

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Determinación del efecto de un programa de psicoeducación aplicado a pacientes con cáncer sobre la calidad del sueño y los niveles de estrés percibidos

Determination of the Effect of Psychoeducation Programme Applied to Cancer Patients on Sleep Quality and Perceived Stress Levels

Musa Paça. Mehmet Akif Inan Training and Research Hospital, Palliative Intensive Care Unit, Şanlıurfa, Turkey.

E-mail: musa.pacal@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3516-5177>

Veysel Kaplan. Faculty of Health Sciences, Nursing Department, Harran University, Şanlıurfa, Turkey.

E-mail: vyslkpln@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9082-1379>

Recibido: 30 de abril de 2024.

Aceptado: 16 de julio de 2024.

Conflictos de intereses: ninguno.

DOI: <https://doi.org/10.71164/socialmedicine.v18i1.2025.1749>

Resumen

Objetivo. Este estudio se lleva a cabo para determinar el efecto del programa de psicoeducación aplicado a pacientes con cáncer, sobre su calidad del sueño y los niveles de estrés percibidos. **Método y material.** El estudio es de tipo experimental con pretest-postest y grupo experimental-control, la muestra está formada por pacientes que reciben tratamiento hospitalario o ambulatorio en un hospital de formación e investigación entre el primero de abril y el 25 de agosto de 2023. Los datos se obtienen mediante el formulario de información personal, la escala de estrés percibido (PSS) y la escala de sueño de Richard-Campbell (RCS). Participaron un total de 32 pacientes, incluidos 16 del grupo experimental y 16 del grupo de control. **Resultados.** Como resultado de los análisis, se determina que 56.3% del grupo experimental son mujeres, 81.3% están casadas y 25% diagnosticadas con cáncer del tracto gastrointestinal. Se determina que la puntuación media pre-test del grupo experimental es de 51.09 ± 11.56 , la post-test de 58.65 ± 11.05 ; la pre-test del ASQ de 47.5 ± 5.07 y la puntuación media post-test del ASQ de 43.13 ± 4.77 . Tras la psicoeducación, se observa que la calidad del sueño de los individuos del grupo experimental aumenta significativamente ($t= 5.736$, $p<0.001$) y el estrés percibido disminuye ($t= 6.143$, $p<0.001$). **Conclusiones.** De acuerdo con los hallazgos obtenidos, se determina que el programa de psicoeducación mejoró la calidad del sueño de los individuos y redujo el nivel de estrés percibido.

Palabras clave: cáncer, estrés percibido, calidad del sueño, psicoeducación

Abstract

Objective. This study is conducted to determine the effect of a psycho education program applied to cancer patients on their sleep quality and perceived stress levels. **Method and materials.** The study is an experimental type with pre-test, post-test, and an experimental control group. The sample consists of patients receiving inpatient or outpatient treatment in a training and research hospital between April 1st, and August 25, 2023. Research data are obtained by using a Personal Information Form, Perceived Stress Scale (PSS) and Richard-Campbell Sleep Scale (RCS). A total of 32 patients, including 16 experimental and 16 control groups, participated in the study. **Results.** As a result of the analyses, it is determined that 56.3% of the experimental groups are female, 81.3% are married, and 25% are diagnosed with GI tract cancer. It is determined that the mean pre-test score of the experimental group in the study is 51.09 ± 11.56 and the mean post-test score is 58.65 ± 11.05 , and the mean pre-test score of the ASQ is 47.5 ± 5.07 and the mean post-test score of the ASQ is 43.13 ± 4.77 . After psycho education, it is found that the sleep quality of the individuals in the experimental group increased significantly ($t= 5.736$, $p<0.001$) and the perceived stress decreased ($t= 6.143$, $p<0.001$). **Conclusion.** In line with the findings obtained, it is determined that the psycho education program improved the sleep quality of the individuals and reduced the perceived stress level.

