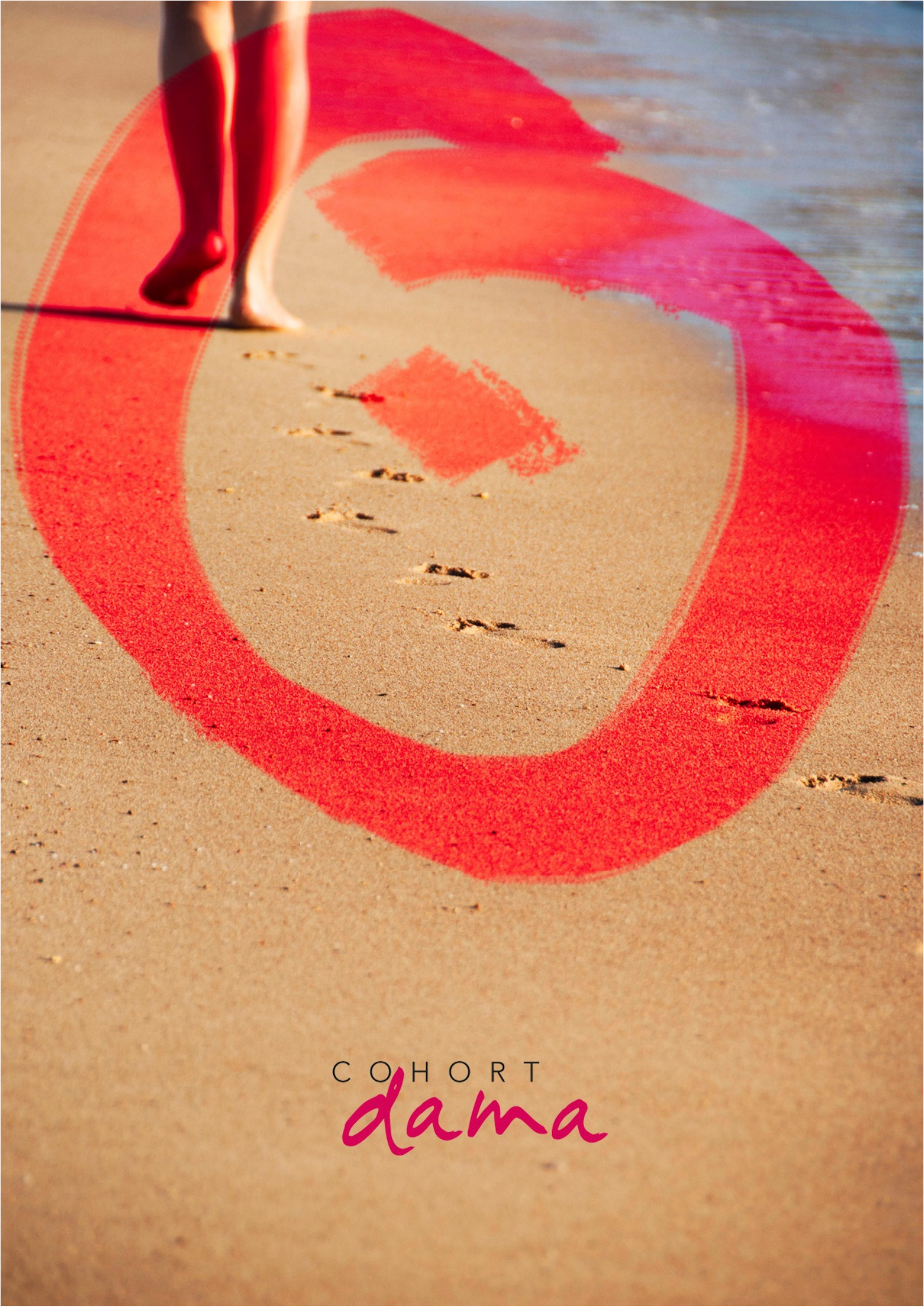




COHORT
dama

PROJECTE FINANÇAT PEL FONS D'INVESTIGACIONS SANITÀRIES (FIS)

Expedient PI13/01977

EQUIP INVESTIGADOR:

Rosa Puigpinós i Riera, Agència de Salut Pública de Barcelona, Investigadora Principal

Gemma Serral, Agència de Salut Pública de Barcelona

Francesc Macià i Guilà, Parc de Salut Mar

Maria Sala, Parc de Salut Mar

Martín Espinosa Bravo, Hospital de la Vall d'Hebron

M^a Jesús Quintana, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Jaume Grau, Hospital Clínic

Xavier Bargalló, Hospital Clínic

Eulàlia Vidal, Universitat Blanquerna

Margarida Pla, Universitat de Barcelona

Montserrat Domènech, Grup Agata

Rafael Manzanera, Pompeu Fabra.

Barcelona, octubre 2016

INFLUÈNCIA DE DETERMINANTS SOCIALS, ESTILS DE VIDA, BENESTAR EMOCIONAL I ÚS DE TERÀPIES NO CONVENCIONALS EN LA EVOLUCIÓ DEL CÀNCER DE MAMA EN UNA COHORT DE DONES DIAGNOSTICADES DE CÀNCER DE MAMA

INTRODUCCIÓ

El perquè de l'estudi.

El càncer de mama continua sent el més comú en les dones i una de les principals causes de mort. Les millores en el diagnòstic i tractament així com el diagnòstic precoç, han augmentat el nombre de dones supervivents. De fet a Catalunya durant els darrers 5 anys la supervivència als 5 anys ha passat de 68,6% a 80,9%.

El que ens va portar a realitzar aquest estudi, va ser el fet d'observar que degut a la complexitat de la malaltia i els tractaments, fins i tot en el millor dels casos en els que no hi ha cap recaiguda, són llargs, feixucs, amb uns efectes secundaris severos que afecten de molt diferent manera a cada dona en funció de la seva pròpia biologia. Un cop han acabat aquest primer any de tractament, en el 80% dels casos, han de seguir fent tractament hormonal, el qual al seu torn, té també tot un seguit d'efectes secundaris. Independentment d'això, les seqüeles dels tractaments anteriors, així com la tensió emocional de tot el que s'ha viscut, continua i a vegades fins i tot s'agreuja i la dona, no troba suport en tot això.

