiva d'ells mateixos i dels altres, de manera que se senten còmodes amb la relació amb els altres. Les persones amb un vincle insegur-preocupant es caracteritzen per tenir una visió negativa de si mateixos i una visió negativa dels altres, la qual cosa els porta a buscar de manera ansiosa l'acceptació i l'aprovació dels altres. Les persones amb un vincle temorós, es caracteritzen per una visió negativa de si mateixos i dels altres, es mostren altament dependents dels altres. Finalment, les persones amb un vincle insegur-evitatiu es caracteritzen per una visió positiva de si mateixos i negativa dels altres, eviten la intimitat i l'apropament.

Els estils de vincle en els joves i els adults estan relacionats amb les experiències primerenques en la infància. La relació amb els nostres pares poden influir en els futurs vincles. Si tenim cuidadors amorosos que ens ofereixen seguretat i protecció, podem desenvolupar un vincle segur. Si els nostres pares són distants, o si a vegades ens cuiden, però en d'altres són negligents, desenvoluparem models mentals de desconfiança o preocupació en els nostres vincles. La presència de pares o cuidadors, la seva disponibilitat i els seus missatges d'amor incondicional influeixen de manera directa a l'autoestima, així com poden influir en les relacions que tenim durant l'edat adulta (Martínez, 2021).

Quan apareix una malaltia com el càncer, segurament el pacient buscarà contacte emocional de les persones més properes. La seguretat afectiva més propera per a qualsevol persona és la que prové de la família. Això és especialment rellevant en l'etapa infantil: tanmateix, en l'etapa adulta, aquesta seguretat es busca en la família, i especialment en la parella. Encara que les persones estableixin vincles afectius amb diferents persones i grups dins i fora del grup familiar, els referents familiars durant l'edat adulta segueixen tenint importància

(Rodríguez, 2017). La família continua essent el referent emocional principal de les persones afectades pel càncer, tenint en compte que l'afecte i l'amor són les principals motivacions dels familiars (Rodríguez, 2017 citant a Garcia, 2011).

L'estil de vincle influeix en la percepció que el pacient té del seu grau d'empatia amb el cuidador familiar i en l'aliança terapèutica que estableix amb el metge, de manera que les persones amb un vincle segur mostren una major proximitat amb el seu cuidador, i estan més satisfetes de la relació metge-pacient (Rodríguez, 2017 citant a Calvo et al., 2014).

L'aparició de qualsevol dificultat, com ho és el càncer, suposa un moment d'inflexió per la família, donat que pot arribar a alterar la dinàmica quotidiana de cada un dels seus membres, i per l'impacte emocional que comporta, no obstant això, pot constituir una situació que provoqui noves formes d'organització més efectives i afectives, i el reforç dels vincles entre els diferents membres de la família (Rodríguez, 2017).

2.4. Estrès posttraumàtic

El concepte de trauma es pot definir com un defecte fonamental d'integració d'una sèrie de vivències que trenquen el sentiment de seguretat de la persona en si mateixa i en els altres. És la pèrdua de dignitat del propi jo i de la pròpia persona, és la pèrdua de confiança bàsica (Marne, 2020). El que converteix una experiència en traumàtica és la intensitat amb la qual s'experimenten les emocions en certes situacions. En sorgir de manera brusca, amb intensitat, posen en perill la integritat física i/o psicològica i resulta inesperat i incontrolable, per tant, la persona es mostra incapaç d'afrontar-ho i apareixen conseqüències dramàtiques per la víctima (Marne, 2020 citant a Janet, 1899).

Els criteris diagnòstics segons del DSM-V (APA, 2013) pel trastorn d'estrès posttraumàtic són:

- A. Exposició a la mort, lesió greu o violència sexual, sigui real o amenaça, en una (o més) de les maneres següents:
 - a. Experiència directa del succés (os) traumàtic (s).
 - b. Presència directa del succés (os) ocorreguts per altres.
 - c. Coneixement de que el succés traumàtic li ha passat a un familiar pròxim o a un amic íntim. En els casos d'amenaça o realitat de mort d'un familiar o amic, el succés (os) ha d'haver estat violent o accidental.

- d. Exposició repetida o extrema a detalls repulsius del succés (os) traumàtic (s) (p. ex., socorristes que recullen restes humanes; policies repetidament exposats a detalls del maltractament infantil).

Nota: El criteri A4 no s'aplica a l'exposició a través de mitjans electrònics, televisió, pel·lícules o fotografies, llevat que aquesta exposició estigui relacionada amb la feina.

B. Presència d'un (o més) dels símptomes d'intrusió següents associats al succés (os) traumàtic(s), que comença després del succés (os) traumàtic(s):

- a. Records angoixants i recurrents, involuntaris i intrusius del succés (os) traumàtic(s).
- b. Somnis angoixants recurrents en els quals el contingut i/o l'efecte del somni està relacionat amb el succés (os) traumàtic(s).
- c. Reaccions dissociatives (p. ex., escenes retrospectives) en les que el subjecte sent o actua com si es repetís el succés (os) traumàtic(s). (Aquestes reaccions es poden produir de forma contínua, i l'expressió més extrema és una pèrdua completa de consciència de l'entorn present).
- d. Malestar psicològic intens o prolongat en exposar-se a factors interns o externs que simbolitzen o s'assemblen a un aspecte del succés (os) traumàtic(s).
- e. Reaccions fisiològiques intenses a factors interns o externs que simbolitzen o s'assemblen a un aspecte del succés (os) traumàtic(s).

C. Evitació persistent d'estímuls associats al succés (os) traumàtic(s), que comença després del succés (os) traumàtic(s), com es posa de manifest per una o les dues característiques següents:

- a. Evitar o esforçar-se per evitar records, pensaments o sentiments angoixants sobre o estretament associats al succés (os) traumàtic(s).
- b. Evitació o esforç per evitar recordatoris externs (persones, llocs, converses, activitats, objectes, situacions) que despertin records, pensaments o sentiments angoixants sobre o estretament associats al succés (os) traumàtic(s).

D. Alteracions negatives cognitives i de l'estat d'ànim associades al succés (os) traumàtic(s), que comencen o empitjoren després del succés (os) traumàtic(s), quan es posen de manifest dues (o més) de les característiques següents:

- a. Incapacitat per recordar un aspecte important del succés (os) traumàtic(s) (degut típicament a amnèsia dissociativa i no a altres factors com una lesió cerebral, alcohol o drogues).

- b. Creences o expectatives persistents o exagerades sobre un mateix, els altres o el món (p. ex., “estic malament”, “no puc confiar en ningú”, “el món és molt perillós”, “tinc els nervis destrossats”).
 - c. Percepció distorsionada persistent de la causa o les conseqüències del succés (os) traumàtic(s) que fa que la persona s’acusi a sí mateixa o als altres.
 - d. Estat emocional negatiu persistent (p. ex., por, terror, culpa o vergonya).
 - e. Disminució considerable de l’interès o la participació en activitats significatives.
 - f. Sentiment de desfarrament o estranyesa dels altres.
 - g. Incapacitat persistent d’experimentar emocions positives (p. ex., felicitat, satisfacció o sentiments amorosos).
- E. Alteració important de l’alerta i reactivitat associada al succés (os) traumàtic(s), que comença o empitjora després del succés (os) traumàtic(s), com es posa de manifest per dues (o més) de les característiques següents:
- a. Comportament irritable i rampells de fúria (amb poca o cap provocació) que s’expressen típicament com agressions verbals o físiques contra la persona o objectes.
 - b. Comportament imprudent o autodestructiu.
 - c. Hipervigilància.
 - d. Resposta de sobresalt exagerada.
 - e. Problemes de concentració.
 - f. Alteració del son (p. ex., dificultat per conciliar o continuar el somni, o son inquiet).
- F. La duració de l’alteració (Criteris B, C, D i E) és superior a un mes.
- G. L’alteració causa malestar clínicament significatiu o deteriorament en l’àmbit social, laboral o altres àrees importants del funcionament.
- H. L’alteració no es pot atribuir als efectes fisiològics d’una substància

Un succés traumàtic no necessàriament té el seu origen en una situació greu on la integritat d'un mateix i d'altres persones es veu amenaçada. Hi ha molts altres successos traumàtics que es poden veure minimitzats diàriament, però que també causen dolor i poden resultar aterridors (Marne, 2020).

La incidència de la síndrome complet del trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT) es mou entre el 3 i el 4% en els pacients amb diagnòstic recent en una malaltia en estadi primerenc, fins al 35% dels pacients avaluats després del tractament. Quan es mesura la incidència de símptomes semblants al TEPT (que no compleixen amb tots els criteris diagnòstics), les taxes són més altes i fluctuen entre el 20% en els pacients amb càncer en estadi primerenc, i el 80% en pacients amb càncer recurrent (*Instituto Nacional del Cáncer, 2023*).

Els aspectes de l'experiència de càncer que poden generar TEPT són (*American Society of Clinical Oncology, 2022*):

- El diagnòstic
- El dolor a causa del càncer o a problemes físics derivats.
- Les proves o els tractaments.
- Els resultats de les proves.
- Les estadístiques o els tractaments hospitalaris llargs.
- La reaparició del càncer o la por a que pugui aparèixer de nou.

El TEPT també pot afectar els cuidadors. Saber que un familiar estimat té càncer, veure'l patir i tenir una emergència constitueixen situacions traumàtiques. Un cuidador pot desenvolupar TEPT durant el tractament o anys després que la persona malalta ha superat el càncer (*American Society of Clinical Oncology, 2022*).

De fet, els familiars quan reben la notícia que un ser estimat pateix aquesta malaltia, experimenten moltes emocions: la tristesa, angoixa, por, desesperança, entre d'altres. La qual cosa els afecta enormement canviant per complet el seu estil de vida i la seva visió de futur. S'entén el trauma, com un esdeveniment que amenaça a la persona, sigui física o psicològicament, en la qual es veu afectada emocionalment la persona i pot fer referència a les persones afectades per la malaltia o als familiars que acompanyen en la lluita diària i que viuen situacions traumàtiques a l'hospital i a casa, i que tot això pot ser un factor que desencadeni diversos traumes. Aquests traumes que impacten a la persona, es poden donar després d'un diagnòstic d'una malaltia mortal, com és el cas del càncer, que està associat a la mort, degut a la seva alta taxa de mortalitat. La família que rep aquest diagnòstic, ho viu com a alguna cosa impactant i saber que un familiar té càncer és una situació traumàtica, ja que durant el tractament es poden viure situacions destructores, episodis emotius que toca viure durant un temps, mentre dura el tractament, i tot el que això comporta. Aquests episodis traumàtics poden generar en la persona sentiments de culpa, tristesa i desesperança, i és en aquest moment quan es podria desencadenar el TEPT (*Gómez, 2022*).

Per tant, és de vital importància que no només els pacients amb càncer se sotmetin a avaluacions psicològiques, sinó que també els familiars passin per avaluacions i descartin qualsevol trastorn i d'aquesta manera s'aconsegueix identificar els símptomes de manera oportuna i donar estratègies, tractament necessari, ja que els símptomes es poden donar a l'inici del tractament, durant el procés i també en la seva finalització, poden estar presents durant una gran part de la vida de les persones que han patit (Gómez, 2022).

2.5. Creixement posttraumàtic

Durant les dues últimes dècades, la psicologia ha mostrat interès a emfatitzar l'estudi dels aspectes positius del funcionament humà, com les emocions positives, els significats personals, el creixement i les fortaleses, les quals han conduït a diverses propostes d'intervencions basades en la Psicologia Positiva per millorar, amb èxit, la qualitat de la vida i reduir el malestar emocional del pacient amb càncer (Ochoa et al., 2017 citant a Casellas - Grau et al., 2014).

El terme "creixement posttraumàtic" descriu els canvis de vida positius que es desenvolupen a través d'una experiència estressant i aterridora. En el cas d'algunes persones, aquest creixement té lloc durant l'experiència del càncer. Les persones poden experimentar diferents tipus de creixement en fer front al càncer (*American Society of Clinical Oncology*, 2019):

- Millora de les relacions amb altres. Viure amb càncer pot profunditzar la connexió amb familiars i/o amics. És possible que generin una relació més estreta en donar-se suport mutu. També és possible que sigui més fàcil connectar-se amb altres persones que han viscut una situació traumàtica.
- Noves experiències de vida. Tenir càncer pot canviar les prioritats. Com a resultat, poden fer-se diferents eleccions de vida, com un canvi de professió o la superació d'una por.
- Major valoració de la vida. És possible que es valori més la vida i es tingui un nou sentit de la vulnerabilitat davant la mort. Aquesta conscienciació pot ajudar a valorar el món de noves maneres.
- Sensació de fortalesa personal. És possible desenvolupar més fortalesa mental i sentir-se empoderat. Això pot derivar-se d'un sentiment d'orgull a causa del que s'ha aconseguit.
- Desenvolupament espiritual. És possible tenir més interès a practicar la religió o afegir profunditat espiritual a la vida.

El creixement posttraumàtic és una estratègia d'afrontament i té com a objectiu contrarestar o protegir a la persona del malestar emocional causat pel qüestionament que realitza la malaltia en la coherència, el sentit i l'autoestima identitària (Ochoa et al., 2016 citant a Taylor et al., 2000). Així, aquest fenomen implica que es produeixi una verdadera transformació de la forma en que es percep a un mateix, com percep el món i la direcció de la seva vida. És el resultat d'una profunda reestructuració individual. Quan es dona una experiència traumàtica, els paradigmes i esquemes cognitius més arrelats es desestabilitzen. La manera d'entendre el món trontolla, el conjunt de significats es desafia. Enfrontar-se a la nova i dolorosa realitat, posa en marxa un procés de desconstrucció i reconstrucció de les perspectives de la persona. Això dona lloc a unes perspectives més positives i funcionals, és un viatge de transformació. Malgrat això, no és un camí exempt de dolor. L'estrès i les emocions negatives apareixen i estan presents durant el procés. Es tracta d'un element indispensable perquè el creixement es produeixi (Sanz, 2020).

De vegades, aquestes situacions extremes, com pot ser el diagnòstic d'un càncer, poden produir seqüeles psicològiques beneficioses a aquelles persones que les pateixen. D'alguna manera les emocions positives poden afectar el nostre estat de salut física o a la nostra capacitat de recuperació quan aquesta s'ha vist afectada. Alguns pacients de càncer refereixen canvis profunds positius en diversos aspectes de la seva vida, després de la vivència de la malaltia. Un afrontament centrat en el problema i la recerca de suport social, poc temps després de completar el tractament, són predictors de creixement posttraumàtic. El fet que un afrontament orientat cap a un maneig actiu de l'estressor en lloc d'evitar-lo, podria facilitar el creixement posttraumàtic, fins i tot més que altres variables com els símptomes psicològics (Vazquez i Castilla, 2007).

Els pacients amb càncer que experimenten creixement posttraumàtic tendeixen a adaptar-se a la malaltia amb major èxit, a més de presentar una millor salut mental i física i menys símptomes de malestar emocional i estrès posttraumàtic, així com de conductes més saludables i una major adherència als tractaments oncològics (Ochoa et al., 2017 citant a Helgeson et al., 2006; Sawyer et al., 2010).

El malestar emocional i el creixement posttraumàtic poden integrar-se en un mateix marc d'experiència humana. Es distingeixen dos processos principals d'adaptació davant dels esdeveniments adversos: assimilació i acomodació. Per una banda, l'assimilació se centra en el control de l'esdeveniment estressant i en l'intent de fer-lo consistent amb les mateixes creences bàsiques prèvies amb l'objectiu de mantenir-les intactes davant del canvi. El

manteniment de l'estrès posttraumàtic i del malestar emocional són indicadors globals de dificultats o disfuncions en l'assimilació. Per l'altra banda, l'acomodació representa aquells canvis que la persona fa en les seves creences bàsiques en l'esforç per incorporar una experiència difícil i intensa. Quan estem promovent el creixement posttraumàtic, estem facilitant aquest procés per reduir el malestar emocional o l'estrès posttraumàtic en resposta a la informació traumàtica provocada pel càncer (Ochoa et al., 2016).