Keywords: cancer, perceived stress, sleep quality, psychoeducation



Introducción

El cáncer es una enfermedad compleja, con una alta tasa de mortalidad y morbilidad que afecta negativamente a la salud en el mundo y en el país. Se ocasiona porque las células proliferan de forma incontrolada y anormal, el proceso de diagnóstico y tratamiento lleva mucho tiempo, y en su etiología intervienen, generalmente, factores genéticos y ambientales.¹ En 2022, había más de 19 millones de pacientes de cáncer en todo el mundo. Además, se estima que en la próxima década se producirá un rápido aumento del número de personas recién diagnosticadas y también aumentarán las tasas de supervivencia.^{2,3} Según los últimos datos de GLOBOCAN, 9.9 millones de las muertes en el mundo en 2022 se debieron a cáncer.³ En Turquía, es la enfermedad que causa más muertes, después de las cardiovasculares.^{4,5} Según datos de GLOBACAN, el número total de pacientes con cáncer detectados en Turquía en 2022 es de 240 mil. Asimismo, el número de muertes por esta causa en el mismo año, de 129.000.⁶

El proceso del cáncer, que comienza con el diagnóstico del paciente, conduce a una situación en la que el individuo pasa de una vida sana, a estar amenazado por la enfermedad y la muerte.^{7,8} Aunque las nuevas y avanzadas posibilidades de tratamiento han prolongado la supervivencia y la esperanza de vida, el cáncer está muy asociado a conceptos como "muerte, dolor, sufrimiento y angustia".^{9,10} Esta situación puede despertar algunos sentimientos de cuestionamiento de la propia vida y la sensación de que la vida no tiene sentido, ni propósito.¹¹ Estos sentimientos provocan muchos efectos negativos físicos, psicológicos y sociales. El individuo puede presentar diversas reacciones, como shock, incredulidad, negación, ira, enfado y ansiedad, con efectos negativos.^{10,12} Como consecuencia de estas reacciones, el individuo se siente solo y su comunicación con el entorno se deteriora.^{10,13} Así, pues, tiene que adaptarse al proceso de tratamiento y hacer frente a los problemas psicosociales.

A medida que pasa el tiempo, se vuelve incapaz de hacer frente a dichos problemas psicosociales y sus efectos, así como de adaptarse al tratamiento.¹⁴

La disminución de la resistencia física y emocional del sujeto se traduce en un estrés intenso. Teniendo en cuenta el proceso del cáncer, los individuos también experimentan estrés, debido a condiciones como los síntomas, los tratamientos intensivos, la hospitalización, las incertidumbres, también impactadas por un bajo nivel económico.^{1,15} El hecho de que el cáncer sea una situación de crisis, intentar sobrellevar los síntomas causados por el estrés y la tensión mientras se afronta el tratamiento es una carga muy pesada para el individuo.^{16,17} Este intenso estrés provoca el desarrollo de síntomas asociados como ira, ansiedad, miedo y disminución de la calidad del sueño,^{10,17} que es uno de los trastornos que afecta negativamente la evolución de la enfermedad, aumenta la duración de la estancia hospitalaria y retrasa la recuperación.^{18,19}

Es muy importante conseguir que los pacientes afronten las condiciones inherentes al proceso, como el estrés y los trastornos del sueño, para una evolución positiva del tratamiento. También es muy importante conocer estos problemas, para evaluarlos desde una perspectiva holística y realizar los cuidados y el tratamiento desde esta perspectiva.²⁰

Existen determinados enfoques que satisfacen las necesidades de atención psicosocial de la persona con cáncer y que apoyan el proceso de tratamiento.²¹ La psicoeducación es uno de estos enfoques, siendo la formación impartida mediante el uso de diversas herramientas y métodos educativos para aumentar las habilidades de afrontamiento de la persona que necesita atención psicosocial para que pueda cooperar en la adaptación y el tratamiento de la enfermedad.¹ En este estudio se evalúa el impacto de proporcionar psicoeducación para manejar el estrés y la calidad del sueño en pacientes con cáncer. Con ello se pretende evaluar si se reduce el estrés, aumentando la calidad del sueño y la adaptación al tratamiento y a la enfermedad, mediante el aumento de las habilidades de afrontamiento. En este contexto, se intentará responder a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿El programa de psicoeducación especialmente preparado para pacientes con

cáncer tiene algún efecto sobre la calidad del sueño de las y los pacientes?