D'altra banda els estils de vida (alimentació, activitat física, consum de taba i alcohol), el benestar emocional (qualitat de vida, salut mental, xarxes socials), la relació amb els serveis sanitaris i l'ús de teràpies no convencionals probablement tinguin un paper important en com viuen les dones la seva recuperació i en conseqüència tal vegada en la supervivència.

Però tots aquests aspectes, no estan regulats des del sistema sanitari i per tant, això implica que dels recursos personals i de l'entorn social i estructural de la dona en depèn la capacitat i l'oportunitat de trobar solucions al seu dia a dia.

El nostre objectiu general és doncs:

“Analitzar la influència dels determinants socials, estils de vida, benestar emocional i ús de teràpies no convencionals en l'evolució del càncer de mama en dones diagnosticades de càncer de mama a Barcelona.”

Com es va fer?

Es va convidar a participar en l'estudi, dones que haguessin estat diagnosticades i/o tractades en els principals hospitals de la xarxa pública de Barcelona durant 10 anys. Es va fer així per diversos motius: d'entrada perquè són els hospitals que veuen el volum més important de dones amb aquesta patologia, i es va fer en un període de 10 anys

perquè d'aquesta manera es tindria dones en diferents moments de la malaltia i per tant amb diferents processos personals.

Els hospitals Clínic, Sant Pau, Vall d'Hebron i Parc de Salut Mar, varen contactar més de 9.000 dones, de les quals al final han participat en l'estudi 2.235. Amb aquestes dones, hem constituït el que anomenem **Cohort Dama**, ja que la idea és poder anar fent un seguiment prospectiu d'aquestes dones en el temps.

Quin estudi s'ha dut a terme i com s'ha fet?

ENQUESTA DE BENVINGUDA: per agrair la seva participació en l'estudi i per a determinar-ne el perfil social (estudis, ocupació, càrregues socials, amb qui viu, qui s'ocupa de les persones discapacitades, qui s'ocupa dels menors, tasques domèstiques, etc)

ENQUESTA D'ESTUDI (autocontestada): en paper o on-line. Consta de les següents parts: salut, estils de vida, benestar emocional, serveis sanitaris, teràpies no convencionals.

REVISIÓ HISTÒRIES CLÍNIQUES: els diferents hospitals es varen responsabilitzar de revisar les dades més rellevants de les històries clíniques.

ESTUDI QUALITATIU: es una altra metodologia que a partir de grups de discussió formats amb dones amb els diferents perfils identificats en la Cohort Dama, ens varen parlar dels diferents elements d'estudi però amb un altre discurs.

QUI SÓN LES DONES DE LA COHORT DAMA

Quant a l'edat, la més jove té 29 anys i la més gran en té 95. Un 14.4% tenen menys de 50 anys, 45.5% entre 50 i 65 anys i 40.1% més de 65 anys.

Pel que fa a la classe social, es va establir a partir de l'ocupació la pròpia o la de la persona amb la que conviu (assignant-se la classe social més alta). Un 43.7% pertanyen a les classes I+II que són les de nivell més alt, 31,3% a la classe III (mitjana) i 23.5% a les classes IV+V, que serien les classes manuals.

Quant a la **convivència**, gairebé la meitat viuen amb una persona que sol ser la seva parella, un 23% viuen amb més de dues persones a casa i un 22,7% viuen soles(figura 1)

Se'ls va preguntar també els anys que feia que havien estat diagnosticades del seu tumor. Un 31% fa menys de 5 anys, 35.5% entre 6 i 10 anys, 17.7% fa més de 10 anys i un 16% no ho recorden.

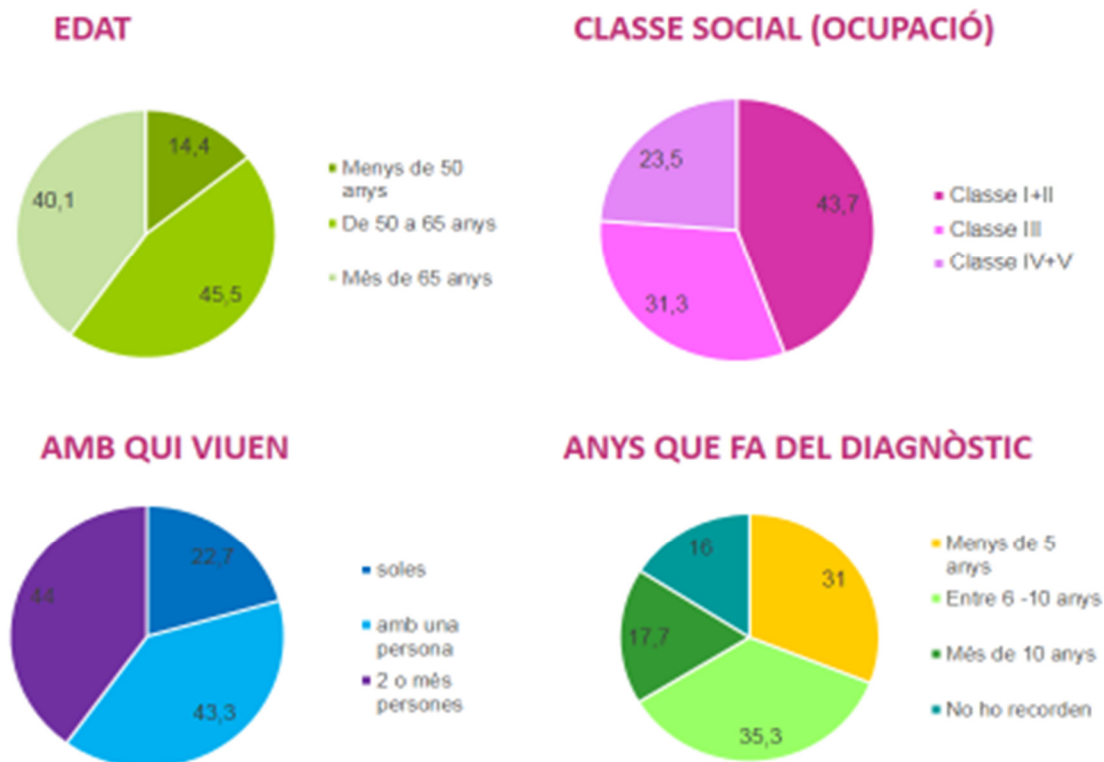


Figura 1: Perfil de les dones de la Cohort Dama.