Hi ha relació entre l'estrès i el creixement posttraumàtic, ja que alts nivells de CPT i de malestar emocional poden coexistir en les fases inicials del càncer, però que el CPT està associat a una reducció del malestar emocional en fases més tardanes de la supervivència. Després del tractament primari agut del càncer, el CPT sorgeix com a una forma d'acomodació de l'experiència oncològica, que té un valor terapèutic a través d'una reducció de l'estrès (Ochoa et al., 2016 citant a Helgeson et al., 2006).

L'estratègia de parlar amb normalitat sobre la malaltia és un predictor d'un major CPT (Vázquez i Castilla, 2007 citant a Cordova, 2001). El CPT incrementa tant en els supervivents com en els familiars després del tractament psicològic en els casos en què es va fer (Ochoa et al., 2016).

Per tant, sembla que el CPT és un constructe específicament lligat a components positius de l'individu i no es tracta simplement d'un element relacionat inversament amb components negatius (Vázquez i Castilla, 2007).

2.6. Psicooncologia

El càncer està afectat per múltiples factors, tant en la seva aparició i curs, com en la seva recuperació. Això significa que una aproximació rigorosa ha de considerar tots els aspectes involucrats, tant biològics com psicològics, tant socials com espirituals. La psicooncologia ha sorgit com a resposta a aquesta necessitat (Middelton, 2002).

L'any 1950, diferents estudis prospectius van començar a examinar les respostes psicològiques dels pacients hospitalitzats per càncer. El 1955 el grup psiquiàtric de l'Hospital general de Massachusetts sota la direcció de Finesinger i el grup d'investigació psiquiàtrica en el Centre de Càncer Memorial Sloan-Kettering, van realitzar els primers informes d'adaptació psicològica al càncer i al seu tractament. Per una altra banda, aquests grups d'investigació van forjar vincles clínics i d'investigació amb els cirurgians, radioterapeutes i

oncòlegs, establint així els primers elements del que més tard es va conèixer com a psicooncologia (Robert, 2013).

Encara que hi ha psicòlegs que treballen en aquest àmbit des de fa molts anys, no va ser fins la dècada dels 80, que aquesta disciplina es va considerar una branca de la psicologia i es va fundar la *International Psycho-oncology Society* (IPOS) l'any 1984 i a Espanya, l'any 1997 es crea la *Sociedad española de Psicooncología* (SEPO).

En els seus inicis, la psicooncologia s'enfocava exclusivament en el pacient amb tractament oncològic actiu, però avui en dia s'ha anat expandint i els objectius que avarca són la prevenció, risc genètic, aspectes de supervivència i adaptació a llarg termini, a part de les cures clíniques i la gestió de la comunicació entre metge i pacient. Cuidar l'àmbit psicosocial del pacient amb càncer, a la seva família i a l'equip oncològic (Robert, 2013). En altres paraules, la psicooncologia es basa en que el pacient sigui qui porta el rol actiu dins la seva malaltia i en el procés terapèutic.

Tal i com s'ha esmentat anteriorment, el grup de recerca del Centre de Càncer Memorial Sloan-Kettering, van ser un dels fundadors de la psicooncologia. Un dels seus membres la Doctora Jimmie Coker Holland, descriu dues grans dimensions psicooncòlogiques (Medina, 2011):

- Atendre a la resposta emocional de pacients, familiars i de totes les persones encarregades de les cures del pacient al llarg del procés de la malaltia.
- Detectar i intervenir en els factors psicològics, de comportament i aspectes socials que puguin influenciar en la mortalitat supervivència i morbiditat qualitat de la vida dels pacients amb càncer.

Els camps d'acció de la psicooncologia, es resumeixen en nou punts importants (Medina, 2011):

- Impacte del diagnòstic: Reaccions comportamentals que experimenta el pacient quan és informat de que té càncer. La resposta inicial consisteix en un xoc o bloqueig i respostes emocionals intenses com poden ser tristesa, ràbia, ansietat, entre d'altres. Són també freqüents les alteracions del son i de la gana o les dificultats de concentració i atenció.
- Impacte del pronòstic: La por més gran que afronta el pacient després de saber el diagnòstic, és què passarà amb la seva vida, quant temps li queda o com es desenvoluparà la malaltia.

- Continuïtat en el tractament: Els tractaments per el càncer són dolorosos, molests i comporten una gran quantitat i variabilitat d'efectes secundaris, és per això que el recolzament psicològic ajuda al pacient.
- Cures paliatives: Aquesta dimensió emfatitza les necessitats especials cap al control de símptomes, tant físics com emocionals.
- Gestió del dolor en el càncer: El dolor és el símptoma més temut pels pacients amb càncer, el dolor no és exclusiu de la fase terminal i produeix un deteriorament al malalt, el qual fa arribar al pacient a respostes psicològiques com la ira, irritabilitat, agressivitat, entre d'altres.
- Acompanyament al pacient terminal: La feina del psicooncòleg és crucial en aquesta etapa, ja que com a professional pots ajudar al pacient a abordar les diferents conseqüències psicològiques que afronta amb la finalitat de gestionar els sentiments del pacient i dels familiars i també guiar al pacient a prendre decisions sobre temes personals pendents.
- Teràpia grupal: La teràpia grupal ajuda a reduir l'angoixa i a augmentar la capacitat d'afrontar la situació, la qualitat de vida i les habilitats de solució de problemes.
- Capacitació: Busca donar coneixements psicològics a l'equip mèdic amb la finalitat de millorar la comunicació metge-pacient, infermers-pacient i a la vegada incrementar la confiança del malalt oncològic amb el seu equip mèdic.
- Investigació: La millor manera de generar coneixements és a través d'investigacions que ens ensenyin solucions a les problemàtiques que es presenten en cada lloc i per tant, a determinar les estratègies d'intervenció.

Davant del diagnòstic, els pacients poden sentir emocions com la por, incertesa, ràbia, apareixen també pensaments negatius. El cos s'activa i tota aquesta càrrega influeix en la forma d'actuar: irritabilitat, nerviosisme, tristesa, aïllament de l'entorn, dificultat per dormir, etc. Davant del tractament s'activen totes les pors associades als efectes que tindrà sobre el propi cos del pacient (Institute Of Oncology - Santiago, 2022).

Dins el transcurs de la malaltia oncològica, el pacient viu un procés de dol inevitable, entenent el dol com el procés d'adaptació davant un ventall de pèrdues, no només les que fan referència a la salut, sinó que també, les que estan relacionades amb la pèrdua de l'estabilitat i la seguretat, pèrdua de la rutina i de les coses quotidianes, pèrdua del rol que tenia dins la família, a la feina, etc. S'ha observat que la pèrdua de control pot arribar a ser una de les pèrdues més desestabilitzants i desestructurants en l'ésser humà. Aquest dol es coneix com a dol oncològic, és un procés normal, sa, adaptatiu i necessari, que es caracteritza per una

primera etapa on pot aparèixer una sensació o estat d'atordiment i negació. En aquest punt és comú escoltar "això no em pot estar passant" (Robert, 2013).

3. Marc pràctic

3.1. Objectius i hipòtesis

3.1.1. Objectius

OG: L'objectiu principal d'aquest treball és investigar si el càncer per part d'un dels progenitors (supervivents) afecta psicològica i emocionalment als fills en edat infantil, adolescent o joventut en el moment del diagnòstic.

Els objectius específics d'aquest treball són:

OE1: Explorar com els fills expressen que han viscut el càncer per part d'un dels progenitors i saber com viuen avui en dia amb aquesta situació viscuda.

OE2: Estudiar si el vincle entre el fill i el progenitor que ha passat per un càncer s'ha vist afectat d'alguna manera.

OE3: Avaluar si els fills presenten símptomes d'estrès posttraumàtic degut al càncer d'un dels progenitors.

OE4: Investigar si hi ha un creixement posttraumàtic per part dels fills després del procés del càncer.

3.1.2. Hipòtesis

HG: La hipòtesi principal al present treball és que viure un càncer per part d'un dels progenitors té un efecte psicològic i emocional en els fills.

Les hipòtesis específiques plantejades són les següents:

H1: Els fills de pares amb càncer expressaran l'experiència com a promotora de canvi en la manera de veure i entendre la vida i la mort.

H2: El vincle parento-filial es veurà afectat pel càncer.

H3: Els fills mostraran símptomes d'estrès posttraumàtic a causa del diagnòstic de càncer d'un dels progenitors.

H4: Els fills mostraran indicis de creixement posttraumàtic degut a la vivència del càncer d'un dels progenitors.

3.2. Metodologia de recerca

3.2.1. Disseny

L'enfocament metodològic que s'utilitza per fer l'estudi és un disseny mixt transversal, ja que l'orientació quantitativa es complementa amb la qualitativa i només es durà a terme una sola avaluació. En concret, pel que fa a la metodologia quantitativa, s'administren qüestionaris validats als participants; en relació a la metodologia qualitativa, es duen a terme entrevistes semiestructurades.

3.2.2. Mostra

El tipus de mostreig utilitzat és un mostreig no probabilístic de conveniència, ja que tots els subjectes són persones properes o conegudes per la investigadora.

Els criteris d'inclusió que s'han dut a terme per seleccionar la mostra han estat els següents: que tinguin entre 18 i 30 anys, que tinguin un dels progenitors amb un diagnòstic de càncer en algun moment de la vida mentre ells eren infants o joves, sense restriccions de gènere, classe social ni tipus de càncer o de tractaments.

3.2.3. Aspectes ètics

Pel que fa als aspectes ètics, una vegada vaig tenir els participants confirmats, se'ls va fer arribar el full del consentiment informat (vegeu Annex 1) on s'hi explica de què consta aquest treball i l'estudi que faria gràcies a la seva participació, a part d'explicar els instruments utilitzats per obtenir les dades. Un cop llegit el consentiment, els participants el van firmar conforme estaven d'acord en participar a l'estudi, tenint en compte que si algun dels subjectes, al llarg de l'estudi, no volia continuar participant-hi, es podia retirar del mateix lliurement. Per últim, un cop finalitzat l'estudi, les dades van ser recollides anònimament, respectant la confidencialitat dels participants, com la normativa vigent de la Llei Orgànica 3/2018, del 5 de Desembre, de Protecció de Dades Personals i Garantia Dels Drets Digitals.

3.2.4. Instruments de recollida de dades

3.2.4.1. Quantitatius

CaMir-R

El CaMir-R (*Cuestionario de Modelos Internos de Relación-reducido*; Ballureka et al., 2011) és un instrument per avaluar el vincle, té bones propietats psicomètriques per la seva aplicació en l'àmbit clínic i de la investigació amb adolescents i adults. Les dimensions del CaMir-R poden utilitzar-se tant per descriure les representacions de vincle de la persona com per estimar els estils de vincle a partir de les esmentades dimensions. És un qüestionari que mesura les representacions del vincle i la concepció del funcionament familiar en l'adolescència i al principi de l'edat adulta. Consta de 32 ítems que el participant ha de respondre en una escala tipus *Likert* de 5 punts (1 = totalment en desacord, 5 = Totalment d'acord). Es necessiten aproximadament 15 - 20 minuts per respondre'l (Lacasa i Muela, 2014).

L'estructura interna del qüestionari consta de 7 dimensions, cinc d'aquestes referides a les representacions del vincle, i són les següents (Lacasa y Muela, 2014):

- Dimensió 1. Seguretat: Disponibilitat i recolzament de les figures de vincle
- Dimensió 2. Preocupació familiar
- Dimensió 3. Interferència dels pares
- Dimensió 4. Valor de l'autoritat dels pares
- Dimensió 5. Permissivitat parental
- Dimensió 6. Autosuficiència i rancor contra els pares
- Dimensió 7. Traumatisme infantil

PCL-C

Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (PCL-C; Weathers Huska i Keane, 1991), és un qüestionari d'autoavaluació de 17 ítems. Utilitza una escala *Likert* de 5 punts (1 = *nada*, 5 = *extremadament*), i cobreix els criteris de diagnòstic del TEPT, a la quarta edició del Manual de diagnòstic i estadístic de Trastorns Mentals (APA, 2000). El qüestionari produeix tant una puntuació total com 3 puntuacions de subescala basades en la reexperimentació, evitació/adormiment i hiperactivació. En aquest estudi hem utilitzat la versió espanyola de PCL-C (Reguera, et al. 2021).

PTGI

Posttraumatic Growth Inventory (PTGI; Tesdeschi i Calhoun, 1996), és un qüestionari que es centra en l'avaluació dels canvis positius experimentats després del trauma. El PTGI té 21 ítems i utilitza una escala tipus *Likert* de 6 punts (0 = *No he experimentado ningún cambio en mi vida a raíz de la crisis/desastre*, 5 = *Ha habido un cambio enorme en mi vida a raíz de la crisis/desastre*). Dona una puntuació total i 5 puntuacions de subescala, que es divideixen de la següent manera: Noves possibilitats (5 ítems), relació amb els altres (7 ítems), fortalesa personal (4 ítems), apreciació de la vida (3 ítems) i espiritualitat (2 ítems). En aquest estudi hem utilitzat la versió espanyola de PTGI (Costa-Requena i Gil, 2007).

3.2.4.2. Qualitatius

L'entrevista utilitzada en aquest treball és una entrevista semiestructurada, que consta de 8 preguntes, i que es troba a l'apartat d'annexes (vegeu Annex 2).

3.2.5. Procediment

Una vegada escollits els instruments de recollida de dades, es va buscar la mostra necessària per poder realitzar el treball, sempre tenint en compte els criteris d'inclusió i d'exclusió. Com s'ha esmentat anteriorment la mostra està formada per persones properes i conegudes per la investigadora.

El procediment ha estat el següent:

En primer lloc es va cercar la mostra necessària, una vegada ja vam tenir els participants confirmats, de manera telemàtica se'ls va explicar en què consistia el Treball Final de Grau i es va acordar un dia per quedar amb cada un d'ells i elles per fer l'entrevista. Amb dos dels

subjectes, l'entrevista va dur a terme en persona i, amb la resta de subjectes, aquesta va ser *online* a través de videotrucada. El dia de l'entrevista es va proporcionar, a cada participant (en el cas de les entrevistes *online* se'ls va enviar via *email*) el consentiment informat perquè el llegissin i el firmessin.

Més tard, una vegada escollits els qüestionaris (CaMir-R, PCL i PTGI), i disponibles, es va acordar amb cada un dels subjectes un dia per poder-los-els administrar.

3.4. Anàlisi de la informació

3.4.1. Anàlisi quantitatiu

Per estudiar la mostra, s'ha realitzat un anàlisi descriptiu de les variables sociodemogràfiques i mèdiques. També s'ha fet un anàlisi transversal de tipus descriptiu buscant les mesures de tendència central i de dispersió, utilitzant l'excel, en el cas del qüestionari CaMir-R i la versió 26 de SPSS, en el cas dels qüestionaris PCL i PTGI.

3.4.2. Anàlisi qualitatiu

Per analitzar l'entrevista, s'ha fet a partir d'elements d'anàlisi i de categories, que han permès analitzar la informació.

3.5. Resultats

3.5.1. Descripció de la mostra

En un principi es va contactar amb 8 participants, però només 6 van voler participar. De la mostra de 6 subjectes, tots complien amb els criteris d'inclusió i tots ells van acceptar participar en l'estudi. Les edats de la mostra es troben entre 20 - 31 anys. Respecte al sexe, no hi ha predominança de cap subtipus, ja que hi ha 3 subjectes que s'identifiquen amb el sexe masculí i 3 subjectes que s'identifiquen amb el sexe femení.

En quant al progenitor afectat i el tipus de càncer predomina la mare amb diagnòstic de càncer de mama; només un dels subjectes explica que va ser el seu pare el que va patir un càncer de coll.

Els anys dels diagnòstics es mouen entre 2010 i 2017. L'edat dels participants en el moment del diagnòstic, que es mou entre 10 i 23, té una mitjana de 16.17 i una desviació tipus de

4.91, i l'edat actual dels participants, que es mou entre 20 i 31 anys, té una de 25 amb una desviació tipus de 4.09.