- ¿El programa de psicoeducación especialmente preparado para pacientes con cáncer tiene algún efecto sobre los niveles de estrés percibidos por los pacientes?

Método

Tipo de investigación: se realizó con pretest, postest y diseño de modelo experimental con grupo experimental-control. **Población y muestra:** se realizó en el servicio de oncología de un hospital de formación e investigación entre el 4 de abril y el primero de septiembre de 2023.

Criterios de inclusión:

- Personas sin problemas de audición/habla/comprensión, que impidan cumplimentar las herramientas de recogida de datos y realización de entrevistas,
- Personas mayores de 18 años con diagnóstico de cáncer.
- Individuos que no habían participado previamente en una intervención psicoeducativa para el estrés o la calidad del sueño.

Se realizó un análisis post hoc para determinar la calidad y la confianza de la investigación. El análisis post hoc se basó en las puntuaciones de estrés percibido. Según esta puntuación, se determinó un tamaño del efecto de 25 personas con 95% de confianza, 96% de confianza en la prueba y $d=1.43$. El grupo experimental se calculó en 12 personas y el control en 13 (Figura 1).

Para aumentar la calidad y la confianza, se incluyó en la muestra un total de 40 pacientes, 19 en el grupo experimental y 21 en el grupo de control. Sin embargo, dado que 3 participantes del grupo experimental y 5 del grupo de control no continuaron el estudio, en total se recabó información de 32 pacientes (16 del grupo experimental y 16 del grupo de control) (Figura 2).

Principios éticos de la investigación

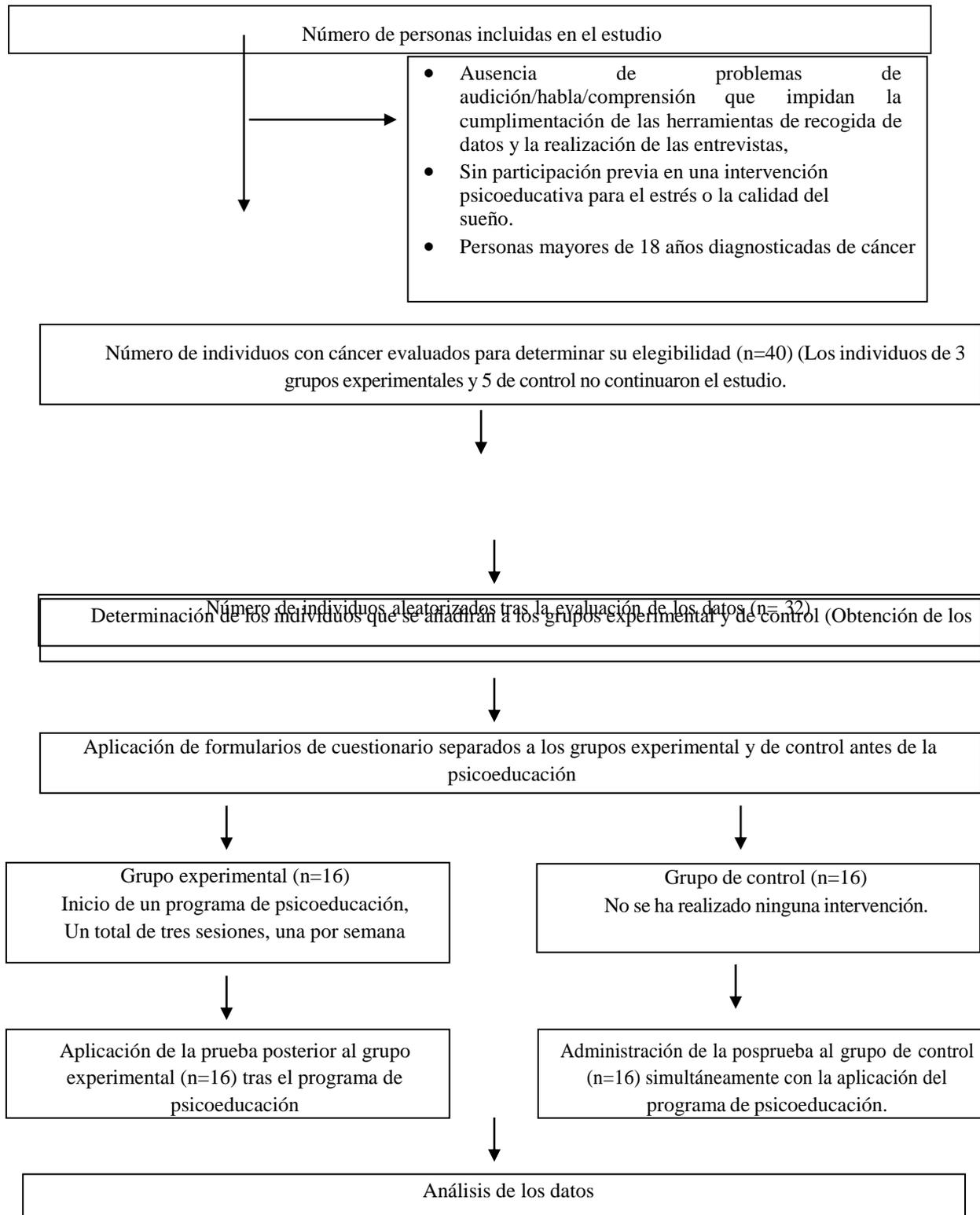
Se obtuvieron permisos por escrito del Comité Ético de Investigación Clínica de una universidad (Protocolo E-76244175-050.04.04-221491), de los responsables de las escalas utilizadas en el estudio y del hospital. Además, se obtuvo el consentimiento informado de las y los participantes.