Pel que fa a les càrregues familiars, 11,2% conviuen amb alguna persona que té alguna discapacitat física, però això no vol dir que siguin necessàriament elles els que la cuiden. La cura dels fills menors de 5 anys, recau de manera bastant repartida en les dones de nivell social alt, però en canvi en les de nivell social més baix, recau principalment en la dona.

Quant a les feines domèstiques, un 37,4% del total de les dones de la Cohort Dama afirmen fer-la elles soles. En aquest tema, de nou apareixen desigualtats de classe, ja que en les cas de les dones de nivell social alt, les tasques de casa o bé son repartides amb la seva parella o bé poden pagar una persona que les ajudi a fer-les.

Pel que fa a la informació que es va recollir en l'enquesta de benvinguda, també se'ls va preguntar si havien patit alguna recaiguda. Un 10,5% de les dones, havien patit alguna recaiguda o metàstasi o havien estat diagnosticades d'un altre tumor.

SITUACIÓ LABORAL

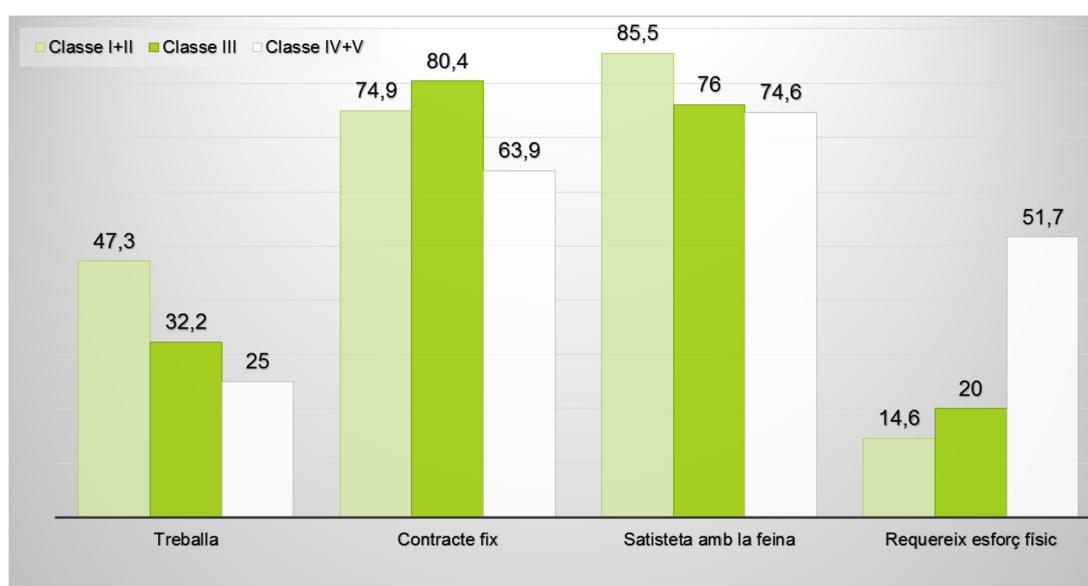


Figura 2: Situació laboral segons classe social.

Pel que fa a la situació laboral apareixen desigualtats de classe social significatives. El 47,3% de les dones de les classes altes a l'actualitat són treballadores en actiu, el 32,2% de les de classe mitja i el 25% de les de classe baixa. De les que treballen, la majoria tenen contracte fix, però de nou apareixen desigualtats, sent les de classe baixa les que en menor proporció tenen contracte fix. Quan se'ls pregunta sobre si se senten satisfetes amb la feina que fan, de nou apareix un marcat gradient de classe social (85,5%, 76% i 74,6% respectivament). A la pregunta sobre si la seva feina requereix esforç físic, com és lògic, les classe social baixes que per definició són també de tipus manual, impliquen en gairebé un 52% esforç físic, però és una dada important posar-la en evidència tenint en compte que una dona que ha patit un càncer de mama molt probablement pateix seqüeles físiques importants.

ESTAT DE SALUT

Quant a la salut autopercebuda, el 71,3% de totes les dones varen dir tenir una salut bona, molt bona o excel·lent. Quan es separa per classe social, novament apareixen desigualtats per classe social, sent les dones de nivell social més baix les que declaren tenir bona salut en menor proporció (61,7%), front a 74,4% les de classe mitjana i 77,7% les de classe alta.

Per grup d'edat, les dones més grans són les que declaren tenir pitjor salut, però en aquest cas no podem parlar de resultats significativament diferents (figura 3)

Quant a trastorns crònics, no apareix en la figura, però 44% de les dones tenen entre 2 i 4 trastorn crònic i 36,7% en tenen 5 ó més.

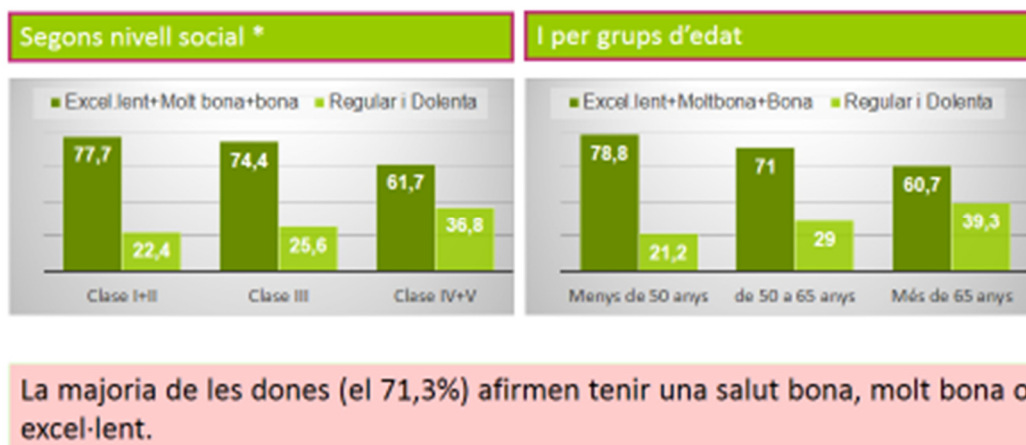


Figura 3: Estat de salut autopercebut per les dones segons classe social i grup d'edat.