Taula 1. Descripció de la mostra

Subjectes	Edat	Sexe	Progenitor malalt de càncer	Tipus de càncer	Any del diagnòstic	Edat de l'any del diagnòstic
Subjecte 1	23	Femení	Mare	Càncer de mama	2010	10
Subjecte 2	26	Masculí	Mare	Càncer de mama	2010	13
Subjecte 3	22	Masculí	Mare	Càncer de mama	2014	15
Subjecte 4	31	Masculí	Mare	Càncer de mama	2014	23
Subjecte 5	20	Femení	Mare	Càncer de mama	2017	15
Subjecte 6	28	Femení	Pare	Càncer de coll	2015	21

3.5.2. Afectació del vincle

Els intervals de cada escala que es consideren normal (dins la mitjana) són sempre la mitjana menys la desviació tipus i la mitjana més la desviació tipus segons els resultats obtinguts en l'estudi fet pels creadors de la plantilla d'correcció. Si la mitjana del subjecte es troba dins l'interval de cada escala no es considera que hi hagi res fora de la normalitat.

Els resultats obtinguts respecte cada escala en aquest qüestionari assenyalen el següent:

- *Seguridad, disponibilidad y apoyo de las figuras de apego* (Interval de normalitat: 3.8 - 4.92): Només el Subjecte 2 presenta una puntuació per sobre de l'interval de normalitat (5) i el Subjectes 3 mostra una puntuació per sota de l'interval de normalitat (3.43). Les puntuacions de la resta de subjectes es troben dins la normalitat.

- *Preocupación familiar* (Interval de normalitat: 2.49 - 3.87): El Subjecte 1 presenta una puntuació per sobre de l'interval de normalitat (4.33) i el Subjecte 4 una puntuació per sota de l'interval de normalitat (1.50). Les puntuacions de la resta de subjectes es troben dins la normalitat.
- *Interferencia de los padres* (Interval de normalitat: 1.73 - 3.17): El Subjecte 2 i el Subjecte 4 presenten una puntuació inferior a l'interval de normalitat (1.50). Les puntuacions de la resta de subjectes es troben dins la normalitat.
- *Valor de la autoridad de los padres* (Interval de normalitat: 3.55 - 4.87): El Subjecte 2 i el Subjecte 4 presenten una puntuació per sota de l'interval de normalitat (2.57 i 2.33) i el Subjecte 5 presenta una puntuació superior a l'interval de normalitat (5). Les puntuacions de la resta de subjectes es troben dins la normalitat.
- *Permisividad parental* (Interval de normalitat: 1.2 - 2.56): El Subjecte 2 i el Subjecte 6 tenen una puntuació superior a l'interval de normalitat (2.67 i 3). Les puntuacions de la resta de subjectes es troba dins la normalitat.
- *Autosuficiencia y rencor hacia los padres* (Interval de normalitat: 1.87 - 3.45): El Subjecte 1 i el Subjecte 2 presenten una puntuació inferior a l'interval de normalitat (1.75), en canvi els subjectes 3 i 5 tenen una puntuació superior a l'interval de normalitat (3.50 i 3.75). Les puntuacions de la resta de subjectes es troba dins la normalitat.
- *Traumatismo infantil* (Interval de normalitat: 1.03 - 2.33): El Subjecte 2 i el Subjecte 4 tenen una puntuació per sota de l'interval de normalitat (1), el Subjecte 5 presenta una puntuació superior a l'interval de normalitat (3.20). Les puntuacions de la resta de subjectes es troba dins la normalitat.

Taula 2. Mitjana de les puntuacions Subjecte 1

Escalas	med. del sujeto
1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	4,57
2. Preocupación familiar	4,33
3. Interferencia de los padres	2,00
4. Valor de la autoridad de los padres	3,67
5. Permisividad parental	2,00
6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	1,75
7. Traumatismo infantil	1,40

Taula 3. Mitjana de les puntuacions Subjecte 2

Escalas	med. del sujeto
1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	5,00
2. Preocupación familiar	3,67
3. Interferencia de los padres	1,50
4. Valor de la autoridad de los padres	2,67
5. Permisividad parental	2,67
6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	1,75
7. Traumatismo infantil	1,00

Taula 4. Mitjana de les puntuacions Subjecte 3

Escalas	med. del sujeto
1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	4,43
2. Preocupación familiar	3,67
3. Interferencia de los padres	2,75
4. Valor de la autoridad de los padres	4,67
5. Permisividad parental	2,00
6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	3,50
7. Traumatismo infantil	1,40

Taula 5. Mitjana de les puntuacions Subjecte 4

Escalas	med. del sujeto
1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	4,57
2. Preocupación familiar	1,50
3. Interferencia de los padres	1,25
4. Valor de la autoridad de los padres	2,33
5. Permisividad parental	1,33
6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	2,00
7. Traumatismo infantil	1,00

Taula 6. Mitjana de les puntuacions Subjecte 5

Escalas	med. del sujeto
1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	4,00
2. Preocupación familiar	3,33
3. Interferencia de los padres	2,25
4. Valor de la autoridad de los padres	5,00
5. Permisividad parental	2,33
6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	3,75
7. Traumatismo infantil	3,20

Taula 7. Mitjana de les puntuacions Subjecte 6

Escalas	med. del sujeto
1. Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	4,86
2. Preocupación familiar	3,83
3. Interferencia de los padres	2,25
4. Valor de la autoridad de los padres	4,33
5. Permisividad parental	3,00
6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres	2,25
7. Traumatismo infantil	1,40

3.5.3. Descripció estrès posttraumàtic

Les puntuacions obtingudes del test PCL, presenten una mitjana de 9.33 i una desviació típica de 10.328. La màxima puntuació obtinguda és de 29 punts i la mínima de 0. Tot i que totes les puntuacions obtingudes pels participants són xifres molt baixes, la puntuació de 29 podria ser una xifra a destacar, ja que els autors utilitzen com a punt de tall 40 punts, i per tant seria la puntuació que més s'acosta a 40, encara que continua per sota, i per tant podria estar dins de la normalitat. Pel què fa a la resta de subjectes, es pot veure a la Taula 8 que les puntuacions es mouen entre el 0 i 9.

Taula 8. Freqüències puntuacions PCL

PCL_Total					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	16,7	16,7	16,7
	2	1	16,7	16,7	33,3
	7	1	16,7	16,7	50,0
	9	2	33,3	33,3	83,3
	29	1	16,7	16,7	100,0
Total		6	100,0	100,0	

3.5.4. Descripció creixement posttraumàtic

Les puntuacions obtingudes del test PTGI, mostren una mitjana de 64.83 i una desviació típica de 6.463. La puntuació màxima obtinguda és de 76 i la mínima de 58 (vegeu Taula 9). Aquest qüestionari no posseeix puntuació de tall, sinó que s'avalua a com més alta la puntuació, més creixement posttraumàtic. Podem veure que les puntuacions dels subjectes (Taula 21), són totes bastant elevades i que no baixen dels 50 punts. La puntuació més alta obtinguda de 76 punts podria ser una xifra destacable, en comparació amb les puntuacions de la resta dels subjectes.

Taula 9. Freqüències puntuacions PTGI

PTGI_Total					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	58	1	16,7	16,7	16,7
	59	1	16,7	16,7	33,3
	64	1	16,7	16,7	50,0
	66	2	33,3	33,3	83,3
	76	1	16,7	16,7	100,0
	Total		6	100,0	100,0

3.5.5. Entrevista

Impacte del diagnòstic

A l'entrevista podem veure que les respostes dels subjectes van totes cap a la mateixa direcció, ja que, quan se'ls pregunta com es van sentir al saber la notícia del diagnòstic, expliquen que va ser una situació xocant (Subjecte 2: "va ser així una mica més dramàtic al principi, i xocant a la vegada"), que en un primer moment no ho podien assimilar (Subjecte 5: "Me vino un poco muy de golpe, y al principio creo que no lo supe assimilar muy bien") i que aquesta sensació anava acompanyada de ràbia i por, molta por pel que suposava l'experiència que els tocava viure els pròxims mesos (Subjecte 4: "en el moment del diagnòstic vaig sentir molta por i ràbia"). A més, 3 subjectes comenten que una part de la por que sentien venia del fet de no estar gaire informats sobre el càncer, i pensar que càncer era sinònim de mort (Subjecte 1: "el primer que li vaig preguntar a la meva mare, que era el que em preocupava realment era si es moriria o no, perquè jo no sabia ni el que era el càncer ni com funcionava ni res". Subjecte 2: "El problema és que la imatge que tenim del càncer és que és dolent i que es mor la gent... Quan et donen la primera notícia és xocant, perquè ja ho relaciones directament, relaciones el càncer amb la mort". Subjecte 5: "Al principio lo tienes todo como más negativo, porque con 15 años no sabes mucho del cáncer, lo único que sabes es que es malo y que la gente se muere de cáncer").

Viure amb el càncer en l'actualitat

Quasi tots els subjectes (n=4) han coincidit en el fet que actualment és un tema que no els genera malestar i que porten bé (Subjecte 4: "porto el tema molt bé, el fet de veure que ella fa vida normal i que després de tots aquests anys el problema no ha aparegut més." Subjecte 3: "Per sort ara mateix ja ha quedat com en un segon pla i podem estar contents de que tot hagi anat molt bé". Subjecte 2: "Ara ja sé com funciona això, és com que estàs a un altre

bàndol"). Alguns d'ells (n=2) expliquen que el fet que sigui un tema amb el qual viuen sense problema és en part per haver pogut parlar-ho amb la família sempre que ha estat necessari (Subjecte 1: "puc parlar del tema sense problema, també perquè jo a casa meva ho he parlat moltes vegades amb la meva mare i no ha estat mai un tema tabú"). Dos subjectes en concret parlen d'un sentiment de culpabilitat degut a com van actuar o reaccionar durant el càncer i expressen que si la situació tornés a passar o si poguessin tornar enrere voldrien canviar-ho (Subjecte 5: "me siento en parte culpable de cómo fue mi reacción ... Ahora es como que no me culpabilizo pero que lo haría diferente". Subjecte 6: " A vegades penso que hauria d'haver tret valentia i força per veure al meu pare en una situació així i poder estar més al seu costat sense patir tant"). Com a conclusió els subjectes parlen de la presència de la por a tornar a viure la situació, que hi hagi una recaiguda (Subjecte 6: "pateixo perquè no torni a recaure". Subjecte 1: "Tot i que visc amb una mica de por". Subjecte 4: "tot i que sempre et queda la por pel què pugui passar o per si es repeteix").

Canvis dins la família

A nivell familiar, quasi tots els subjectes (n=5) comenten que sí que va haver-hi un canvi que va afectar a tots els membres de la família nuclear i també al funcionament i organització d'aquesta (Subjecte 1: "Si, totalment, osigui, va canviar tot". Subjecte 2: "A nivell familiar, quan passa això tothom s'ha d'espavilar com pugui ... Entre tots els membres de la família es reparteixen les tasques de la casa sobretot"). Alguns subjectes (n=2) expliquen que també va haver-hi un canvi en ells, i en la seva manera de ser (Subjecte 1: "Va canviar fins i tot la nostra manera de ser". Subjecte 4: "Em vaig tornar impulsiu i quan estava enfadat donava respostes sense pensar en com podien sentir-se les persones que les rebien ... em vaig tornar molt temperamental"). Com a conseqüència del càncer per part d'un dels progenitors, un altre dels canvis que més tenen present els subjectes (n=4) és el canvi en la unió familiar i sobretot en la manera de veure i entendre la vida i en la importància que tenen o no les coses (Subjecte 1: "Aquesta situació ens va servir per unir-nos més i fer molta pinya entre tots ... sobretot en la manera de veure les coses, no enfocar-te en les tonteries o amb els problemes que no són problemes en realitat, valorar molt més les coses senzilles, relativitzar les coses". Subjecte 2: "Un cop ha passat tot plegat les actituds i la implicació canvia dins la família, hi ha més unió". Subjecte 3: "Un abans i un després, els llaços i relacions s'han fet més forts". Subjecte 5: "Aprendes a valorar lo que realmente son los problemas ... a partir de eso aprendes a ver lo que realmente es importante y lo que no").

Cal destacar que un dels subjectes expressa que segons la seva experiència, dins la seva família no va haver-hi un canvi (Subjecte 6: "Considero que no hi ha hagut un canvi a nivell familiar. El meu pare en aquest aspecte potser sí que ha canviat la visió i si que considero

que ha pres consciència de lo dolent que és el tabac ... però no hi ha hagut canvis significants”).

Vivència en primera persona

Una de les emocions principals experimentades pels subjectes en el moment del diagnòstic va ser la por, en concret, la por a la mort (Subjecte 1: “Primer em feia molta por, sobretot que es morís la meva mare”. Subjecte 3: “Veure a la teva mare patir encara que ella intenti mig ocultar-ho sempre és trist i fa que tinguis la por de i sí està ocultant algo per no fer-nos patir”. Subjecte 4: “Pel cap em passaven totes les situacions possibles relacionades amb la malaltia, que de sobte ens donarien una mala notícia, pensava que la situació empitjoraria”. Subjecte 5: “Las primeras semanas era como un pensamiento de que mi madre se va a morir, tengo miedo, ya que como he dicho antes todo lo que sabes del cáncer es malo, muerte... Entonces al principio lo viví con mucho miedo”. Subjecte 6: “ Amb molta por , ansietat i preocupació”). Dos dels subjectes comenten que en un primer moment no van poder ser conscients del tot sobre el que passava, estaven en xoc (Subjecte 2: “Al principi, si que quan t'ho expliquen és molt dramàtic i xocant, i fa que el drama quedi amagat i, per tant, estàs en xoc i no saps com respondre i respos com d'una manera apàtica ... El fet de fer vida normal en aquell moment per mi va suposar que la situació l'he hagut de gestionar anys després”. Subjecte 1: “Mentre ho passava, mentre estava en aquella situació, no era conscient del que passava realment ... És a dir, sempre penso que si que ho vaig passar malament, però ho vaig passar més malament després de tot, quan la meva mare ja estava recuperada”).

L'optimisme és un aspecte que també el podem trobar en les respostes de 3 subjectes, l'esperança i les ganes de lluitar acompanyant al familiar malalt també hi són presents (Subjecte 2: “Veus que no n'hi ha per tant, que hi ha moltes probabilitats que es recuperi i superi la malaltia ... El dia que vas a veure el malalt a l'hospital i el veus millor també t'anima a seguir, quan et donen bones notícies...”. Subjecte 4: “En altres moments era molt més optimista i pensava que tot estava ja pràcticament solucionat”. Subjecte 5: “Poco a poco vas viendo que también está la opción de recuperarse, que el tratamiento va bien, que no va tan mal como esperas al principio”).

Efectes secundaris negatius

Respecte als efectes secundaris, les “coses” negatives que ha portat viure aquesta situació 5 dels subjectes expliquen primerament ansietat i angoixa a major o menor escala i tres d'ells coincideixen amb que l'ansietat no va aparèixer just en el moment del diagnòstic sinó un temps després (Subjecte 1: “També ansietat, uns anys després del càncer jo vaig començar

a patir ansietat i episodis de despersonalització". Subjecte 2: "Sí, ansietat. Tot i que no m'ha aparegut just acabant el procés, sinó al cap d'uns anys". Subjecte 3: "Crec que el més negatiu ha pogut ser angoixa i ansietat en aquells moments quan encara no saps del cert res, i intentar ocultar-ho crec que es veu reflectit en un futur de tenir-ne per coses menys importants o que no se n'hauria de tenir". Subjecte 4: "En el seu moment sí, patia angoixa". Subjecte 6: "Em genera angoixa i preocupació"). Com a segon punt important que es comenta en les respostes de 4 subjectes és la por, i no el fet de que aparegui, sinó que degut a la situació viscuda van augmentar les pors que ja eren presents en cada un d'ells/es (Subjecte 1: "Tenir més por a perdre a les persones importants, a quedar-me sola... ara se m'ha quedat aquesta part de patir una mica, d'estar alerta de que pot tornar a passar... Les pors, que han augmentat degut a aquesta situació... crec que aquesta por, mai marxarà, simplement l'aprenc a gestionar i a racionalitzar-la". Subjecte 2: "Pors, no tant a partir d'aquí, sinó que ja tenia pors i el fet de viure aquesta situació ha enfortit aquestes pors, o sigui, la meva por principal és quedar-me sol, i ja la tenia, però amb la situació, que saps que pot morir la persona malalta ha enfortit la por". Subjecte 3: "Per la banda de pors, en aquells moments sí que tenia pors que havien sorgit arrel del diagnòstic... Bueno, pors que apareixen a mesura que va evolucionant cada etapa". Subjecte 6: "Em fa patir perquè no el vull perdre i vull que hi sigui el màxim de temps possible"). Tres dels subjectes expliquen que aquesta situació va tenir un efecte en la seva manera de ser i de fer les coses (Subjecte 3: "Em vaig tornar impulsiu i quan estava enfadat donava respostes sense pensar en com podien sentir-se les persones que les rebien, generalment feien mal... penso que em vaig tornar molt temperamental". Subjecte 6: "Me exijo mucho a estar muy presente o estar muy a la altura, muy presente cuando alguien esta mal, y a veces a sobrecargar demasiado porque me culpabilizo de no haberlo hecho en esa situación cuando mi madre estuvo mal y es como que lo intento compensar de alguna manera". Subjecte 1: "el sentiment de que he de cuidar els meus pares, com una obligació que si no faig em sento malament"). Com a última reflexió, un dels subjectes considera que des de la seva perspectiva, l'experiència que va viure va ser un punt traumàtica degut a l'edat que tenia en el moment del diagnòstic (Subjecte 1: "Va ser una situació traumàtica per mi, per una persona de 10 anys... vaig haver de madurar de cop, molt ràpid, tenia 10 anys però havia de fer coses de persona gran i estar a l'altura").