Figura 1. Análisis post hoc

Pruebas t - Medias: Diferencia entre dos medias independientes (dos grupos)	
Análisis: Post hoc: Calcular la potencia alcanzada	
Entrada: Cola(s)	= Uno
Tamaño del efecto d	= 1.4335928 α sonda
err	= 0.005
Tamaño de la muestra grupo 1	= 12
Tamaño de la muestra grupo 2	= 13
Salida: Parámetro de no centralidad δ	= 3.5811137
T crítico	= 1.7138715
Df	= 25
Potencia (1- β err sonda)	= 0.9662288

Fuente: elaboración propia

Figura 2. Diagrama de flujo de la aplicación Consort



Fuente: elaboración propia

Herramientas de recolección de datos

Se aplicó un formulario de información personal, la escala de estrés percibido y la escala de sueño de Richards-Campbell.

Formulario de información personal

Este cuestionario fue elaborado por los investigadores, consta de 14 preguntas que cuestionan las características demográficas de las y los pacientes, como edad, sexo, estado civil, nivel educativo, diagnóstico de la enfermedad, número de años de la enfermedad, estadio de la enfermedad, la duración de la hospitalización, el tipo de familia y el estado psicológico de la o el paciente.

Escala de estrés percibido

La escala utilizada para determinarlo fue desarrollada por Cohen, Kamarck y Mermelstein²², y el estudio de validez y fiabilidad turco por Eskin *et al.*²³. Consta de catorce ítems y es una escala tipo Likert de 5 puntos. Mide el grado en que una persona percibe las situaciones a las que se enfrenta como estresantes. Siete de los ítems (4°, 5°, 6°, 7°, 9°, 10° y 13°) contienen un discurso positivo, con una puntuación inversa. El coeficiente de consistencia interna de la escala fue de 0.84 y el resultado del test-retest de 0.87. Las puntuaciones altas indican que la percepción del estrés es elevada. En el estudio turco de validez y fiabilidad de la escala, se determinó que el coeficiente alfa de Cronbach de ASÖ-4 es de 0.66.