També s'ha calculat l'Índex de Massa Corporal, podent-se observar que la presència de sobrepès i obesitat és força rellevant, ja que un 31,9% de les dones tenen sobrepès i un 14,8% obesitat.

Les dones que han patit un càncer de mama solen estar afectades de molt cansament. Així doncs, se'ls va fer un test sobre cansament. De manera general, un 36,4% de les dones diuen haver estat cansades durant la darrera setmana, però en el 20% dels casos no els ha interferit en les activitats, ni en caminar ni en el seu treball. En major proporció tampoc els interfereix relacionar-se amb els altres ni gaudir de la vida.

A la figura 4, es pot observar que quant se'ls pregunta si durant la darrera setmana s'ha sentit més cansada de lo normal, apareixen desigualtats de classe i també per edat, sent les joves de menys de 50 anys, les que en major mesura diuen haver-se sentit més cansades del que consideren normal.

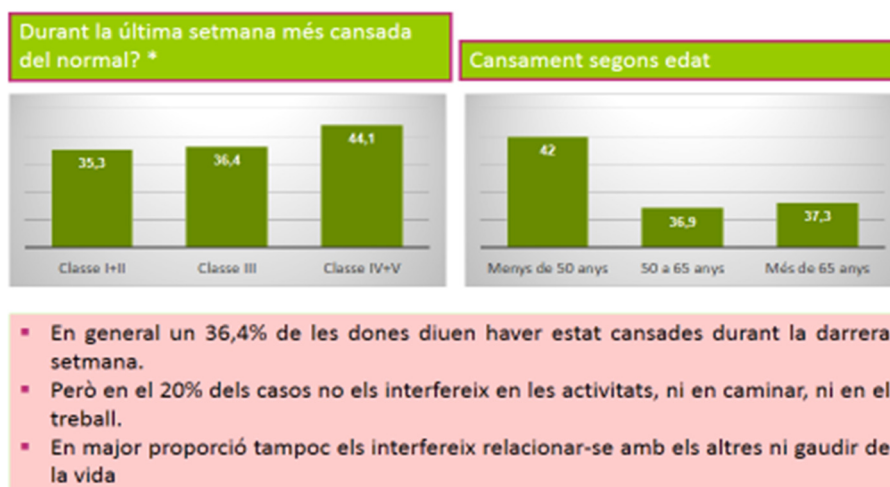


Figura 4: Cansament percebut per les dones segons classe social i grup d'edat.

COM ES VAN DETECTAR EL SEU CÀNCER DE MAMA

La majoria es van notar un bony (35,5%), en una revisió un 25,9% o a través del Programa de detecció Precoç de Càncer de Mama (PDPCM un 23,8%. Les que va ser en una revisió o a través del PDPCM ja estaven immediatament dins de la roda del sistema sanitari, però les que es van notar un bony (tal com expressen elles), van acudir ràpidament als serveis sanitaris i el 92,6% varen iniciar el tractament en menys de 3 mesos.

Quant al tractament que varen realitzar, en el cas de la cirurgia el més majoritari va ser la tumorectomia (69,1%), però això no vol dir que posteriorment no fos necessari fer algun altre tipus d'intervenció més radical o agressiva. Pel que fa a la cirurgia del braç, en el 51,2% dels casos se'ls va fer el gangli sentinella.

Pel que fa als efectes secundaris ens parlen:

- **Vinculats al braç:** dolor, pèrdua de força, limfedema
- **Quimioteràpia:** caiguda de cabell, nàusees, vòmits, diarrea, restrenyiment, pèrdua de gust, nafres a la boca, fragilitat a les ungles, baixada de defenses,...
- **Radioteràpia:** cremades a la pell, cansament, vermellor, picor, descamació, llagues,...
- **Hormonoteràpia:** augment de pes, fogots, dolor a les articulacions, osteoporosi, canvis menstruació.

ESTILS DE VIDA

1. TABAC, ACTIVITAT FÍSICA I CONSUM D'ALCOHOL



Figura 5: Consum de tabac, activitat física i consum d'alcohol segons classe social.

El 46,2% de les dones de la Cohort Dama diuen haver deixat de fumar i el 14,2% ser fumadores. Al igual que passa en la població general de dones, han deixat de fumar en major mesura les de nivell social més alt (38%), seguides de les de classe mitja (31%) i finalment les de classe social més baixa (21.6%).

Se'ls va preguntar també, respecte a l'activitat física si ara en feien més que abans, és a dir, si hi havia hagut un canvi. Entre un 19 i un 25% de les dones van dir fer més activitat física ara que abans, apareixent de nou desigualtats per classe social.

Quant al consum d'alcohol, entre el 12 i el 15% diuen beure menys ara que abans del diagnòstic de càncer de mama. En la majoria dels casos el seu consum no ha variat, però en tot cas, aquí qui menys consumeix alcohol son les dones de nivell social més baix.

2. NUTRICIÓ

Per valorar la nutrició es va fer un qüestionari ad-hoc en el que es van valorar els canvis, ja que es van anar preguntant els hàbits alimentaris abans i després del diagnòstic de la malaltia.

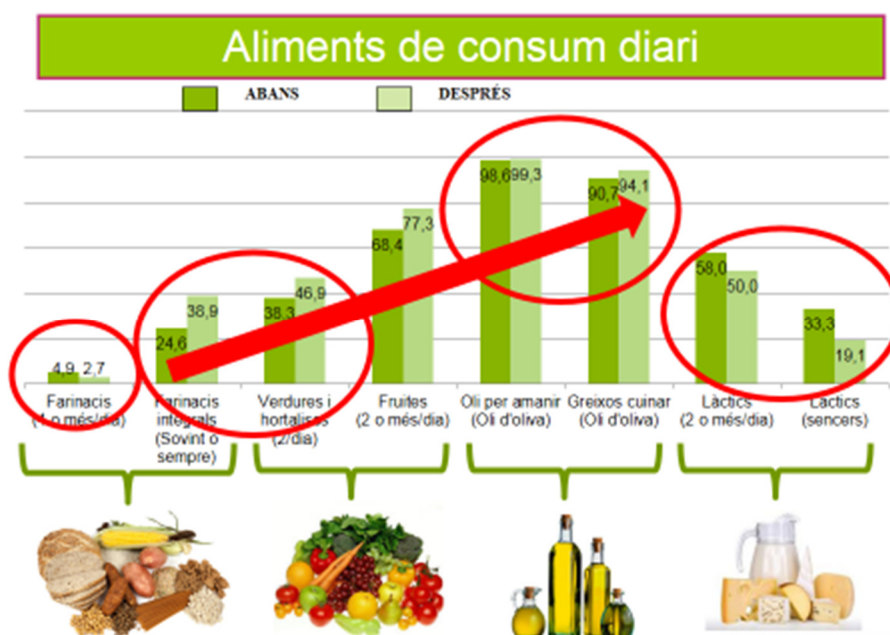


Figura 6: Canvis en els aliments de consum diari.