Efectes secundaris positius

Un dels aspectes comentats que han coincidit en les diferents respostes dels subjectes és el canvi de mentalitat, a partir d'aquesta vivència expliquen que hi ha un canvi en la manera de veure i entendre les coses i d'entendre vida, es converteix en una mirada més positiva, juntament amb un canvi personal intern important en referència a la fortalesa i la resiliència

d'un mateix i que per tant, un es veu més capaç d'afrontar els obstacles que pugui presentar la vida (Subjecte 1: "jo crec que t'aporta personalment resiliència, ja que has superat aquesta situació, et veus més forta i capaç de viure altres coses." Subjecte 2: "Aquesta situació et fa un canvi a la vida i al cervell i veus les coses amb uns altres ulls, i de manera positiva ... He après a tirar endavant, al final superar obstacles i seguir endavant." Subjecte 3: "Tornar-te una persona més forta i més madura en una edat bastant jove i sobretot a viure la vida amb més ganes i felicitat ara que tot està bé." Subjecte 4: "M'ha ensenyat molt, el fet de saber-me comportar i pensar abans de parlar ... M'ha ensenyat a viure el moment i a disfrutar-lo, pensant en el futur però sense pensar en el què passarà abans de que passi. Crec que sóc bastant més optimista del que havia estat." Subjecte 5: "Saber valorar las pequeñas cosas y lo que realmente importa." Subjecte 6: "M'ha fet forta i tenir més seguretat per poder fer front a les adversitats de la vida, valorar les petites coses, els petits moments, detalls.. i donar importància a la salut."). I com a segona conclusió, 4 dels subjectes expliquen com aquesta situació dura ha aportat a nivell familiar una unió més forta i important (Subjecte 1: "També el que deia abans, que la meua família estem molt i molt units." Subjecte 3: "Crec que la millor és tenir una relació més forta i de més confiança envers a ella." Subjecte 5: "También nos hemos unido mucho como familia, y esta unión no se ha roto al haber acabado todo." Subjecte 6: "Aquesta situació ha fet que pensi en el present, que tingui més ganes d'estar amb la família").

El vincle

Com a conclusions sobre el vincle amb la família i en concret, amb el progenitor afectat, 5 subjectes confirmen haver notat un canvi significatiu respecte al vincle que hi havia abans de la malaltia (Subjecte 1: "Crec que sí que ha canviat." Subjecte 4: "Penso que sí ha canviat en algun aspecte, cap a millor"), expliquen que s'ha enfortit el vincle i la unió (Subjecte 2: "Sí, al final com que el procés comporta que puguis perdre aquella persona fa que li tinguis molt més aprecí, enforteix més el vincle ... El vincle és més fort i diferent comparat amb el d'abans de la malaltia." Subjecte 1: "Més unides i amb molta comunicació, molt de respecte." Subjecte 3: "Crec que va canviar i va haver-hi més confiança i va ajudar a tenir una relació més forta." Subjecte 5: "Después de eso estamos más unidas"). Un dels subjectes comenta que en el seu cas a partir del diagnòstic va canviar la mentalitat de l'entorn, cap a una millor manera d'entendre la vida (Subjecte 2: "Les mentalitats del malalt i de l'entorn canvien, és com un "reset" tot comença de nou, et donen una segona oportunitat ... oportunitat de fer les coses millor, de canviar el que no t'agradava, tant pel malalt com per la família més propera. Et fa apreciar més l'entorn i les coses").

Com a última reflexió, un dels subjectes explica que dins la seva vivència no va notar un canvi significatiu respecte al vincle (Subjecte 6: “ El vincle i la relació amb el meu pare sempre ha sigut molt bo ... No he sentit un canvi significatiu, mantenim molt el que teníem”).

3.6. Discussió

En aquest apartat es vol determinar, a través dels resultats obtinguts, si les hipòtesis plantejades es compleixen o no. El treball pretén estudiar si el càncer per part d'un dels progenitors (supervivents) afecta psicològicament i emocionalment als fills en edat infantil, adolescent o joventut en el moment del diagnòstic, per la qual cosa, els objectius específics d'aquest estudi que s'han utilitzat per crear les hipòtesis són: explorar com els fills expressen que han viscut el càncer per part d'un dels progenitors i saber com viuen avui en dia amb aquesta situació viscuda; estudiar si el vincle entre el fill i el progenitor que ha passat per un càncer s'ha vist afectat d'alguna manera; avaluar si els fills presenten símptomes d'estrès posttraumàtic degut al càncer d'un dels progenitors; investigar si hi ha un creixement posttraumàtic per part dels fills després del procés del càncer. Recordar que s'ha dut a terme un model mixt, per la qual cosa obtenim dos tipus de resultats: quantitatius i qualitatius.

La primera hipòtesi que es va plantejar en relació al primer objectiu és la següent: Els fills de pares amb càncer expresaran l'experiència com a promotora de canvi en la manera de veure i entendre la vida i la mort. A partir de l'anàlisi de les entrevistes, en les respostes obtingudes, sí que s'observa un canvi en la manera de veure i entendre la vida i la mort per part de tots els participants, i a més, comenten que aquest canvi és degut a viure un procés oncològic per part d'un dels progenitors, per tant, podem dir que la primera hipòtesi plantejada es compleix. Tots ells/es comenten diferents aspectes personals que han canviat a partir del diagnòstic, i coincideixen en el canvi en la manera de veure les coses i d'entendre la vida, de donar importància a les petites coses i a la salut, a no preocupar-se per coses insignificants i de donar un nou sentit al concepte càncer i a la mort. Tal i com explica Sanz (2020) la manera d'entendre el món trontolla, el conjunt de significats es desafia. Enfrontar-se a la nova i dolorosa realitat, posa en marxa un procés de deconstrucció i reconstrucció de les perspectives de la persona i això dona lloc a unes perspectives més positives i funcionals, és un viatge de transformació.

La segona hipòtesi plantejada en relació al segon objectiu és la següent: El vincle parentofamiliar es veurà afectat pel càncer. En els resultats obtinguts a partir de les entrevistes, podem observar que sí, que els participants expliquen com tant el vincle amb el progenitor afectat, com el vincle familiar ha canviat, i en concret, comenten que ha canviat de manera positiva,

que el vincle s'ha enfortit i la família s'ha unit més del que estava abans del diagnòstic. Per tant, tal i com s'explica a la Lliga Contra el Càncer - Comarques de Tarragona i Terres de l'Ebre (2022), el càncer uneix a unes famílies i en divideix a altres, però en cap cas la família s'allibera dels canvis que produeix una malaltia que amenaça la vida d'un individu. Si la relació és bona abans del diagnòstic de càncer, aquesta s'enfortirà durant el procés. En canvi, si la família ja presentava problemes previs, aquests es poden accentuar durant i després de la malaltia. Els canvis que afecten a un membre del sistema familiar influeixen alhora a la resta de membres. Així que podem afirmar que tots els participants, abans del diagnòstic ja tenien una bona relació i un bon vincle a nivell família, i per això, el fet de viure un procés oncològic dins la família ha fet que aquesta s'enforteixi i s'uneixi molt més. De la mateixa manera, en els resultats obtinguts a partir del test CaMir-R, no hi ha cap participant que hagi obtingut les puntuacions de cada una de les escales fora de l'interval de normalitat. I que per tant, això reafirma els resultats obtinguts en les entrevistes, que els participants a major o menor escala presenten tots un vincle segur amb els seus progenitors. Com s'explica en l'estudi de Rodríguez, J. (2017), amb un altre tipus de vincle, el vincle de parella en un procés oncològic, si abans de la malaltia ja hi havia una bona relació establerta aquesta s'enforteix i continua sent un vincle segur i sa.

Per tant, podem dir que sí que es compleix la hipòtesi plantejada i a més que el vincle canvia cap a millor.

La tercera hipòtesi plantejada en relació al tercer objectiu és la següent: Els fills mostraran símptomes d'estrès posttraumàtic a causa del diagnòstic de càncer d'un dels progenitors. En aquest cas, tant els resultats obtinguts a partir de les entrevistes, com els resultats obtinguts a partir del qüestionari PCL, es pot veure que cap dels subjectes ha patit o ha estat diagnosticat amb un TEPT degut a el fet de viure un procés oncològic per part d'un dels progenitors; ara bé, és cert que en les respostes que donen els subjectes en les entrevistes, es podrien considerar possibles símptomes d'estrès posttraumàtic, ja que expliquen que uns anys després del diagnòstic del càncer, han patit ansietat i angoixa amb més o menys mesura, com també comenten que han patit molta por i que avui en dia encara la viuen des d'aquell succés. Tal i com explica Gómez (2022), saber que un familiar té càncer és una situació traumàtica, ja que durant el tractament es poden viure situacions destructores, episodis emotius que toca viure durant un temps, mentre dura el tractament, i tot el que això comporta. Aquests episodis traumàtics poden generar en la persona sentiments de culpa, tristesa i desesperança, i és en aquest moment quan es podria desencadenar el TEPT. Una de les persones participants, durant l'entrevista, esmenta que per ella viure aquesta situació va ser una experiència traumàtica, no obstant, en els resultats del qüestionari, ha obtingut un valor molt baix.

Per l'altra banda, com s'ha comentat abans, els resultats del qüestionari PCL, no indiquen cap puntuació fora de la normalitat, 5 dels 6 subjectes han obtingut puntuacions molt baixes, i encara que un dels subjectes presenta una puntuació més alta, amb diferència, de la resta de subjectes, aquesta segueix estant per sota de la puntuació a partir de la qual es podria considerar TEPT, això podria ser donat pel fet de que aquest/a subjecte és el que ha passat pel procés oncològic d'un dels progenitors més recentment.

Per tant, amb la informació obtinguda a partir de les entrevistes i del qüestionari PCL, podem dir que la hipòtesi plantejada no es compleix.

La quarta i última hipòtesi plantejada en relació al quart objectiu és la següent: Els fills mostraran indicis de creixement posttraumàtic degut a la vivència del càncer d'un dels progenitors. Aquesta hipòtesi podem dir que sí, que es compleix, a partir dels resultats de les entrevistes i els resultats obtinguts del qüestionari PTGI recolzen la idea del creixement posttraumàtic en tots els subjectes.

A partir dels resultats de les entrevistes, podem veure que les respostes de tots els subjectes coincideixen, comentant que han presenciat un canvi de mentalitat, i que també es pot relacionar amb els resultats que recolzen la primera hipòtesi. Expliquen que la mirada cap a la vida es torna més positiva i que ells i elles com a persones es senten més fortes, capaces i resilients degut a la situació viscuda. Com també es comenta en l'anàlisi dels resultats, 4 dels subjectes responen que el vincle familiar ha canviat a millor i per tant es pot relacionar directament amb la segona hipòtesi. Tal i com diuen Vazquez i Castilla (2007), aquestes situacions extremes, com pot ser el diagnòstic d'un càncer, poden produir seqüeles psicològiques beneficioses a aquelles persones que les pateixen. D'alguna manera les emocions positives poden afectar el nostre estat de salut física o a la nostra capacitat de recuperació quan aquesta s'ha vist afectada.

Respecte els resultats obtinguts del qüestionari, es reafirma la idea del creixement posttraumàtic en els participants, i es pot plantejar la idea que explica Ochoa et al. (2016), de que les persones que experimenten creixement posttraumàtic tendeixen a adaptar-se a la malaltia amb major èxit, a més de presentar una millor salut mental i física i menys símptomes de malestar emocional i estrès posttraumàtic i quan estem promovent el creixement posttraumàtic, estem facilitant aquest procés per reduir el malestar emocional o l'estrès posttraumàtic en resposta a la informació traumàtica provocada pel càncer. D'aquesta manera podríem dir que, relacionant la tercera hipòtesi amb la quarta, el creixement posttraumàtic que han desenvolupat els participants ha ajudat a reduir l'estrès posttraumàtic dels mateixos i probablement per això cap dels participants presenta símptomes significatius de TEPT.

3.7. Limitacions

Al llarg de la realització del treball han anat sorgint algunes limitacions que s'han de tenir en compte en el cas que es vulguin fer estudis relacionats amb aquest tema.

En primer lloc, la mostra seleccionada per fer l'estudi és molt petita i per tant, els resultats no es poden generalitzar de la mateixa manera que es podria fer si la mostra fos representativa. Aquesta limitació, està relacionada amb el fet de que segurament hi ha un biaix en l'estudi, ja que la participació era voluntaria, i per tant, només han participat persones que poden parlar de la malaltia dels seus progenitors sense por, i sense cap problema, és a dir, sense que sigui un tabú. A més, la mostra utilitzada és una mostra homogènia, ja que tots els i les participants són persones blanques de la mateixa classe social.

La segona limitació, és el temps que ha passat entre el diagnòstic i l'estudi. Els diagnòstics de càncer dels progenitors dels participants es mouen entre el 2010 i el 2017, és a dir, fa entre 13 i 6 anys, així que, si l'estudi s'hagués fet el mateix any del diagnòstic haguéssim obtingut uns resultats més potents, ja que el temps fa que les coses es vegin de diferent manera i des d'una altra perspectiva. Juntament amb aquesta limitació, també cal dir que s'ha dut a terme un estudi transversal i no longitudinal, i que per tant, no podem saber si haguéssim fet el mateix estudi ara i d'aquí uns anys haguéssim obtingut els mateixos resultats.

Per últim, una limitació amb la que ens hem trobat des d'un principi, és la poca literatura i estudis que s'han fet sobre aquest tema en concret i sobre com els fills viuen les malalties dels seus progenitors.

4. Conclusions

Per fer les conclusions d'aquest treball, cal recordar que l'estudi tenia com a objectiu principal investigar si el càncer per part d'un dels progenitors (supervivents) afecta psicològica i emocionalment als fills en edat infantil, adolescent o joventut en el moment del diagnòstic. A partir dels resultats obtinguts dels 6 participants, s'han pogut assolir i respondre els 4 objectius específics que es van plantejar a l'inici del treball.

En relació al primer objectiu plantejat, explorar com els fills expressen que han viscut el càncer per part d'un dels progenitors, s'ha pogut observar que tots els participants parlen i expliquen la vivència del procés oncològic d'un dels seus progenitors amb molta naturalitat, tranquil·litat i normalitat, ja que comenten que per tots ells i elles és un tema que està superat i que l'han pogut parlar obertament amb la família. Tots coincideixen en que el moment del diagnòstic va ser molt difícil i dur igual que el procés que va venir després del diagnòstic, però, el fet de poder parlar de les situacions difícils amb la família i les persones properes i no evitar-les o

amagar-les, facilita la superació d'aquestes vivències i potencia la comunicació i l'empatia dins la família.

En segon lloc, l'objectiu plantejat, estudiar si el vincle entre el fill i el progenitor que ha passat per un càncer s'ha vist afectat d'alguna manera, s'ha pogut assolir, ja que en el cas de tots els participants, s'ha vist que el vincle parento-filial sí que es veu afectat per el procés oncològic, s'ha pogut concloure que millora i es transforma en un vincle sa i segur i no només el vincle entre el fill/a i progenitor afectat, sinó també entre tots els membres de la família nuclear i la seva unió.