Escala de sueño Richard-Campbell

La escala fue desarrollada por Richards²⁴ para evaluar la calidad del sueño. Es una escala de 6 ítems que evalúa la profundidad del sueño nocturno, la duración de quedarse dormido, la frecuencia de despertarse, la duración de permanecer despierto al despertarse, la calidad del sueño y el nivel de ruido en el ambiente. El estudio turco de validez y fiabilidad fue realizado por Özlü.²⁵ Cada ítem se

evalúa en una escala de 0 a 100 utilizando la técnica de escala analógica visual. Una puntuación entre 0-25 indica un sueño muy pobre, una entre 76-100, un sueño muy bueno. A medida que aumenta la puntuación de la escala, aumenta la calidad del sueño. El valor alfa de Cronbach de la escala desarrollada por Richards fue de 0.82.

Gestión de la investigación y contenido de la aplicación

Dentro del ámbito del estudio, se accedió a 50 pacientes. Sin embargo, se inició con 40, atendidos en el servicio correspondiente que cumplían con los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio. El grupo por estudiar se dividió en dos (experimental-control), con el programa *Research Randomizer*. Dado que 8 pacientes no continuaron el proceso de recolección de datos se realizó con 32. El estudio se llevó a cabo con fases de pre-test-post-test, tanto para el grupo experimental, como para el de control. Se inició presentando la investigación a las y los participantes, obteniendo su consentimiento. Posteriormente, se les informó sobre la confidencialidad de sus datos personales y se les recalcó que podían abandonar el estudio en cualquier momento.

La investigación se aplicó al grupo experimental en tres etapas y al control en dos, cada entrevista duró una media de 30 minutos. En la primera etapa se aplicaron a ambos grupos el Formulario de Información Personal, la Escala de Estrés Percibido y la Escala de Sueño de Richard-Campbell. En la segunda etapa se informó al grupo experimental sobre el proceso y se explicaron los detalles del entrenamiento que se iba a aplicar. Tras la explicación, se determinaron los días de los entrenamientos con las y los individuos del grupo experimental. La psicoeducación planificada se les aplicó individualmente a las y los integrantes del grupo experimental en tres sesiones, un día a la semana. Durante este período, no se aplicó ninguna intervención al grupo de control. Al final de los entrenamientos se administró a ambos grupos la Escala de Estrés Percibido y la Escala de Sueño de

Richard-Campbell. Las escalas fueron administradas a cada paciente por el mismo entrevistador. La forma de aplicar el programa de psicoeducación es la siguiente:

Entrevista

Asunto: Información general sobre el cáncer

Objetivos

- Determinar el nivel de conocimientos del paciente sobre el cáncer.
- Su objetivo es corregir su desinformación y transmitirle la nueva información que necesitara.

Contenido

- Definición de cáncer.
- Los métodos de tratamiento más utilizados son la quimioterapia y la radioterapia.
- Efectos secundarios de los fármacos utilizados.
- Conceptos erróneos sobre el cáncer.
- ¿Afecta el cáncer a todo el mundo por igual?
- Alta y más allá.

Entrevista

Asunto: Cambiar la percepción del estrés

Objetivos

- Ser capaz de definir el estrés del paciente.
- Ser capaz de reconocer las situaciones que causan estrés al paciente.
- Su objetivo es saber qué hacer en caso de estrés.

Contenido

- Definición de estrés y sus fuentes.
- Síntomas físicos, psicológicos y conductuales derivados.
- Estrategias para afrontarlo y técnicas de relajación para reducirlo.
- Hablar de logros pasados.
- Apoyar la participación de la o el paciente en actividades sociales.

Entrevista

Asunto: Mejorar la calidad del sueño

Objetivos

- Descripción del sueño de la o el paciente.
- La o el paciente será capaz de reconocer la información errónea sobre el sueño y tendrá conocimientos sobre el sueño correcto.
- El objetivo es que el paciente pueda tener un sueño de mejor calidad.

Contenido

- ¿Qué es el sueño?
- ¿Cuánto sueño necesitamos?
- ¿Qué es la higiene del sueño?
- Regulación del entorno para el sueño.
- Regulación del tiempo de sueño.
- Organización de las actividades diarias.
- Regulación de la ingesta de alimentos.
- Disposición para el control mental.