Dels aliments de consum diari, els canvis que s'han produït de manera significativa han estat:

- S'ha disminuït el consum de farinacis refinats 4 o més cops al dia
- Ha augmentat el consum de farinacis integrals
- Ha augmentat el consum de verdures i hortalisses 2 cops al dia
- Ha augmentat el consum de 2 peces de fruita al dia

- S'utilitza de manera majoritària l'oli d'oliva sobretot per amanir i per cuinar
- Han disminuït el consum de làctics 2 ó més cops al dia

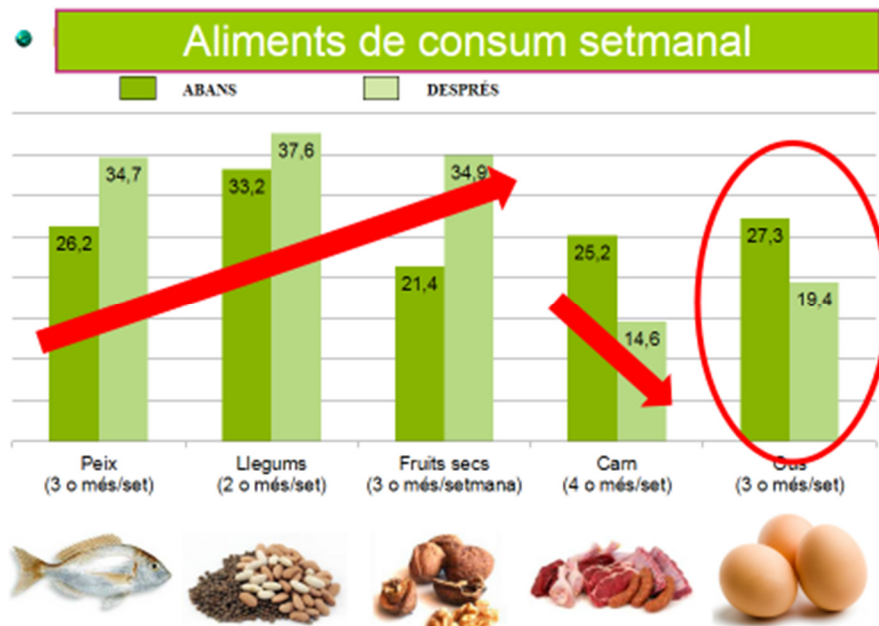


Figura 7: Canvis produïts en els aliments de consum setmanal.

Quant als canvis produïts en els aliments de consum setmanal, de manera significativa:

- S'ha augmentat el consum de peix 3 o més vegades a la setmana
- Ha augmentat el consum de llegums 2 o més vegades a la setmana
- Ha augmentat el consum de fruits secs 3 o més vegades a la setmana
- Ha disminuït el consum de carn 4 o més vegades a la setmana
- Ha disminuït el consum d'ous 3 o més vegades a la setmana

Segons classe social, hi ha desigualtats en el sentit que les dones de classe social alta han integrat en major proporció els canvis positius quant a incrementar el consum de farinacis integrals, verdures, peix i fruits secs i també el fet de beure aigua.

En canvi les persones de classe social baixa fan significativament millor la norma de repartir els àpats en 5 cops al dia.

Segons grups d'edat, les dones de menys de 50 anys en major proporció consumeixen més verdura, una copa de vi negre, aigua, i fan els 5 àpats al dia. I les més grans consumeixen més carn, embotits, fruita i làctics.

BENESTAR EMOCIONAL

1. QUALITAT DE VIDA

De tota la bateria de preguntes dels dos qüestionaris referents a la qualitat de vida, els aspectes en els que les dones s'han sentit més malament destaquen:

De manera habitual li costa fer activitats físiques cansades com ara 31.9%
portar una bossa

Li costa fer un passeig llarg 18%

Durant la darrera setmana,

Va sentir dolor 14.2%

Havia de descansar 14.6%

Li costava dormir 20.5%

Se sentia cansada 20.1%

El dolor li afectava les activitats quotidianes 14%

Es va sentir insatisfeta amb el seu cos 16%

Es va sentir menys atractiva 20%

Preocupada per la seva salut en el futur 30.8%

Dolor al braç o l'espatlla 14.2

Amb les diferents preguntes es construeixen els següents index:

INDEX	ITEMS A PARTIR DELS QUE ES CONSTRUEIX
IMATGE DEL COS	S'ha sentit menys atractiva com resultat de la malaltia
	S'ha sentit menys femenina
	Li va resultar difícil veure's sense roba
	S'ha sentit menys insatisfeta amb el seu cos
SEXUALITAT	Fins quin punt va estar interessada pel sexe
	Va tenir una vida sexual activa
	Va gaudir del sexe
PERSPECTIVES DE FUTUR	Va estar preocupada per la seva salut futura
EFFECTES DE LA TERÀPIA SISTÈMICA	Ha sentit la boca seca
	Gust diferent al menjar i la beguda
	Ulls irritats i plorosos
	Pèrdua de cabell
	Es va sentir malalta o amb malestar
	Va tenir fogots o va tenir mal de cap
SÍMPTOMES DEL PIT	Dolor a l'àrea afectada del pit
	Inflamació
	Més sensible de l'habitual
	Problemes a la pell de la zona del pit
SÍMPTOMES DEL BRAÇ	Dolor del braç o l'espatlla
	Inflamació
	Dificultat per aixecar el braç o moure'l cap als costats
PÈRDUA DEL CABELL	Preocupació per la caiguda del cabell

En quins aspectes de la qualitat de vida hi ha diferències?