Pel que fa al tercer objectiu plantejat, avaluar si els fills presenten símptomes d'estrès posttraumàtic degut al càncer d'un dels progenitors, dins l'estudi s'ha observat que per el que es refereix com a símptomes de manera teòrica els participants no presenten símptomes que es puguin considerar d'estrès posttraumàtic, no obstant, durant l'entrevista alguns d'ells/es comenten que en algun moment des del diagnòstic van sentir aquella situació com a un esdeveniment traumàtic ja que va canviar tot el que tenien al voltant en aquell moment. Per tant, es podria explicar que viure aquesta situació com a fill o filla no necessàriament genera estrès posttraumàtic, però es confirma que té efectes secundaris psicològics i emocionals sobre ells i elles, com podria ser ansietat i por.

Per últim, l'objectiu plantejat, investigar si hi ha un creixement posttraumàtic per part dels fills després del procés del càncer, s'ha pogut respondre de manera afirmativa, ja que els resultats del qüestionari i de les entrevistes mostren un creixement posttraumàtic en menor o major mesura, depenent de cada participant, però tots ells han pogut extreure coses molt positives d'aquesta situació, i que les segueixen tinguent present avui en dia, després de varis anys, a part de que com alguns/es dels participants expliquen, amb el pas dels anys, les coses es veuen des d'una perspectiva diferent i sempre es poden extreure coses positives de les situacions difícils gràcies al pas del temps.

5. Bibliografia i Webgrafia

- Ahmadi, F. (2013). Music as a method of coping with cancer: A qualitative study among cancer patients in Sweden. *Arts & Health, 2013: Vol. 5, No. 2, 152–165*, <http://dx.doi.org/10.1080/17533015.2013.780087>

- Almanza-Muñoz, J. i Holland, J. (2000). Psico-Oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46 (número 3), 196-206. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cancer/ca-2000/ca003k.pdf>
- American Cancer Society. (2022, 25 de setembre). *Helping a Child Cope When Someone They Know Has Cancer*. <https://www.cancer.org/treatment/children-and-cancer/when-a-family-member-has-cancer/dealing-with-treatment/managing-changes.html>
- American Society of Clinical Oncology. (2019). Apoyo espiritual cuando se tiene cáncer. Cancer.Net. <https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/efectos-f%C3%ADsicos-emocionales-y-sociales-del-c%C3%A1ncer/apoyo-espiritual-cuando-se-tiene-c%C3%A1ncer>
- American Society of Clinical Oncology. (2019). *Crecimiento postraumático y cáncer*. Cancer.Net. <https://www.cancer.net/es/sobrevivencia/la-vida-despu%C3%A9s-del-c%C3%A1ncer/crecimiento-postraum%C3%A1tico-y-c%C3%A1ncer>
- American Society of Clinical Oncology. (2021). *De qué manera el cáncer afecta a la vida familiar*. Cancer.Net. <https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/di%C3%A1logo-sobre-el-c%C3%A1ncer/de-qu%C3%A9-manera-el-c%C3%A1ncer-afecta-la-vida-familiar>
- American Society of Clinical Oncology. (2022). *Manejo de los efectos secundarios físicos*. Cancer.Net. <https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/efectos-f%C3%ADsicos-emocionales-y-sociales-del-c%C3%A1ncer/manejo-de-los-efectos-secundarios-f%C3%ADsicos>
- American Society of Clinical Oncology. (2019). *Tipos de cuidados paliativos*. Cancer.Net. <https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/efectos-f%C3%ADsicos-emocionales-y-sociales-del-c%C3%A1ncer/tipos-de-cuidados-paliativos>
- American Society of Clinical Oncology. (2019). Trastorno por estrés postraumático y cáncer. Cancer.Net. <https://www.cancer.net/es/sobrevivencia/la-vida-despu%C3%A9s-del-c%C3%A1ncer/trastorno-por-estr%C3%A9s-postraum%C3%A1tico-y-c%C3%A1ncer>
- Andrés, C. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología*, 2005; 28 (3): 157 - 163.
- Asociación Española Contra el Cáncer. (2022). *Impacto del cáncer en España: una aproximación a la inequidad y los determinantes sociales*. https://observatorio.contraelcancer.es/sites/default/files/informes/Impacto%20del%20cancer%20en%20Espa%C3%B1a_resumen%20ejecutivo_0.pdf

- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2003; 3 (1): 505-520.
- Banqué, S. (2022). *La importancia de la psicooncología ante el cáncer*. IOB. <https://iob-onco.com/la-importancia-de-la-psicooncologia-ante-el-diagnostico-y-el-tratamiento-del-cancer/>
- Boatwright, L. (2016, 30 de juny). *The 4 corners of palliative care: The role of spiritual support*. American Society of Clinical Oncology. Cancer.Net. <https://www.cancer.net/blog/2016-06/4-corners-palliative-care-role-spiritual-support>
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *The British Journal of Psychiatry*, 130 (número 3): 201-210.
- Campos - Ríos, M. (2013). Creciendo en la adversidad. Una revisión del proceso de adaptación al diagnóstico de cáncer y el crecimiento postraumático. *Escritos de Psicología*, Vol. 6, nº 1, pp. 6-13.
- Casellas-Grau A, Jordán de Luna C, Maté J, Ochoa C, Sumalla EC, Gil F (2021). Developing a consensus definition of psychosocial complexity in cancer patients using Delphi methods. *Palliative and Supportive Care* 19, 17–27. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000784>
- Costa-Requena, G., & Gil Moncayo, F. L. (2007). CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS. *Análisis Y Modificación De Conducta*, 33 (número 148). <https://doi.org/10.33776/amc.v33i148.1215>
- Cruz, L. i Zamora, E. (2021, 02 de febrer). *El apoyo familiar en casos de cáncer*. Aesthesis Psicólogos Madrid. <https://www.psicologosmadridcapital.com/blog/sistema-familiar-cancer/>
- Després del càncer. (2017, 30 de juny). *Quines necessitats s'han detectat en els àmbits social, laboral i econòmic?* <https://despresdelcancer.cat/index.php/quines-necessitats-shan-detectat-els-ambits-social-laboral-i-economic/>
- Díaz, A. i Jerez, J. (2013). *Espiritualidad y cáncer: Importancia que otorgan los equipos médicos a la espiritualidad de los pacientes oncológicos en el curso y tratamiento de la enfermedad*. (Treball Final de Grau). Universidad de Chile.
- Fernández, A. et al. (2022). *Impacto del cáncer en España: Una aproximación a la inequidad y los determinantes sociales*. Asociación española contra el cáncer. https://observatorio.contraelcancer.es/sites/default/files/informes/Impacto%20del%20cancer%202022_rev.pdf
- Florida State University. (2014). *Post-traumatic Stress Disorder Checklist: Civilian Scale (PCL-C)*. Verizon Foundation. <https://dvmedtraining.csw.fsu.edu/wp-content/uploads/2014/01/PCL-C.pdf>

- Fuentes S, Blasco T. (2017). Padres diagnosticados de cáncer: malestar emocional y recursos para comunicarse con sus hijos menores. *Psicooncología* 2017;14:229-240.
- García, J. (2022). *Criterios del DSM-5 para el trastorno por estrés postraumático TEPT*. Psicoterapeutas.https://psicoterapeutas.com/trastornos/dsm5_criterios_tept/
- Garrido, L. et al. (2012). *Cuestionario de evaluación de apego en el adulto, CAMIR: normas para aplicar, tabular e interpretar*. Ediciones Universidad Católica del Maule.https://www.researchgate.net/profile/Lusmenia-Garrido/publication/340871880_Cuestionario_de_Evaluacion_de_Apego_en_el_Adulto_CaMir/links/5ea1c767458515ec3a02c6aa/Cuestionario-de-Evaluacion-de-Apego-en-el-Adulto-CaMir.pdf
- Gilbert, E. et al. (2013). Embodying sexual subjectivity after cancer: A qualitative study of people with cancer and intimate partners. *Psychology & Health*, 2013: Vol. 28, No. 6, 603–619 <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2012.737466>
- Gomez, Y. (2022). *Estrés postraumático y depresión en familiares de pacientes diagnosticados con cáncer de un hospital de Lima*. (Tesi doctoral). Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/26459/CANCER_D EPRESION GOMEZ GONZALES YANET ALEJANDRINA.pdf?sequence=3&isAllo wed=y
- Gonçalves, T. i Graça, M. (2011). Variables Fisiológicas y sobrecarga familiar en hijos de enfermos oncológicos. *Revista argentina de clínica psicológica*. 2011, pp. 255-263.
- González, B. (2019, 17 de gener). *La Teoria del Vincl de John Bowlby*. Psicología Educativa - Begoña González Aguilar. <http://www.psicoaducativa.es/la-teoria-del-vincl-de-john-bowlby/>
- Guerra, M. (2013). Fortalecimiento del Vínculo Padres-Hijos a través del proceso de cuidado de Kristen Swanson. *Ciencia e Innovación en salud*, 1 (número 2), 120-125.<https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/download/58/2822>
- Institut Català d'Oncologia. (2011, 25 d'octubre). *Conèixer el càncer*. Gencat. https://ico.gencat.cat/ca/el-cancer/coneixer_el_cancer/
- Instituto Nacional del Cáncer. (2020, 16 de juliol). *Espiritualidad en el tratamiento del càncer (PDQ) - Versión para pacientes*. NCI. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/dia-a-dia/fe-y-espiritualidad/espiritualidad-pdq>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2023, 6 de gener). *Espiritualidad en el tratamiento del càncer (PDQ) - Versión para profesionales de la salud*. NCI.

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/dia-a-dia/fe-y-espiritualidad/espiritualidad-pro-pdq>

- Instituto Nacional del Cáncer. (2023, 20 de gener). *Estrés postraumático relacionado con el cáncer (PDQ) - Versión para profesionales de salud*. NCI. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/supervivencia/nueva-normalidad/ptsd-pro-pdq>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2021, 5 de maig). *¿Qué es el cáncer?*. NCI. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- Lliga Contra el Càncer. (2018). *El diagnòstic de càncer com a causa de malestar emocional*. Lliga Contra el Càncer, Comarques de Tarragona i Terres de l'Ebre. <https://www.lligacontraelcancer.cat/cat/el-cancer-aspectes-psicologics/114/el-malalt-amb-cancer>
- Lliga Contra el Càncer. (2018). *El malestar emocional dels familiars*. Lliga Contra el Càncer, Comarques de Tarragona i Terres de l'Ebre. <https://www.lligacontraelcancer.cat/cat/el-cancer-aspectes-psicologics/120/la-familia-del-malalt-amb-cancer>
- Macip, S. (2012). *Què és el càncer i perquè no hem de tenir-li por*. (1ra ed.). Ara Llibres.
- Marne, M. (2020). El trauma complejo y desarrollo de una enfermedad cancerosa: A propósito de un caso. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Volum 10 (número 2). https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Trauma_complejo_y_enfermedad_cancerosa.pdf
- Martínez, M. (2021, 17 de maig). *Los estilos de apego adulto*. Maricarmen Martínez. <http://mdcpsicologavalencia.es/estilos-apego-adulto/>
- Maté - Méndez, J. et al. (2021). Consenso sobre el estándar de atención psicooncológica, complejidad psicosocial y actividad asistencial en el Instituto Catalán de Oncología. *Psicooncología* 2021; 18(1): 11-36. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.74530>
- Mayo Clinic. (2022, 7 de desembre). *Síntomas y causas del cáncer*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cancer/symptoms-causes/syc-20370588>
- MD Anderson Cancer Center Madrid. (2021). *Consecuencias físicas*. <https://mdanderson.es/el-cancer/vivir-con-el-cancer/consecuencias-fisicas>
- Mesquita Melo, E. (2007). Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. *Enfermería Global*. 2007; 10: 1 - 9.

- NHI. (2019). *Efectos secundarios del tratamiento del cáncer*. Instituto Nacional del Cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios>
- Núñez, P, et al. (2012). LA ESPIRITUALIDAD EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO: UNA FORMA DE NUTRIR LA ESPERANZA Y FOMENTAR UN AFRONTAMIENTO POSITIVO A LA ENFERMEDAD. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, vol. 10, núm. 1, marzo, 2012, pp. 84-100
- Ochoa, C. et al. (2016). Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology* (2017) 17, 28-37. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33749097004>
- Palacios Hernández B. Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2016; 48(2): 164-176. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072016000200003
- Palacios, P. et al. (2006, 2 de diciembre). Apego adulto: Los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Terapia Psicológica*. 24 (número 2). 201-209. <https://repositorio.uc.cl/xmlui/bitstream/handle/11534/28566/Apego%20adulto%20Los%20Modelos%20Operantes%20Internos%20y%20la%20Teor%C3%ADa%20de%20la%20Mente.pdf?sequence=1>
- Pérez Contreras, B. y Arrázola, E. T. (2013). Vínculo afectivo en la relación parento-filial como factor de calidad de vida. *Tendencias & Retos*, 18 (1), 17-32.
- Psicología Positiva. (2022). *Resiliencia y crecimiento postraumático*. <http://www.psicologia-positiva.es/resiliencia-y-crecimiento-postraumatico/>
- Puente, J. i Velasco, G. (2019, 16 de diciembre). *¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla?*. Sociedad Española de Oncología Médica. <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- Ramis, O. et al. (2014). *Millorar l'experiència dels supervivents de càncer a Catalunya*. Federació Catalana d'Entitats Contra el Càncer - FECEC. https://www.juntscontraelcancer.cat/wp-content/uploads/Pdf/Supervivientes_CAT.pdf
- Reguera, B. et al. (2021). Desarrollo de una versión breve de la PTSD Checklist (PCL) basada en la definición de trastorno de estrés postraumático de la CIE-11. *Ansiedad y Estrés*, 27. 57-66. <https://www.ansiedadyestres.es/sites/default/files/rev/2021/anyes2021a8.pdf>

- Rincón, D. (2018, 31 de gener). *El cáncer, una enfermedad que afecta a toda la familia*. El Tiempo. <https://www.eltiempo.com/salud/impacto-del-cancer-en-los-familiares-de-un-paciente-177430>
- Robert, M. et al. (2013). *Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial*. ScienceDirect. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864013702074?token=A768C19A5885519EFE4E26D75C09D835290C3B5182FA4D9A510078F696F45E415D60E10120F1DBB5C1D75432B6858E3F&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230105110202>
- Rodríguez, A. (2015). ¿Cómo explican los niños y adolescentes el cáncer avanzado o terminal de sus padres?. *Psicooncología*. 12 (número 1), 2015, pp, 171 - 182.
- Rodríguez, J. (2017). *El vínculo afectivo entre personas con cáncer y sus familias como factor de resiliencia*. (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/405842/JRR_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Santelices - Álvarez, M. et al. (2009, 19 de març). *Estudio de los estilos de apego adulto en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal*. Universidad Católica de Chile. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n2/v8n2a09.pdf>
- Sanz, E. (2020, 14 de febrer). *¿En qué consiste el crecimiento postraumático?*. La mente es maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/en-que-consiste-el-crecimiento-postraumatico/>
- Simão-Miranda, T.P., Monteiro, L.A., Carvalho, C. C., Cordeiro, L.A.M., Chaves, E.C.L., Leite, M.A.C. (2017). La dimensión espiritual en el cuidado de las personas con cáncer: una revisión integradora. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 21(47). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.47.02>
- Sociedad Española de Oncología Médica. (2023). *Las cifras del cáncer en España 2023*. https://seom.org/images/Las_cifras_del_Cancer_en_Espana_2023.pdf
- Sociedad Española de Oncología Médica (2023, 31 de gener). *Las Cifras del Cáncer en España 2023*. <https://seom.org/prensa/el-cancer-en-cifras>
- Tedeschi, R. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Trauma Stress*, 9 (número 3). 71 - 455. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8827649/>
- Urrego, S. C., Sierra, F. A., & Sánchez, R. (2015). Desarrollo de una intervención centrada en espiritualidad en pacientes con cáncer. *Universitas Psychologica*, 14 (número 1), 299-312. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy13-5.dice>

- Vázquez, C. i Castilla, C. (2007). EMOCIONES POSITIVAS Y CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN EL CÁNCER DE MAMA. *PSICOONCOLOGÍA*. Vol. 4, Núm. 2-3, 2007, pp. 385-404.
- Vera, B. et al. (2006). LA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA DESDE LA PSICOLOGÍA POSITIVA: RESILIENCIA Y CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO. *Papeles del Psicólogo*, 2006. Vol. 27(1), pp. 40-49.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827106>
- Weathers, F.W., Huska, J.A., Keane, T.M. (1991). *PCL-C for DSM-IV*. Boston: National Center for PTSD – Behavioral Science Division. Link: <https://dvmedtraining.csw.fsu.edu/wp-content/uploads/2014/01/PCL-C.pdf>
- Yárnoz-Yaben, S. i Comino, P. (2011). EVALUACIÓN DEL APEGO ADULTO: ANÁLISIS DE LA CONVERGENCIA ENTRE DIFERENTES INSTRUMENTOS. *Acción Psicológica*, vol. 8, núm. 2, julio-, 2011, pp. 67-85

6.ANNEXOS

6.1. Annex 1. Consentiment Informat entrevista

Sóc estudiant de 4rt curs del Grau en Psicologia de la Universitat de Vic, Cèlia Sureda i Lloret i estic duent a terme una investigació com a Treball Final de Grau sobre com el diagnòstic i procés oncològics d'un dels progenitors pot afectar emocionalment als fills.