Evaluación de datos

Los datos se analizaron en un entorno informático. Para evaluar si los datos mostraban una distribución normal se utilizaron los valores de curtosis y asimetría. Mientras que en la evaluación de los grupos se realizaron cálculos de frecuencias y porcentajes, para evaluar las puntuaciones medias de los grupos antes y después de la intervención, se utilizó la prueba T pareada. El valor p se basó en menor o igual a 0.05 como punto de corte.

Resultados

La distribución de las características sociodemográficas de las y los enfermos de cáncer participantes figura en la Tabla 1. Su edad media en el grupo experimental era de 52.18 ± 13.380 , 56.3% eran mujeres, 56.3% vivían en la ciudad, 43.8% sabían leer y escribir, 81.3% estaban casados y el 25.0% vivían con sus cónyuges. En el grupo experimental, a 25% se les diagnosticó un cáncer relacionado con el tracto gastrointestinal y 62.5% padecía otra enfermedad crónica. Además, se determinó que 50% de las y los del grupo experimental se sentían mal psicológicamente.

Tabla 1. Distribución de las características sociodemográficas de las y los participantes

Características	Grupo experimental		Grupo control	
	N	%	N	%
Edad media	52.18± 13.380(20-78)		63.60± 12.269 (39-82)	
Género				
Mujer	9	56.3	9	56.3
Hombre	7	43.8	7	43.8
Lugar de residencia del paciente				
Ciudad	9	56.3	10	62.5
Distrito	5	31.3	3	18.8
Pueblo	2	12.5	3	18.8
Estado civil				
Casado	13	81.3	11	68.8
Único	1	6.3	1	6.3
Viuda	2	12.5	4	25
Situación educativa				
Analfabetos	7	43.8	8	50
alfabetizado	2	12.5	1	6.3
Enseñanza primaria	5	31.3	7	43.8
Universidad	2	12.5	0	0
Persona con la que vive el paciente				
Cónyuge	4	25	4	25
Niño	2	12.5	3	18.8
Cónyuge e hijos	9	56.3	7	43.8
Otros (madre. padre. hermano)	1	6.3	2	12.5
Diagnóstico de enfermedades				
Cánceres del sistema gastrointestinal(estómago, páncreas, recto, esófago, colon)	4	25	9	56.3
Cáncer de mama	3	18.8	0	0
Cáncer de pulmón	3	18.8	2	12.5
Cánceres del área genital (ovario, testículo, útero, vejiga)	2	12.5	4	25
Cánceres de ligamentos y tejidos	4	25	1	6.3
Otro estado de enfermedad				
Existe	10	62.5	11	68.8
Ninguno	6	37.5	5	31.3
Autoevaluación psicológica				
Mal	8	50	4	25
Medio	4	25	0	0
Bien	4	25	12	75
Total	16	100	16	100

Fuente: elaboración propia

Tabla 2. Comparación de las medias de las puntuaciones de estrés percibido y sueño por grupos

	Grupo experimental	Grupo de control	Estadística de prueba	p*
Prueba previa ASO	47.5 ± 5.07	41.56 ± 4.1	3.642	p<0.001
ASO Post Test	43.13 ± 4.77	44.25 ± 5.52	0.617	0.542
Diferencia	4.38 ± 2.85	-2.69 ± 6.09		
Estadística de prueba	6.143	1.763		
p**	p<0.001	0.098		
Prueba previa RCU	51.09 ± 11.56	56.98 ± 13.51	1.324	0.196
RCU Post Test	58.65 ± 11.05	55.74 ± 14.46	0.639	0.528
Diferencia	-7.55 ± 5.27	1.24 ± 13.92		
Estadística de prueba	5.736	0.356		
p**	p<0.001	0.727		

*Prueba T de muestras; ** Prueba T pareada

Fuente: elaboración propia

Hubo una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones medias pre-test y post-test de la escala de estrés percibido por las y los pacientes del grupo experimental ($p<.001$). Se observó que había una diferencia significativa entre las puntuaciones medias pre-test-post-test de la calidad del sueño del grupo experimental ($p<0.001$). No hubo diferencias significativas entre las puntuaciones medias pre-test y post-test de la escala de estrés percibido del grupo control ($p=0.098$). Tampoco entre las puntuaciones medias pre-test y pos-test de la calidad del sueño en el grupo control ($p=0,356$) (Tabla 2).