CLASSE SOCIAL ALTA:

- Millor sexualitat
- Millor perspectives de futur
- Es troben millor dels efectes de la terapia sistèmica i dels símptomes del pit.

NO HI HA DIFERÈNCIES SEGONS CLASSE SOCIAL:

- En la percepció de la imatge del cos
- En la vivència de la pèrdua del cabell
- En la simptomatologia del braç

PER GRUPS D'EDAT, LES DE MENYS DE 50 ANYS:

- Pitjor perspectives de futur
- Pitjor quant a terapia sistèmica i símptomes del pit
- Viuen pitjor la imatge del cos

VIUEN MILLOR:

- La sexualitat

NO HI HA DIFERÈNCIES

- Quant a la pèrdua del cabell

2. SALUT MENTAL

Segons la bibliografia les principals patologies que afecten a les dones pel que fa a la seva salut mental, són l'ansietat i la depressió. A partir d'un qüestionari, és evident que no es pot diagnosticar si una persona pateix alguna d'aquestes patologies, però el que si es pot fer, és valorar la probabilitat de que probablement tingui ansietat o depressió. En definitiva, és com una prova de cribratge.

Així, es va utilitzar una bateria de preguntes, en les quals a la dona se li feia valorar a partir d'una escala si normalment es sentirà alegre, o es sentia trista, o si era capaç de gaudir de les coses com abans, o si es capaç de riure i veure la part divertida de les coses i així, tot un seguit de valoracions diverses.

A partir d'això, es va acabar determinant, tal com es pot veure en la figura 8, que en general, el 14,6% de les dones de la mostra probablement pateixin ansietat. A més de hi ha desigualtats significatives segons classe social, ja que en les dones de classe social alta, un 13,8% probablement tinguin ansietat, en les de classe mitja un 15,6% i en les de classe baixa un 20%. Quant als grups de edat, les de menys de 65 anys totes tenen una probabilitat de gairebé un 19% de patir ansietat, mentre que les dones de més de 65 anys aquest valor baixa a 11,8%.

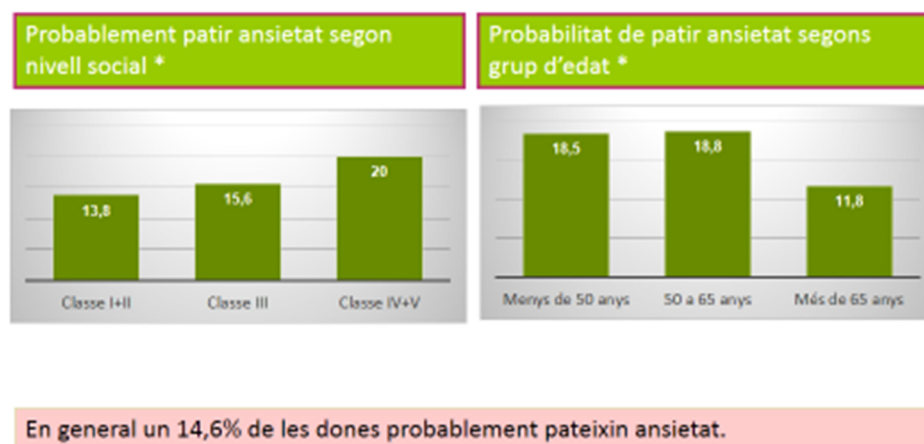


Figura 8: Probabilitat de patir ansietat global i segons classe social i grup d'edat.

Pel que fa a la depressió, la probabilitat de patir depressió és bastant més baixa, d'un 5,4%. Tot i així de nou apareixen desigualtats significatives per classe social i en aquest cas, la depressió afecta en major mesura a les dones més grans (figura 9)

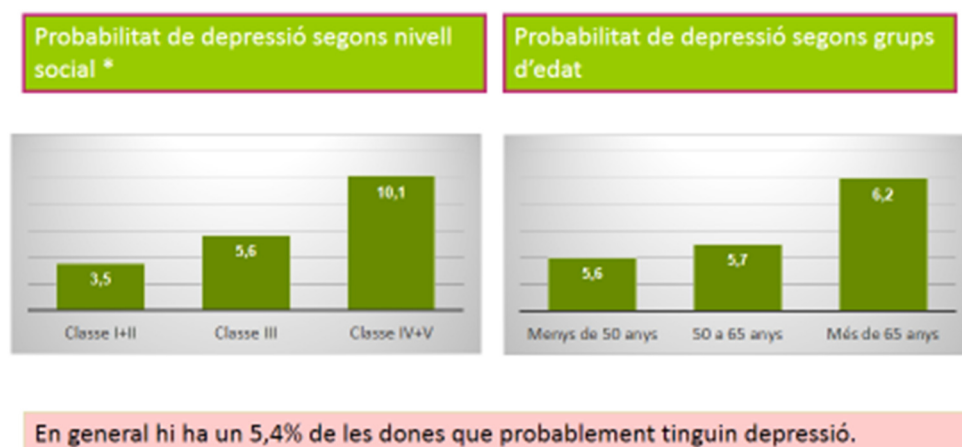


Figura 9: Probabilitat de patir depressió global i segons classe social i grup d'edat.

3. SUPORT SOCIAL

- S'han fet diverses preguntes per valorar la xarxa social i el grau de relació que hi mantenim.
- Un d'ells acaba definint que hi ha un **21,1% de persones que es poden definir com a aïllades**, pel fet que es relacionen de manera quotidiana amb només una o dues persones, sigui amic o familiar.
- Un altre qüestionari acaba valorant diferents índex:



SUPORT EMOCIONAL

Algú amb qui parlar, que l'aconselli quan té problemes, que la informi i ajudi a entendre una situació, en qui confiar, de qui realment necessiti els seus consells, amb qui compartir els seus temors i problemes íntims.

El 17% tenen suport emocional baix (54% mig-alt i 18% màxim).



SUPORT TANGIBLE

Algú que l'ajudi quan s'ha de quedar al llit
Algú que la porti al metge
Que li prepari el menjar
Que l'ajudi en les feines domèstiques

El 19,5% el tenen baix (44,5% mig-alt i 23,6% màxim)



SUPORT AFECTIU

Algú que li mostri amor i afecte
Algú que l'abraci
Algú a qui estimar i que la faci sentir estimada

El 12,4% el tenen baix (35,6% mig-alt i 39,6% màxim)



INTERACCIÓ SOCIAL POSITIVA

Algú amb qui passar una bona estona
Algú amb qui poder relaxar-se
Algú amb qui divertir-se

El 14,5% baixa (48% mig-alta i 22,8% màxima)

Amb tot això es construeix un **Índex de Suport Social** global. Tal com es pot observar a la figura 10, el 64% de les dones tenen un suport social mig-alt i un 10,6% el tenen màxim. Però un 18,5% de les dones tenen un suport social baix i mig baix.