Amb la present sol·licito la seva participació voluntària a l'estudi. Per tal d'ajudar-lo/a a decidir si desitja participar, li detallo que aquest pretén estudiar el nivell d'estrès posttraumàtic, creixement posttraumàtic dels fills de pares amb diagnòstic de càncer, com també estudiar el vincle dels fills amb el progenitor que ha passat per un procés oncològic.

Si vostè accedeix a participar en aquest estudi se li demana que respongui a unes preguntes tipus qüestionari i a unes preguntes tipus entrevista, per tal de poder conèixer la seva experiència relacionada amb el diagnòstic i procés oncològic del seu pare/mare. Tota la informació obtinguda serà confidencial, seguint el compliment de la normativa vigent de Protecció de Dades (Llei Orgànica 3/2018 de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals).

La inclusió en aquest estudi és estrictament voluntària, i per tant, la seva negativa a participar-hi no comportarà cap mena de perjudici. Igualment, si alguna de les qüestions plantejades a l'estudi el/la fan sentir incòmode, té el dret a fer-ho saber a la investigadora i no contestar-les. La participació en aquest estudi no suposarà cap benefici acadèmic ni econòmic.

Amb el seu consentiment, l'entrevista serà gravada per poder realitzar un millor treball, més complet, a l'hora d'analitzar els resultats. Un cop analitzada la informació, les gravacions i les respostes al qüestionari seran destruïdes, i els resultats seran totalment anònims. Aquesta informació obtinguda a partir de l'entrevista i el qüestionari serviràn per poder complementar la part d'observació del treball. Finalment, en cas de tenir dubtes, al·legacions o comentaris i voler contactar amb les persones investigadores, podrà fer-ho amb l'estudiant Cèlia Sureda i Lloret (celia.sureda@uvic.cat).

Jo, sr./sra. _____ amb DNI número _____

DECLARO:

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

Investigadora

Firma del/la participant

Elx, a _____ de _____ del _____

6.2. Annex 2. Preguntes de l'entrevista

1. Explica'm quina és / va ser la teva experiència amb el càncer del teu pare/mare des del principi. (Any del diagnòstic, edat del fill/a...)
2. Actualment com portes el tema, és a dir, com convius amb aquesta situació que vas viure?
3. Creus que va haver-hi un abans i un després a nivell familiar?
4. Personalment com a filla com recordes viure la situació? Què recordes que et passava pel cap?

5. Creus que aquesta situació ha generat en tu certes coses negatives?
6. Quines coses positives diries que t'ha aportat el fet de viure aquesta situació?
7. Penses que el vincle i la relació amb el teu pare/mare que va passar pel càncer ha canviat? Si és així, cap a millor o cap a pitjor?
8. Ha estat difícil per tu haver de contestar aquestes preguntes i recordar la situació viscuda?

6.3. Annex 3. Transcripció de les entrevistes

SUBJECTE 1

Entrevistadora: **Explica'm quina és / va ser la teva experiència amb el càncer del teu pare/mare des del principi. (Any del diagnòstic, edat del fill/a...)**

Subjecte 1: L'any 2010 diagnostiquen a la meva mare de càncer de mama, dos mesos després de diagnosticar a la meva àvia també del mateix tipus de càncer. Un dia els meus pares ens van ajuntar al meu germà i a mi i ens van explicar que a la meva mare li havien trobat un càncer, i que hauria de començar el tractament. Jo era molt petita, tenia 10 anys, em va fer molta por, el primer que li vaig preguntar a la meva mare, que era el que em preocupava realment era si es moriria o no, perquè jo no sabia ni el que era el càncer ni com funcionava ni res. Llavors la meva mare va començar la quimio, i a casa meva va canviar tot, ja que la meva mare era una mica el "pal de paller" de casa i doncs ens vam haver d'adaptar a la nova situació, i per sort ho vam saber fer bé i entre el meu pare el meu germà i jo i amb ajuda de la família tot va funcionar. Després de la quimio van operar a la meva mare, que li van treure el pit i també li van fer ràdio, i més tard quan ja havien passat uns anys de la recuperació li van fer l'operació de reconstrucció.

Entrevistadora: **Actualment com portes el tema, és a dir, com convius amb aquesta situació que vas viure?**

Subjecte 1: Ara bé, la veritat, puc parlar del tema sense problema, també perquè jo a casa meva ho he parlat moltes vegades amb la meva mare i no ha estat mai un tema tabú. És veritat que al principi del diagnòstic jo no era capaç de dir ni d'escoltar la paraula càncer sense plorar, però ara bé. Tot i que, visc com amb una mica de por, ja que en el meu cas, tant la meva àvia materna com la meva mare, han passat per un càncer de mama, i joestic dins del "grup de risc" de la família i també dins d'un estudi genètic, encara que de moment no han trobat que el càncer sigui genètic en el cas de la meva família, només que les proves que es fan a les dones de control pel càncer de mama doncs a mi me les començaran a fer més aviat, però bueno, veient a la meva mare i a la meva àvia, com ho han superat, i saber que la medicina avança molt ràpid doncs em fa tenir menys por.

Entrevistadora: **Creus que va haver-hi un abans i un després a nivell familiar?**

Subjecte 1: Si, totalment, osigui, va canviar tot, fins i tot la nostra manera de ser, tant de la meva mare com del meu pare, el meu germà i jo. En el nostre cas aquesta situació ens va servir per unir-nos més i fer molta pinya entre tots 4, ajudar-nos, la comunicació, tot va canviar i millorar, a la meva mare és a la que més se li va notar el canvi, sobretot en la manera de veure les coses, no enfocar-te en les tonteries o amb els problemes que no són problemes en realitat, valorar molt més les coses senzilles, relativitzar les coses.

Entrevistadora: **Personalment com a filla com recordes viure la situació? Què recordes que et passava pel cap?**

Subjecte 1: Com he dit al principi, primer em feia molta por, sobretot que es morís la meva mare, mentres ho passava, mentre estava en aquella situació, no era conscient del que passava realment, sí que és veritat que anavem a veure a la meva mare a l'hospital i també ella estava a casa després de les quimios, estava molt malament pels efectes secundaris, també el fet de saber que no tenia cabell m'impactava molt al principi. Llavors, mentres ho passava doncs va passar i ja està, però després va tenir efectes secundaris en mi el fet de viure aquesta situació, tenir més por a perdre a les persones importants, a quedar-me sola, tenir el sentiment de que he de cuidar els meus pares, com una obligació que si no faig em sento malament, és com que ara se m'ha quedat aquesta part de patir una mica, d'estar alerta de que pot tornar a passar. És a dir, sempre penso que si que ho vaig passar malament, però ho vaig passar més malament després de tot, quan la meva mare ja estava recuperada.

Entrevistadora: **Creus que aquesta situació ha generat en tu certes coses negatives?**

Subjecte 1: Sí, com he dit abans el tema de les pors, que han augmentat degut a aquesta situació, i també ansietat, uns anys després del càncer jo vaig començar a patir ansietat i episodis de despersonalització, sense saber que era despersonalització, més tard amb 15 o 16 anys, vaig començar a tenir episodis més seguits, per anar a l'institut, per anar d'excursió, per anar de festa... I els meus pares em van portar amb una psicòloga que em va ajudar molt a gestionar-ho i controlar-ho. Jo consider-ho en el meu cas, que va ser una situació traumàtica per mi, per una nena de 10 anys. I també crec que aquesta por, mai marxarà, simplement l'aprenc a gestionar i a racionalitzar-la. Una altra cosa que em va aportar aquesta situació, que per mi, és algo negatiu, és que vaig haver de madurar de cop, molt ràpid, tenia 10 anys però havia de fer coses de nena gran i estar a l'altura.

Entrevistadora: **Quines coses positives diries que t'ha aportat el fet de viure aquesta situació?**

Subjecte 1: Doncs viure una situació així, jo crec que t'aporta personalment resiliència, ja que has superat aquesta situació, et veus més forta i capaç de viure altres coses. També el que deia abans, que la meva família estem molt i molt units.

Entrevistadora: **Penses que el vincle i la relació amb el teu pare/mare que va passar pel càncer ha canviat? Si és així, cap a millor o cap a pitjor?**

Subjecte 1: Jo crec que sí que ha canviat, tot i que també he de dir que jo era molt petita quan va passar i no puc recordar ben bé com era el vincle amb la meva mare, a veure, era bo, no ens hem portat mai malament, però tampoc sé com seria ara si no haguéssim passat per això, però sí, més unides i amb molta comunicació, molt de respecte. En part, per part meva també hi ha una part de vincle que és que des del càncer m'ha costat molt fer coses sense els meus pares, però en general ha anat cap a millor.

Entrevistadora: **Ha estat difícil per tu haver de contestar aquestes preguntes i recordar la situació viscuda?**

Subjecte 1: No, gens difícil i de fet m'ha agradat molt poder explicar la meva experiència.

SUBJECTE 2

Entrevistadora: **Explica'm quina és / va ser la teva experiència amb el càncer del teu pare/mare des del principi. Quin any va ser el diagnòstic, l'edat que tu tenies... Una mica per posar-nos en situació?**

Subjecte 2: Jo me'n recordo... L'any no exactament, jo anava a l'institut crec. Sí perquè no tenia carnet de cotxe encara. I home, no ho sé, primer va ser així una mica més dramàtic al principi, i xocant a la vegada. O sigui, si hagués estat més dramàtic i ja està, doncs hauria sigut més plorar i així, però va ser xocant també i això va fer que no ploris i et quedis en xoc. Al final era com el dia a dia i havies de tirar endavant, i va ser com val si hi ha aquesta situació, però bueno la vida segueix, hem d'anar a l'escola, hem de sopar i hem de seguir, i ja està. I bueno és el que hi ha, al final ningú està preparat per això i no saps mai com afrontar-ho, vull dir, cadascú ho fa com pot i com més bonament sap, i així. Però sí que el record que tinc és que va ser tot molt ràpid i de cop, i per sort va anar bé, però va ser com "va ja està", "no passa res". Després amb l'operació i tot plegat sí que és més real, ja que vas a l'hospital, a veure a la meva mare i així, però sí que aquells moments eren com que ho tenies més a prop i t'ho creies, però durant el dia a dia era com que et quedava més distant, perquè tu havies d'anar fent el dia a dia, com he dit abans, anava passant el dia i de tant en tant sabies alguna novetat, però no era prou conscient, era com que passava paral·lelament i ja està. El problema és que la imatge que tenim del càncer és que és dolent i que es mor la gent, per això el que he dit abans, que quan et donen la primera notícia és xocant, perquè ja ho relaciones directament, relaciones el càncer amb la mort, i clar això és xocant, i depèn de l'edat que tinguis encara més, i tens al cap que la persona malalta es morirà. Jo consider-ho que aquesta situació l'he hagut d'anar gestionant al llarg dels anys, que no ho vaig poder fer el moment que tocava, que no sé tampoc si hi ha un moment correcte, però com he dit abans tothom ho fa com pot, penso que no hi ha una manera de fer-ho. És cert que a vegades penso que hi ha coses que m'agradaria haver gestionat al seu moment i no després de no sé quants anys, perquè no saps d'on ve.

Entrevistadora: **Actualment com portes el tema, és a dir, com convius amb aquesta situació que vas viure?**

Subjecte 2: Doncs ara bé, jo crec que et fa ser d'una manera o d'una altra, llavors vol dir que el fet de que aquesta situació hagi format part de la teva vida, jo crec que influeix al teu caràcter, jo crec que al final, per molt dolenta que sigui una cosa així, l'has d'acabar com agraint, això és només la meva manera de pensar, però m'agrada pensar que gràcies a això ara sóc d'una manera, i veus la vida i la pròpia malaltia d'una manera diferent. Ara ja sé com funciona això, és com que estàs a un altre bàndol, veus la malaltia com que no n'hi ha per

tant, òbviament veus a les persones que hi passen ara, i per elles és un daltabaix com per tu va ser en el seu moment, i les intentes ajudar, però penso que ells també ho han de passar a la seva manera, no els hi pots dir com fer-ho, sinó recolzar-lo. Al final veus ja no la malaltia, sinó també la mort, d'una manera més "light", la veus diferent. En resum, viure aquesta situació et fa un canvi a la vida i al cervell i veus les coses amb uns altres ulls, i de manera positiva.

Entrevistadora: **Creus que va haver-hi un abans i un després a nivell familiar?**

Subjecte 2: Sí, jo crec que sí. A nivell familiar, quan passa això tothom s'ha d'espavilar com puguin, depenent de l'edat que tinguis. Ho fas com pots, jo crec que sí que hi ha un canvi, col·laborar més i implicar-se més en les coses del dia a dia de la casa, abans de la malaltia els rols estaven posats d'una manera i durant i després de la malaltia van canviar. El progenitor que no està malalt ha de fer el seu rol i el de la persona malalta, per tant, com a fill també entres i ajudes, o que entre tots els membres de la família es reparteixen les tasques de la casa sobretot. Un cop ha passat tot plegat les actituds i la implicació canvia dins la família, també fa que hi hagi més unió. Es reestructuren els rols, ja que un cop la malaltia ha passat, la persona malalta no torna a la normalitat d'abans, potser hi ha coses que no podrà fer, o que se l'haurà d'ajudar durant un temps, degut a l'estat físic que té la persona que ha passat la malaltia. A nivell psicològic també hi ha un canvi, com el que deia al principi, t'enforteix i que canvia la visió de la mort i de la malaltia.

Entrevistadora: **Personalment com a fill com recordes viure la situació? Què recordes que et passava pel cap?**

Subjecte 2: Bueno com deia abans, el pensament va canviant mica en mica, però al principi, si que quan t'ho expliquen és molt dramàtic i xocant, i fa que el drama quedi amagat i, per tant, estàs en xoc i no saps com respondre i respons com d'una manera apàtica. Després li vas donant voltes i relaciones el càncer amb la mort, fins que no veus que hi ha persones que ho superen, no et tranquil·litzen i veus que no n'hi ha per tant, que hi ha moltes probabilitats que es recuperi i superi la malaltia, et canvia completament la imatge que tenies del càncer. Algun dia potser no dormia perquè em preocupava més o algun dia patia més, el dia que vas a veure el malalt a l'hospital i el veus millor també t'anima a seguir, quan et donen bones notícies... Jo diria que totes les emocions que existeixen són presents en aquest present, sense un ordre concret, les vius totes, tens emocions contràries a la vegada. El fet de fer vida normal en aquell moment per mi va suposar que la situació l'he hagut de gestionar anys després, a mi el que em passa és que a vegades avui en dia, algun dia que ploro per alguna

cosa que m'ha passat ara al present acabo plorant per estar gestionant el càncer de la meua mare, tot i que a vegades no ho entens d'on surt aquest sentiment de tristesa, però si t'hi fixes bé, saps que ve d'aquesta situació. Jo quan era més petit, em feia por plorar perquè pensava que no podria parar.