Se determinó que había una diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones de estrés percibido pre-test de las y los pacientes, según los grupos ($p<0.001$). Se determinó que no había diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones de estrés percibido pos-prueba, según los grupos ($p=0.542$). Tampoco había diferencia estadísticamente significativa entre las medias de las puntuaciones de calidad del sueño pre-test, según los grupos ($p=0.196$). Se encontró que, asimismo, no había diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones medias de la calidad del sueño

después de la prueba, según los grupos ($p=0.528$) (Tabla 2).

Discusión

Los resultados se analizaron en consonancia con la bibliografía. Cuando se examinó la diferencia entre las puntuaciones de la calidad del sueño antes y después de la prueba en el grupo experimental, se determinó que la calidad del sueño en el grupo control disminuyó, pero sin ser estadísticamente significativa la diferencia.

El sueño de calidad es una condición que las y los pacientes necesitan más que los individuos sanos,²⁶ pero los problemas psicosociales que experimentan, como estrés intenso, afectan su calidad del sueño.^{17,18,19} Una de las enfermedades en las que la necesidad de buen sueño es elevada, es el cáncer. Sin embargo, razones como los problemas psicosociales experimentados durante el proceso de diagnóstico y tratamiento y los síntomas inducidos por el mismo tratamiento, provocan una disminución de su calidad.^{11,18}

En el estudio realizado por Arslan y Fadiloğlu²⁷ se observó que la calidad del sueño era menor que antes del diagnóstico de la enfermedad y que su calidad disminuía aún más a medida en que la enfermedad progresaba.²⁷ En la investigación de

Pazarcıkcı,²⁸ se afirma que la calidad del sueño de quienes recibían quimioterapia, disminuía.²⁸ Cuando se examina la literatura, se observa que la calidad del sueño se ve afectada negativamente por el proceso oncológico y su tratamiento. Por esta razón, es muy importante realizar estudios que impacten en mejorar la calidad del sueño de las y los con cáncer.

De hecho, en nuestro estudio, se determinó que la calidad del sueño de las y los pacientes era baja. En este contexto, las intervenciones psicoeducativas son eficaces en mejorar el sueño y en muchas otras dinámicas relacionadas de las y los pacientes.^{11,15,29} Como resultado de la psicoeducación aplicada en el ámbito de nuestro estudio, se produjo un aumento significativo en la puntuación media de la calidad del sueño en el grupo experimental. Quesnel *et al.*³⁰ encontraron que la terapia cognitivo-conductual aplicada a pacientes con cáncer de mama proporcionó mejoras positivas en la calidad del sueño.³⁰ Nazik *et al.*¹⁹ informaron que las personas con cáncer que recibían quimioterapia mejoraban la calidad del sueño con ejercicios de relajación progresiva.¹⁹ Cuando se examinan los estudios sobre algunas intervenciones para impactar la calidad del sueño, se observa que se obtienen resultados similares con nuestro estudio, lo cual es una respuesta a nuestra primera pregunta de investigación.

Aumentar la calidad del sueño es muy importante para que el tratamiento sea más favorable y se acelere la recuperación de las personas.^{25,28} El cambio obtenido en nuestro estudio se realizó con el efecto de la tercera sesión, a la que denominamos mejora de la calidad del sueño. En esta sesión, en la que pretendíamos mejorar su calidad, se adoptó un enfoque específico para proporcionar información precisa sobre la importancia del sueño. Se proporcionó un entorno determinado, con el fin de valorar el sueño que el individuo necesita y garantizar la higiene del sueño en esta dirección. Güneş³¹ afirma que la higiene del sueño es un factor importante en términos de salud del sueño.³¹ En esta dirección, se explicó a las y los pacientes la preparación mental necesaria para influir en el sueño, mediante la planificación de la organización del entorno de

sueño, el tiempo de sueño y la ingesta de alimentos.