Segons classe social, de nou apareixen desigualtats socials significatives. Si bé els nivells de suport social són alts en totes les classes socials, ja que oscil·len entre 65% i 85,6%, els valors més baixos de suport social corresponen a les dones de classe social baixa, on si es fa la lectura inversa, un 25% de les dones no tenen suport social o el tenen baix.

Per grups d'edat, també hi ha desigualtats significatives. Novament els valors són força alts en tots els grups d'edat, oscil·lant entre un 78,2% de suport social mig-alt en les dones de més de 65 anys fins a 89,2% en les classe social alta. Però no es pot obviar que gairebé el 22% de les dones de més de 65 anys de no tenen suport social o el tenen baix.

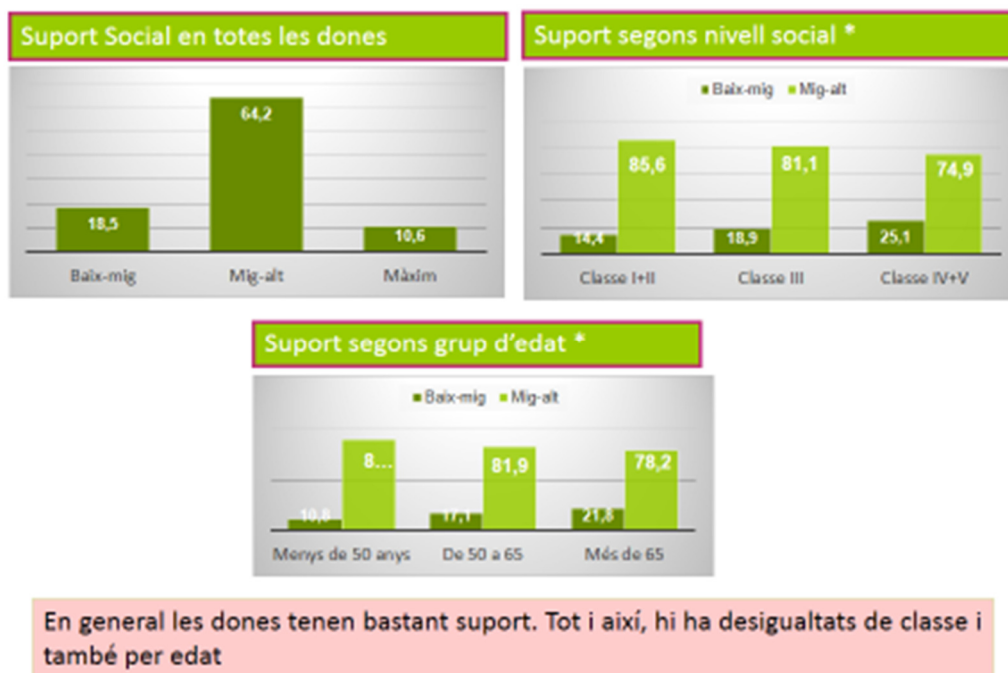
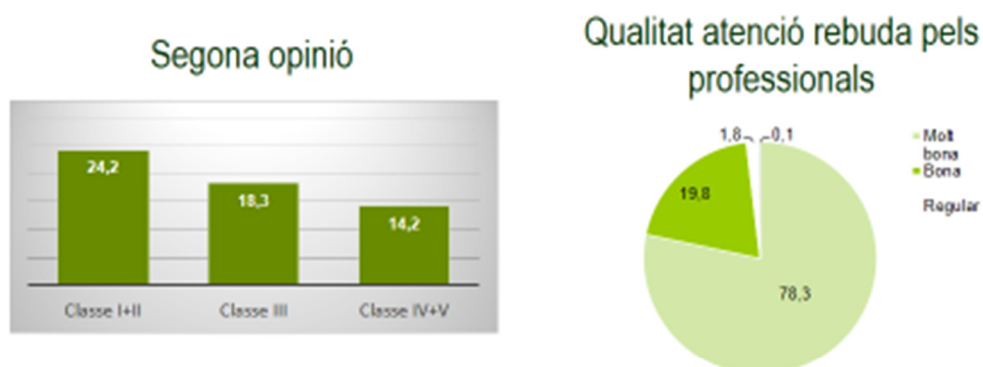


Figura 10: Suport social global i segons classe social i grup d'edat.

SERVEIS SANITARIS

El 78,3% de les dones varen dir que la qualitat de l'atenció rebuda pels professionals va ser molt bona, el 19,8% van dir que va ser bona, un 1,8% va dir que va ser regular i un 0,1% que va ser dolenta.

Quant a la petició de segona opinió pel que fa al seu càncer de mama, ho varen fer entre un 14,2% i un 24,2% de les dones, observant-se novament un gradient en funció de la classe social, tal com es pot veure en la figura 11.



MOTIUS PER DEMANAR SEGON OPINIÓ

Recomanació amics o familiars	15 %
No m'acabava de refiar del centre on em van diagnosticar	13%
Per tenir una opinió més contrastada	22%
Per estar més segura del diagnòstic i tractament	37,7%
Altres	12,3%

Figura 10: Serveis sanitaris: segona opinió i percepció de qualitat.

Quant a la informació rebuda per part dels serveis sanitaris, es distingeixen dos tipus diferenciats d'informació:

- D'una banda la informació directament relacionada amb la malaltia de la qual se'n senten majoritàriament suficientment informades. Serien aspectes com sobre el càncer, les probabilitats de curar, les diferents opcions de tractament, el tractament de la radioteràpia etc.
- D'altra banda, la informació relativa a aspectes menys directament relacionats amb la malaltia o que la tracten de manera més tangencial, però no per això menys importants per la dona. Serien aspectes com on trobar informació i suport pels familiars, on trobar ajut psicològic, les teràpies alternatives i/o complementàries, el risc que tenen altres persones de la família de tenir càncer, les relacions en parella i sexualitat, entre altres. Sobre aquests aspectes majoritàriament consideren que la informació rebuda ha estat insuficient.