Entrevistadora: **Creus que aquesta situació ha generat en tu certes coses negatives?**

Subjecte 2: Sí, ansietat. Tot i que no m'ha aparegut just acabant el procés, sinó al cap d'uns anys. Pors, no tant a partir d'aquí, sinó que ja tenia pors i el fet de viure aquesta situació ha enfortit aquestes pors, o sigui, la meua por principal és quedar-me sol, i ja la tenia, però amb la situació, que saps que pot morir la persona malalta ha enfortit la por.

Entrevistadora: **Quines coses positives diries que t'ha aportat el fet de viure aquesta situació?**

Subjecte 2: Com comentava abans, la imatge de la mort, el concepte de la mort i de la malaltia, i en general, com afrontar la vida, és positiu i negatiu a la vegada, lo positiu és que he après a tirar endavant, al final superar obstacles i seguir endavant, i com a cosa negativa seria el fet de que passes els obstacles sense mirar tan sols quin obstacle és ni què et vol ensenyar l'obstacle. Aquesta situació m'ha fet veure que si trobes obstacles no els has d'apartar, ja que son coses a gestionar, i si no les gestiones quan te les trobes les haurem de gestionar més tard, no desapareixeran. També he après més coses sobre el càncer, i ganes d'entendre més coses i d'aprendre sobre el tema.

Entrevistadora: **Penses que el vincle i la relació amb el teu pare/mare que va passar pel càncer ha canviat? Si és així, cap a millor o cap a pitjor?**

Subjecte 2: Sí, al final com que el procés comporta que puguis perdre aquella persona fa que li tinguis molt més aprecí, enforteix més el vincle, les mentalitats del malalt i de l'entorn canvien, és com un "reset" tot comença de nou, et donen una segona oportunitat, en el moment no ho veus perquè jo era petit, però amb els anys ho he anat veient així, oportunitat de fer les coses millor, de canviar el que no t'agradava, tant pel malalt com per la família més propera. Et fa apreciar més l'entorn i les coses, el vincles és més fort i diferent comparat amb el d'abans de la malaltia.

Entrevistadora: **Ha estat difícil per tu haver de contestar aquestes preguntes i recordar la situació viscuda?**

Subjecte 2: No, ha estat prou bé, potser les més personals de recordar un moment en concret sí que ha estat més difícil, però en general no, a més ja fa molts anys, i a poc a poc ho he anat gestionant, i fa que ho puguis parlar amb normalitat.

SUBJECTE 3

Entrevistadora: **Explica'm quina és / va ser la teva experiència amb el càncer del teu pare/mare des del principi. (Any del diagnòstic, edat del fill/a...)**

Subjecte 3: Doncs la meva experiència personal quan ens vam enterar de que ella tenia càncer va ser com ràbia i por a la vegada degut a que feia només dies que la meva àvia havia mort per el mateix. Sí que és veritat que dintre de tot la meva mare sempre intentava no mostrar-nos com ella de veritat estava per no fer-nos patir o si més no el menys possible. Per sort un cop es van fer totes les proves pertinents es va veure que li havien trobat molt aviat i el tumor no era gros, cosa que ens va fer tranquilitzar a tots mínimament, ja que si tot anava bé només amb una operació i radioteràpia no tindria perquè tornar a sortir. A mesura que el temps anava passant veure a la teva mare patir si que feia estar més malament degut a que paties perquè mai sabies el futur de l'evolució i això feia estar intranquil a tots. Per sort el pronòstic era bo i poc a poc i al cap de mesos un cop va acabar la radioteràpia vam poder estar tots més tranquils tot i que l'angoixa avui en dia encara hi és cada cop que va a l'oncòleg, perquè sempre tens aquest patiment de si torna a venir dient que ha recaigut.

Entrevistadora: **Actualment com portes el tema? Com convius amb aquesta situació?**

Subjecte 3: Actualment per sort la meva mare està bé i no hi ha hagut cap més recaiguda ni complicació, i aquest any estem contents ja que si tot va bé ja li donen l'alta oncològica, que vulguis o no t'acaba traient un gran pes de sobre. Per sort ara mateix ja ha quedat com en un segon plat i podem estar contents de que tot hagi anat molt bé.

Entrevistadora: **Creus que va haver-hi un abans i un després a nivell familiar?**

Subjecte 3: Com he dit abans si que crec que ha pogut haver-hi un abans i un després tot i que aquest després ha fet els llaços i relacions s'hagin fet més forts.

Entrevistadora: **Tu personalment com a fill/a com recordes viure la situació? Què et passava pel cap?**

Subjecte 3: El que em passava pel cap en aquells moments és si tot aniria bé, què podria arribar a passar, por per l'evolució... veure a la teva mare patir encara que ella intenti mig ocultar-ho sempre és trist i fa que tinguis la por de i sí està ocultant algo per no fer-nos patir? O altres dubtes que et sorgien i et feien estar malament per dins, tot i que s'intenta ocultar per tal de que la meva mare no estigués patint per culpa de que jo també pogués estar malament.

Entrevistadora: **Creus que aquesta situació ha generat en tu certes coses negatives?**

Subjecte 3: Crec que el més negatiu ha pogut ser angoixa i ansietat en aquells moments quan encara no saps del cert res, i intentar ocultar-ho crec que es veu reflectit en un futur de tenir-ne per coses menys importants o que no se n'hauria de tenir. Per la banda de pors, en aquells moments si que tenia pors que havien sorgit arrel del diagnòstic com, què pot arribar a passar? I si li passa alguna cosa a la mama? Bueno, pors que apareixen a mesura que va evolucionant cada etapa.

Entrevistadora: **Quines coses positives diries que ha aportat el fet de viure aquesta situació?**

Subjecte 3: Crec que la millor és tenir una relació més forta i de més confiança envers a ella, també a tornar-te una persona més forta i més madura en una edat bastant jove i sobretot a viure la vida amb més ganes i felicitat ara que tot està bé.

Entrevistadora: **Penses que el vincle i la relació amb el teu pare/mare que va passar per el càncer ha canviat? Si és així, cap a millor o cap a pitjor?**

Subjecte 3: Crec que va canviar i va haver-hi més confiança i va ajudar a tenir una relació més forta.

Entrevistadora: **Ha estat difícil per tu haver de contestar aquestes preguntes i recordar la situació viscuda?**

Subjecte 3: Per sort ara mateix és una cosa que tinc molt superada a part de que mai s'ha deixat de banda aquest tema, és a dir que en puc parlar sense cap problema i sense patir. Per sort ara mateix que tot ha anat bé han sigut anys de canvis i patiment però que m'han ajudat a fer-me fort amb alguns temes que potser és veritat que abans em podien fer mal.

SUBJECTE 4

Entrevistadora: **Explica'm quina és / va ser la teva experiència amb el càncer del teu pare/mare des del principi. (Any del diagnòstic, edat del fill/a...)**

Subjecte 4: Quan li van diagnosticar el càncer feia 15 dies que la meva àvia havia mort per la mateixa malaltia, en el moment del diagnòstic vaig sentir molta por i ràbia que el procés fos el mateix pel què va passar la meva àvia. A mesura que avançaven les proves, es va veure que el tipus de càncer que ella patia no era el mateix que el de l'àvia, i això va fer que s'em relaxés una mica la ment i veure tot amb una mica més de llum. Després de l'operació i un cop biopsiat, vaig quedar més tranquil perquè es va veure que tot i haver-hi cèl·lules malignes era poc probable que es fes metàstasi i a partir d'aquí l'angoixa va anar desapareixent a mesura que avançava el tractament, que per sort només va haver de fer radioteràpia, i veia com ella millorava, tot i que sempre et queda la por pel què pugui passar o per si es repeteix.

Entrevistadora: **Actualment com portes el tema? Com convius amb aquesta situació?**

Subjecte 4: Actualment, porto el tema molt bé, el fet de veure que ella fa vida normal i que després de tots aquests anys el problema no ha aparegut més, només tinc angoixa quan es fa les visites de control, mamografies.... Esperant que tot segueixi estant correcte i que no apareguin més cèl·lules malignes.

Entrevistadora: **Creus que va haver-hi un abans i un després a nivell familiar?**

Subjecte 4: A nivell familiar sempre hem estat molt units, i el fet que ens trobéssim amb aquesta situació va enfortir la unitat familiar, pot ser que abans no parléssim tant de les nostres emocions i arrel d'aquest esdeveniment ens vam obrir més uns als altres.

Entrevistadora: **Tu personalment com a fill/a com recordes viure la situació? Què et passava pel cap?**

Subjecte 4: Al principi, recordo que ho vivia per dins, tenia angoixa tot i fer una bona cara i en situacions sobretot a l'escola explotava i no era la millor persona... això va fer que les meves notes no anessin del tot bé... Pel cap em passaven totes les situacions possibles relacionades amb la malaltia, que de sobte ens donarien una mala notícia, pensava que la situació empitjoraria i tornàriem a viure els passos que va fer l'àvia, en altres moments era

molt més optimista i pensava que tot estava ja pràcticament solucionat, i en altres moments bloquejava els pensaments i ni hi pensava, durant el transcurs de la malaltia vaig tenir bastants alts i baixos.

Entrevistadora: **Creus que aquesta situació ha generat en tu certes coses negatives?**

Subjecte 4: En el seu moment sí, patia angoixa i por, però potser el pitjor va ser el fet de portar els meus sentiments negatius per dins i no voler-ho mostrar. També em vaig tornar impulsiu i quan estava enfadat donava respostes sense pensar en com podien sentir-se les persones que les rebien, generalment feien mal... penso que em vaig tornar molt temperamental.

Entrevistadora: **Quines coses positives diries que ha aportat el fet de viure aquesta situació?**

Subjecte 4: El fet de viure aquesta situació també m'ha ensenyat molt, el fet de saber-me comportar i pensar abans de parlar potser ha estat el més positiu que n'he obtingut. També m'ha ensenyat a viure el moment i a disfrutar-lo, pensant en el futur però sense pensar en el què passarà abans de que passi. Crec que sóc bastant més optimista del que havia estat.

Entrevistadora: **Penses que el vincle i la relació amb el teu pare/mare que va passar per el càncer ha canviat? Si és així, cap a millor o cap a pitjor?**

Subjecte 4: Penso que sí ha canviat en algun aspecte, cap a millor, arrel de la malaltia hem millorat la nostra comunicació.

Entrevistadora: **Ha estat difícil per tu haver de contestar aquestes preguntes i recordar la situació viscuda?**

Subjecte 4: Per mi no ha estat difícil, per sort va ser una experiència que en el seu moment va ser difícil de digerir però a dia d'avui ja no fa mal.

SUBJECTE 5

Entrevistadora: **Explica'm quina és / va ser la teva experiència amb el càncer del teu pare/mare des del principi. (Any del diagnòstic, edat del fill/a...)**

Subjecte 5: Pues, al principio me vino de golpe, yo no sabía que había diversas pruebas para llegar a diagnosticar el cáncer, ni sabía que ella se encontraba mal, sino que fue un día que nos sentaron a mi hermana y a mi y nos dijeron “mamá tiene cáncer”. Me vino un poco muy de golpe, y al principio creo que no lo supe asimilar muy bien y de hecho a mis amigas no fui capaz de contárselo hasta 3 meses después, yo no quería ver la realidad y el hecho de contarlo significaba asumir esa realidad. Luego ya sí, cuando lo vas contando o vas viendo los efectos de la quimioterapia, que se le cae el pelo, deja de trabajar... cuando ya vas viendo esos efectos sobre ella pues sí que eres más consciente de la enfermedad. Al principio lo tienes todo como más negativo, porque con 15 años no sabes mucho del cáncer, lo único que sabes es que es malo y que la gente se muere de cáncer, y poco más. Luego poco a poco vas viendo que no todo el mundo se muere, fue poco a poco pasar de verlo todo muy negativo y no asumir, a poco a poco aceptar lo que pasaba en mi casa.

Entrevistadora: **Actualment com portes el tema? Com convius amb aquesta situació?**

Subjecte 5: Soy consciente obviamente de lo que pasó y es como que siento que no estuve a la altura de la situación, como que me siento en parte culpable de como fue mi reacción, está claro que fue mi manera de gestionarlo y lo hice de la manera que yo pude y supe, pero, el evadirme tanto y no querer asumir, pues también hizo que igual no estuviera a la altura de la situación, en cuanto a darle apoyo a mi madre o estar con ella, acompañarla... pues ahora es como que no me culpabilizo pero que lo haría diferente.

Entrevistadora: **Creus que va haver-hi un abans i un després a nivell familiar?**

Subjecte 5: Sí, o sea, al fin y al cabo con cosas así aprendes a valorar lo que realmente son los problemas, igual en casa antes te enfadabas por cualquier mínima chorrada, y como que a partir de eso aprendes a ver lo que realmente es importante y lo que no, y entonces yo creo que en ese aspecto en la familia como que hay menos broncas tontas...

Entrevistadora: **Tu personalment com a fill/a com recordes viure la situació? Què et passava pel cap?**

Subjecte 5: Pues al principio, creo que las primeras semanas era como un pensamiento de que mi madre se va a morir, tengo miedo, ya que como he dicho antes todo lo que sabes del cáncer es malo, muerte... Entonces al principio lo viví con mucho miedo, porque la figura materna es como una figura principal en casa. El miedo no se te quita en ningún momento del todo, al final siempre está, pero poco a poco vas viendo que también está la opción de

recuperarse, que el tratamiento va bien, que no va tan mal como esperas al principio y no es sólo miedo lo que sientes, vas abriendo tu mente un poco.

Entrevistadora: **Creus que aquesta situació ha generat en tu certes coses negatives?**

Subjecte 5: si osea como he dicho antes, de sentir que no estaba a la altura de la situación, sí que es verdad que desde esta situación esta como la inseguridad de todo lo que pasa en casa, como que me exijo mucho a estar muy presente o estar muy a la altura, muy presente cuando alguien esta mal, y a veces a sobrecargar demasiado porque me culpabilizo de no haberlo hecho en esa situación cuando mi madre estuvo mal y es como que lo intento compensar de alguna manera.

Entrevistadora: **Quines coses positives diries que ha aportat el fet de viure aquesta situació?**

Subjecte 5: Al final saber valorar las pequeñas cosas y lo que realmente importa, también valorar lo importante que es la salud, que al final la salud lo es todo, ya puedes tener mucho dinero, muchos amigos, la casa más grande del mundo, pero si no tienes salud no eres nada, entonces valorar el estar bien, ver el entorno que tienes, gente que te acompaña y que está a tu lado, darte cuenta del entorno bonito que tienes, porque a mi madre la acompañó mucha gente y la ayudaron mucho, y también nos hemos unido mucho como familia, y esta unión no se ha roto al haber acabado todo.

Entrevistadora: **Penses que el vincle i la relació amb el teu pare/mare que va passar per el càncer ha canviat? Si és així, cap a millor o cap a pitjor?**

Subjecte 5: Si, si que estamos más unidas, siento que después de eso estamos más unidas, también porque igual con ese sentimiento de que igual la podía perder, me hizo darme cuenta, a ver yo con mi madre no me llevaba mal, no tenía una mala relación con ella, pero igual ahora estamos más unidas, la siento más cerca.

Entrevistadora: **Ha estat difícil per tu haver de contestar aquestes preguntes i recordar la situació viscuda?**

Subjecte 5: No me ha sido difícil porque es algo con lo que convivo, es algo que ha seguido presente en mi casa, entonces soy muy consciente de lo que hemos pasado, pero es como

que no me gusta recordar el como yo estuve ante esta situación, lo más difícil ha sido no recordar el cancer de mi madre sino mi perspectiva en ese momento, como actue.

SUBJECTE 6

Entrevistadora: **Explica'm quina és / va ser la teva experiència amb el càncer del teu pare/mare des del principi. (Any del diagnòstic, edat del fill/a...)**

Subjecte 6: Al meu pare li van detectar càncer de coll causat pel tabac l'any 2015. Jo tenia 21 i el meu germà 18. La noticia recordo que ens va impactar molt, no ens ho esperàvem ja que en un principi li havien dit que semblava algo muscular i després de la insistència del meu pare, van fer proves i van acabar fent el diagnòstic. El van operar molt ràpid però durant l'operació van existir diferents problemàtiques que van fer que la recuperació posterior fos molt dura i alhora molt llarga. Va estar més d'un mes a l'hospital. En aquest moment el que recordo i em fa patir és pensar que en el moment de l'operació no vaig poder ser-hi i que en el cas que hagués passat quelcom jo no hi hagués estat. També recordo patir per anar a l'hospital, havia d'anar a estonetes petites perquè em venia ansietat i vaig sentir que no hi era lo suficient i també recordo plorar molt per les nits per la por a perdre'l. Nosaltres donàvem suport a la meva mare i fèiem el que podiem. Un cop va sortir de l'hospital, recordo que al quedar-li afectades les cordes vocals no podia parlar i després també va ser impactant el canvi de veu. El meu pare arrel del càncer va deixar de fumar de cop.

Entrevistadora: **Actualment com portes el tema? Com convius amb aquesta situació?**

Subjecte 6: Actualment a vegades penso que hauria d'haver tret valentia i força per veure al meu pare en una situació així i poder estar més al seu costat sense patir tant. Per la resta, pateixo perquè no torni a recaure pero el tema el portem be en general.

Entrevistadora: **Creus que va haver-hi un abans i un després a nivell familiar?**

Subjecte 6: Considero que no hi ha hagut un canvi a nivell familiar. El meu pare en aquest aspecte potser sí que ha canviat la visió i si que considero que ha pres consciència de lo dolent que és el tabac i està molt més insistent amb la meva mare perquè deixi de fumar. Per la resta, no hi ha hagut canvis significants.

Entrevistadora: **Tu personalment com a fill/a com recordes viure la situació? Què et passava pel cap?**

Subjecte 6: Amb molta por , ansietat i preocupació. També recordo, com he dit abans, la sensació de voler ser-hi més, acompanyar més al meu pare i lo incapacitada que em sentia.

Entrevistadora: **Creus que aquesta situació ha generat en tu certes coses negatives?**

Subjecte 6: Arrel del càncer i altres malalties, el meu pare està força delicat per l'edat que té. Llavors això , em genera angoixa i preocupació i em fa patir perquè no el vull perdre i vull que hi sigui el màxim de temps possible.

Entrevistadora: **Quines coses positives diries que ha aportat el fet de viure aquesta situació?**

Subjecte 6: Aquesta situació ha fet que pensi en el present, que tingui més ganes d'estar amb la família (tot i que sempre he sigut molt familiar) i demostrar encara més el que els estimo. M'ha fet forta i tenir més seguretat per poder fer front a les adversitats de la vida, valorar les petites coses, els petits moments, detalls.. i donar importància a la salut i els bons hàbits per aconseguir tenir el millor estil de vida possible.

Entrevistadora: **Penses que el vincle i la relació amb el teu pare/mare que va passar per el càncer ha canviat? Si és així, cap a millor o cap a pitjor?**

Subjecte 6: El vincle i la relació amb el meu pare sempre ha sigut molt bo i crec que s'ha enfortit més. Però no he sentit un canvi significatiu, mantenim molt el que teniem però potser una mica més enfortit.

Entrevistadora: **Ha estat difícil per tu haver de contestar aquestes preguntes i recordar la situació viscuda?**

Subjecte 6: M'ha servit molt per ser capaç d'analitzar la situació viscuda, treure fora els meus pensaments i sentiments i posar paraules al que vaig sentir. M'ha agradat molt poder expressar el que vaig viure, sentir, pensar...i t'agraeixo l'oportunitat.

6.4. Annex 4. Anàlisi categories de l'entrevista

Pregunta 1. Explica'm quina és / va ser la teva experiència amb el càncer del teu pare/mare des del principi. (Any del diagnòstic, edat del fill/a...)

<u>Subjectes</u>	<u>Element d'anàlisi</u>	<u>Categoria</u>
Subjecte 1	Por a que la mare es morís perquè no sabia què era el càncer.	Por a la mort Desconeixença del càncer
Subjecte 2	Dramàtic al principi i xocant a la vegada. La imatge del càncer és dolenta i el relaciona amb la mort.	Experiència dramàtica Impacte Visió negativa del càncer Por a la mort
Subjecte 3	Al principi molta por i ràbia, va patir molt per la mare.	Por Ràbia Patiment
Subjecte 4	Va sentir molta por i ràbia.	Por Ràbia
Subjecte 5	Molt de cop i difícil d'assimilar. Al principi ho va veure negatiu, ja que no sabia què era el càncer i el relaciona amb la mort.	Impacte Visió negativa del càncer Desconeixença del càncer Por a la mort
Subjecte 6	La notícia va ser impactant i inesperada. Durant tot el procés va patir molt i tenia por a perdre el pare.	Impacte Por a la mort Patiment

Pregunta 2. Actualment com portes el tema, és a dir, com convius amb aquesta situació que vas viure?

<u>Subjectes</u>	<u>Element d'anàlisi</u>	<u>Categoria</u>
Subjecte 1	Pot parlar del tema sense que sigui un tabú, ja que a casa s'ha tractat amb normalitat, encara que viu amb una mica de por per si es repeteix	Normalització Por a la recaiguda
Subjecte 2	Ara ja sap de què va i se sent que està a	Normalització

	l'altre bàndol i pot ajudar a persones que es troben en la situació que ell va viure amb la mare	Ajuda cap als altres
Subjecte 3	Ara poden parlar amb normalitat del tema, ja que ha quedat a un segon pla i veu que la mare s'ha recuperat i ha anat tot bé	Normalització
Subjecte 4	Porta bé el tema, ja que el fet de veure que la seva mare està bé, el fa estar bé a ell, tot i que té por al què pugui passar o per si es repeteix	Normalització Por a la recaiguda
Subjecte 5	Es sent culpable per com va ser la seva reacció	Culpabilitat
Subjecte 6	Pensa que hauria d'haver actuat diferent en el moment del diagnòstic i pateix per si el pare recau	Culpabilitat Por a la recaiguda

Pregunta 3. Creus que va haver-hi un abans i un després a nivell familiar?

<u>Subjectes</u>	<u>Element d'anàlisi</u>	<u>Categoria</u>
Subjecte 1	Canvi total, fins i tot va canviar la seva manera de ser. Els va servir per unir-se més i fer molta pinya, sobretot en la manera de veure les coses, relativitzar les coses	Canvi a nivell familiar Canvi a nivell personal Canvi en la manera de veure les coses Unió familiar
Subjecte 2	A nivell familiar, quan passa això tothom s'ha d'espavilar com pugui. Entre tots els membres de la família es reparteixen les tasques de la casa. Un cop ha passat tot plegat les actituds i la implicació canvia dins la família, hi ha més unió	Canvi a nivell familiar Canvi a nivell personal Unió familiar
Subjecte 3	Un abans i un després, els llaços i relacions s'han fet més forts	Canvi a nivell familiar Unió familiar
Subjecte 4	Es va tornar impulsiu i quan estava enfadat donava respostes sense pensar en com podien sentir-se les persones que les rebien, es va tornar molt temperamental	Canvi a nivell personal

Subjecte 5	Aprrens a valorar el que realment són els problemes, a partir d'això aprrens a veure el que realment és important i el que no.	Canvi en la manera de veure les coses
Subjecte 6	Considera que no hi ha hagut canvis	No canvis

Pregunta 4. Personalment com a filla com recordes viure la situació? Què recordes que et passava pel cap?

<u>Subjectes</u>	<u>Element d'anàlisi</u>	<u>Categoria</u>
Subjecte 1	Primerament molta por, sobretot a la mort, mentre ho vivia no era conscient de la situació, però veure a la mare a l'hospital i sense cabell va tenir un gran impacte. Ho va passar malament, però ho va passar més malament després de tot, quan la mare ja estava recuperada, ja que era més gran i més conscient de tot.	Por Pensaments negatius Inconsciència en el moment Consciència tardana Impacte
Subjecte 2	Al principi és molt dramàtic i xocant, però el drama queda amagat i estàs en xoc, no saps com respondre i respons com d'una manera apàtica. Després ho relaciones amb la mort, més tard veus que hi ha moltes probabilitats que es recuperi i superi la malaltia, et canvia completament la imatge que tenies del càncer. El fet de fer vida normal en aquell moment va suposar que es gestionés la situació anys després.	Impacte Inconsciència en el moment Pensaments negatius Por Pensaments positius Canvi imatge del càncer Apartar/amagar les emocions Consciència tardana
Subjecte 3	Pensaments de si tot aniria bé, què podria arribar a passar, por per l'evolució. Altres dubtes que sorgeixen i feien estar malament per dins, tot i que s'intenta ocultar per tal de que la mare no estigui patint.	Por Apartar/amagar les emocions Pensaments negatius

Subjecte 4	Al principi ho vivia per dins, tenia angoixa tot i fer una bona cara. A l'escola explotava i treia molt males notes. Pel cap passaven totes les situacions possibles relacionades amb la malaltia, males notícies i empitjorament. En altres moments era optimista i pensava que tot estava ja pràcticament solucionat, i en altres moments bloquejava els pensaments.	Apartar/amagar les emocions Por Pensaments negatius Afectació al dia a dia Pensaments positius
Subjecte 5	Al principi era com un pensament de que morirà i molta por. La por no marxa en cap moment del tot, però poc a poc vas veient que també hi ha l'opció de recuperar-se, que el tractament va bé, que no va tan malament com esperaves al principi.	Por Pensaments negatius Pensaments positius
Subjecte 6	Molta por , ansietat i preocupació.	Por Pensaments negatius

Pregunta 5. Creus que aquesta situació ha generat en tu certes coses negatives?

<u>Subjectes</u>	<u>Element d'anàlisi</u>	<u>Categoria</u>
Subjecte 1	Por a perdre a les persones importants, a quedar-se sola, tenir el sentiment de que ha de cuidar els pares, com una obligació. També ansietat, uns anys després del càncer va començar a patir ansietat i episodis de despersonalització, amb 15 o 16 anys va tenir episodis més seguits, per anar a l'institut, per anar d'excursió, per anar de festa... Va ser una situació traumàtica, per	Por Sobrecàrrega Ansietat Afectació al dia a dia Trauma Maduració temprana

	una nena de 10 anys. Aquesta por, mai marxarà, simplement aprens a gestionar i a racionalitzar-la. Haver de madurar de cop, molt ràpid, amb 10 anys haver de fer coses de nena gran i estar a l'altura de la situació.	
Subjecte 2	Ansietat, que no ha aparegut just acabant el procés, sinó al cap d'uns anys. El fet de viure aquesta situació ha enfortit aquestes pors, o sigui, la meva por principal és quedar-me sol, i ja la tenia, però amb la situació, que saps que pot morir la persona malalta ha enfortit la por.	Ansietat Por
Subjecte 3	El més negatiu ha pogut ser angoixa i ansietat en aquells moments quan encara no saps del cert res, i intentar ocultar-ho crec que es veu reflectit en un futur de tenir-ne per coses menys importants o que no se n'hauria de tenir. Per la banda de pors, en aquells moments si que tenia pors que havien sorgit arrel del diagnòstic, pors que apareixen a mesura que va evolucionant cada etapa.	Angoixa Ansietat Por
Subjecte 4	Patia angoixa i por, però potser el pitjor va ser el fet de portar els sentiments negatius per dins i no voler-ho mostrar. Es va tornar impulsiu i quan estava enfadat donava respostes sense pensar en com podien sentir-se les persones que les rebien, generalment feien mal.	Angoixa Ansietat No expressió dels sentiments Canvis comportamentals
Subjecte 5	Sentir que no estava a l'altura de la situació, des d'aquell moment hi ha la inseguretad de tot el que passa a casa, molta exigència a estar present o a l'altura, quan algú està malament, a vegades a sobrecarregar massa, culpabilitat de no haver-ho fet quan	No estar a l'altura Inseguretad Exigència Sobrecàrrega Culpabilitat

	la mare estava malalta i s'intenta compensar d'alguna manera.	
Subjecte 6	Angoixa i preocupació	Angoixa Por

Pregunta 6. Quines coses positives diries que t'ha aportat el fet de viure aquesta situació?

<u>Subjectes</u>	<u>Element d'anàlisi</u>	<u>Categoria</u>
Subjecte 1	Aporta resiliència, ja que has superat aquesta situació, et veus més forta i capaç de viure altres coses. També molta unió familiar.	Resiliència Fortalesa Unió familiar
Subjecte 2	Et fa un canvi a la vida i al cervell i veus les coses amb uns altres ulls, i de manera positiva. La imatge de la mort, el concepte de la mort i de la malaltia, i en general, com afrontar la vida, lo positiu és que he après a tirar endavant, al final superar obstacles i seguir endavant, m'ha fet veure que si trobes obstacles no els has d'apartar, ja que son coses a gestionar, i si no les gestiones quan te les trobes les haurem de gestionar més tard, no desapareixeran. També he après més coses sobre el càncer, i ganes d'entendre més coses i d'aprendre sobre el tema.	Canvi de perspectiva Fortalesa
Subjecte 3	Una relació més forta i de més confiança envers a ella, també a tornar-te una persona més forta i més madura en una edat bastant jove i sobretot a viure la vida amb més ganes i felicitat ara que tot està bé.	Unió familiar Fortalesa Maduració temprana

Subjecte 4	<p>Saber-me comportar i pensar abans de parlar potser ha estat el més positiu que n'he obtingut. També viure el moment i a disfrutar-lo, pensant en el futur però sense pensar en el què passarà abans de que passi. Crec que sóc bastant més optimista del que havia estat.</p>	<p>Canvi de comportament</p> <p>Carpe Diem Optimisme</p>
Subjecte 5	<p>Valorar las pequeñas cosas y lo que realmente importa, también valorar lo importante que es la salud, que al final la salud lo es todo, valorar el estar bien, ver el entorno que tienes, gente que te acompaña y que está a tu lado, darte cuenta del entorno bonito que tienes, porque a mi madre la acompañó mucha gente y la ayudaron mucho, y también nos hemos unido mucho como familia, y esta unión no se ha roto al haber acabado todo.</p>	<p>Canvi de perspectiva</p> <p>Unió familiar</p>
Subjecte 6	<p>Aquesta situació ha fet que pensi en el present, que tingui més ganes d'estar amb la família (tot i que sempre ha sigut molt familiar) i demostrar encara més el que els estima. L'ha fet forta i tenir més seguretat per poder fer front a les adversitats de la vida, valorar les petites coses, els petits moments, detalls.. i donar importància a la salut i els bons hàbits per aconseguir tenir el millor estil de vida possible.</p>	<p>Carpe Diem</p> <p>Unió familiar</p> <p>Fortalesa</p> <p>Canvi de perspectiva</p>

Pregunta 7. Penses que el vincle i la relació amb el teu pare/mare que va passar pel càncer ha canviat? Si és així, cap a millor o cap a pitjor?

<u>Subjectes</u>	<u>Element d'anàlisi</u>	<u>Categoria</u>
Subjecte 1	Ha canviat, tot i que era molt petita quan va passar i no pot recordar ben bé com era el vincle amb la mare, era bo, no s'han portat mai malament. Més unides i amb molta comunicació, molt de respecte. En part, per part seva també hi ha una part de vincle que és que des del càncer li ha costat molt fer coses sense els pares, però en general ha anat cap a millor.	Canvi positiu en el vincle Unió Dificultat per relacionar-se sense els pares
Subjecte 2	El procés comporta que puguis perdre aquella persona fa que li tinguis molt més apreciació, enforteix més el vincle, les mentalitats del malalt i de l'entorn canvien, és com un "reset" tot comença de nou, et donen una segona oportunitat. L'oportunitat de fer les coses millor, de canviar el que no t'agradava, tant pel malalt com per la família més propera. Et fa apreciar més l'entorn i les coses, el vincle és més fort i diferent comparat amb el d'abans de la malaltia.	Canvi positiu del vincle Unió Canvi de comportament
Subjecte 3	Va canviar i va haver-hi més confiança i va ajudar a tenir una relació més forta.	Canvi positiu del vincle Unió
Subjecte 4	Cap a millor, arrel de la malaltia han millorat la comunicació.	Canvi positiu del vincle Unió
Subjecte 5	Després d'això estan més units, també perquè amb aquest sentiment de que la podia perdre, ara estan més unides.	Canvi positiu del vincle Unió Canvi de perspectiva

Subjecte 6	El vincle i la relació amb el pare sempre ha sigut molt bo i creu que s'ha enfortit més. Però no ha sentit un canvi significatiu, mantenen molt el que tenen però potser una mica més enfortit.	Unió
-------------------	---	------