TERÀPIES NO CONVENCIONALS

Un 42% de les dones (és a dir, 955 dones) afirmen haver acudir a algun o més d'un professional de les anomenades teràpies no convencionals, és a dir: quiropràctic, osteòpata, homeòpata, acupuntor, herborista, metge naturòpata o d'alguna altra especialitat i d'aquestes 850ho van fer pel seu càncer de mama.

Les especialitats més utilitzades varen ser l'homeopatia i la naturopatia. Els motius principals per a visitar-los varen ser principalment per augmentar les defenses, millorar la qualitat de vida i pels efectes secundaris.

De les dones que diuen haver utilitzat les teràpies no convencionals, un 45.2% (471 dones) li varen dir al seu oncòleg. En 17 casos els hi va desaconsellar que ho fessin, en 209 casos (43,8%) no hi va mostrar gaire interès i en les 251 restants es va interessar per saber què feien i en alguns casos les va animar a que ho seguis fent. Amb el metge de capçalera la situació va ser similar.

Quant a l'ús d'aquestes TNC en funció de la classe social i del grup d'edat es pot observar la tendència de les més utilitzades en la figura 12. En general les dones joves i les de classe alta les utilitzen més.

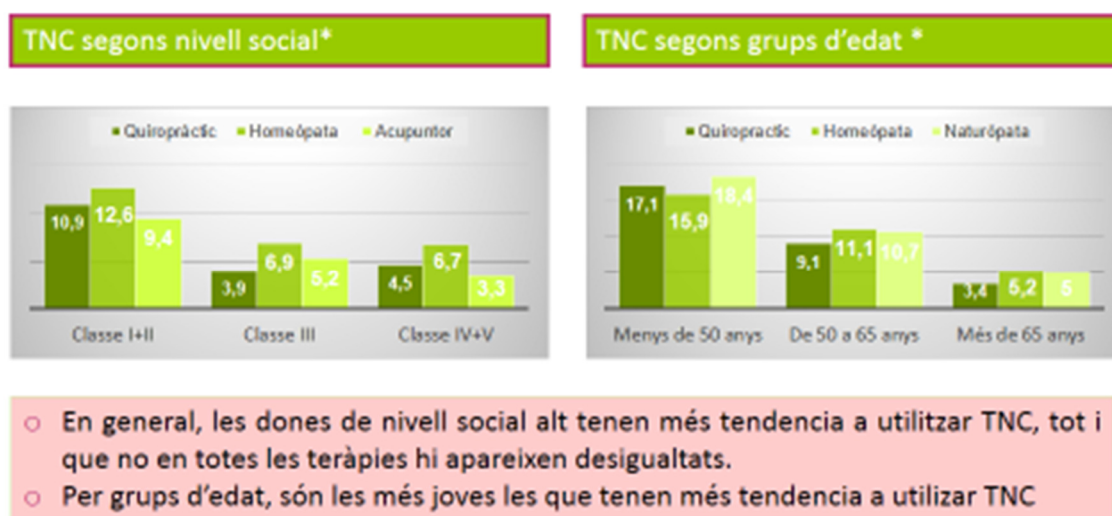


Figura 12: Utilització de teràpies no convencionals segons classe social i grup d'edat.

D'altra banda hi ha el grup de les anomenades teràpies d'autoajut: meditació, ioga, qigong, tai-chi, reiki, relaxació, etc. Pel que fa a aquest tipus de teràpies, un 43,6% de les dones, és a dir, 993, diuen haver-ne fet alguna.

Les més practicades han estat la relaxació, ioga i meditació i ho solen fer per millorar la seva qualitat de vida.

Tot i que expliquen en menor proporció als professionals que les atenen que practiquen alguna d'aquestes teràpies, aquests les animen gairebé sempre a que les segueixin practicant.

També es va preguntar sobre l'ús del cànnabis. Un 8,6% de les dones (és a dir, 195 dones) varen dir haver consumit cànnabis. Majoritàriament ho van fer per relaxar-se, disminuir el dolor i disminuir els vòmits i/o nàusees.

Tant pel que fa al consum de cànnabis com a la pràctica de tècniques de pràctica d'autoajut, les dones de classe social alta ho fan en major mesura. En aquest cas però, no en totes les tècniques d'autoajut les diferències de classe son tan importants, ja que el ventall de tècniques realitzades és molt ampli.

Per edat, també són les dones més joves les que més tècniques d'autoajut han practicat i més han consumit cànnabis.

CONCLUSIONS

A veure, jo ara tiro una llança al sistema eh? Però no us dona la sensació de que això és l'embrió de que aquí estem fent això? D'alguna manera fins ara, anem a batallar pel càncer, i lo important pel sistema sanitari era que la gent no morís de càncer. Però ara estem en un altre moment, i per això, crec jo, per veure què ens pot oferir el sistema sanitari. D'alguna manera penso que és molt important el que fem aquí, perquè és possible que estem definint el que es farà d'aquí a uns anys, no pas demà passat, però sí que hi ha coses que canviaran o bé deixaran de fer-se o es faran d'una altra manera.

Amb aquestes paraules pronunciades per una dona en un dels grups de discussió encapçalem les conclusions que, més que conclusions, donada la premura d'aquests resultats, són reflexions.

1. Aquests resultats són uns primers resultats, preliminars. Manca relacionar-los amb les dades de les històries clíniques, creuar-los entre ells, relacionar-los, posar-los del dret i del revés en definitiva, fer-los parlar i que ens diguin tot allò que estem segurs ens poden dir. Tot i així ja apunten realment en la direcció de la existència de necessitats no estrictament mèdiques però no per això menys importants, mancades de suport assistencial.
2. Tot i que de manera preliminar, s'observen desigualtats segons nivell social i edat i cal seguir analitzant i estudiant per a identificar grups especialment vulnerables i necessitats que calgui prioritzar.

3. Amb tot plegat es podran dissenyar intervencions adreçades a pal·liar aquelles necessitats més prioritàries.
4. Si es demostra l'efectivitat d'aquestes intervencions, poden ser la base de futures polítiques sanitàries adreçades a millorar l'assistència integral de les dones amb càncer de mama.