Organizar su hora de dormir para hacerlo por la noche, preferir alimentos que pudieran favorecer su sueño, como la leche y el yogur, en lugar de bebidas que lo afectaran negativamente, como el té y el café por la noche. Procurar que su entorno fuera más oscuro a partir de cierta hora y prepararse mentalmente para dormir. Estas situaciones son eficaces para aumentar la calidad del sueño.

Como resultado del programa de psicoeducación, cuando se examinaron las puntuaciones previas y posteriores al nivel de estrés percibido por el grupo experimental, se observó que disminuyó, mientras que el percibido por el grupo de control, aumentó, aunque no de manera significativa estadísticamente.

Como ya se dijo, las y los individuos diagnosticados con cáncer entran en un proceso en el que experimentan un intenso estrés. Eşe y Beydağ⁴; Pakyüz *et al.*¹⁶; Li *et al.*;³² Miaskowski *et al.*³³ encontraron que el nivel de estrés percibido era alto en los estudios previos realizados con pacientes con cáncer.^{4,16,32,33} Cuando se evalúan los estudios sobre estrés, se observa que el percibido debido a los procesos de diagnóstico, tratamiento y hospitalización, es alto.^{1,15} Además, se comprobó que las y los que experimentaban estrés intenso tenían problemas para adaptarse al tratamiento, por lo que sus procesos de recuperación se veían afectados negativamente.^{16,17} El hecho de que el cáncer cree una situación de crisis y que las y los pacientes intenten hacer frente a los síntomas causados por el estrés y la tensión, mientras se enfrenta el tratamiento, es una carga muy pesada. Esta situación muestra la importancia de enfoques como la intervención psicoeducativa para reducir el estrés.

Cuando se examinó la relación entre el nivel de estrés percibido antes de la prueba de los grupos experimental y de control, se determinó que la psicoeducación impartida al grupo experimental proporcionó un cierto nivel de reducción en la puntuación media de estrés percibido. Boesen *et al.*³⁴ descubrieron que la intervención para reducir

el estrés, sí lo disminuía.³⁴ Cuando se comparó este estudio con el entrenamiento que proporcionamos para reducir el estrés, se determinó que las intervenciones realizadas, lo redujeron. Nuestro estudio es similar a la literatura en este aspecto, este resultado responde a la segunda pregunta de investigación.

Con el fin de reducir el estrés, se planificó y puso en práctica la formación siguiendo determinados pasos. En la primera sesión del programa de psicoeducación, se dio información general sobre el cáncer, se pidió a los individuos que reconocieran el cáncer y que tuvieran información sobre el tratamiento que recibieron. Se hizo hincapié en las ideas erróneas sobre el cáncer, en particular, se habló de la percepción del cáncer como muerte y de la idea de que todo el que lo morirá con toda seguridad, bajo la frase: ¿Tiene el cáncer el mismo efecto en todo el mundo? Hablar de las situaciones en que las personas con cáncer experimenten un estrés intenso, les permitió expresar mejor sus sentimientos, cambiar las ideas erróneas por las correctas y hacerse a la idea de que el cáncer puede resolverse con el enfoque y las terapéuticas adecuadas, esto fue eficaz para reducir el estrés percibido por los pacientes.

Una de las cuestiones tan importantes como la capacidad del individuo para definir el cáncer, es la de definir el estrés causado por la enfermedad y cómo afrontarlo. Cambiar la percepción del estrés, constituye la segunda etapa de la educación y es un factor muy importante en la gestión de los síntomas, el cumplimiento del tratamiento y el afrontamiento del cáncer.

Se educó a las personas con cáncer sobre la definición de estrés, los factores que lo causan, así como sus síntomas físicos, sociales y psicológicos. Adicionalmente, se mostraron a la y los pacientes enfoques para afrontar el estrés, promoviendo la relajación. Además, se habló con la o el paciente para descubrir sus formas para afrontar el estrés en el pasado, asimismo, se discutió con ella o él la posibilidad de utilizarlas para solucionar el estrés causado por el diagnóstico de cáncer. Se cree que reconocer que se produce en determinados momentos, utilizar métodos como ejercicios respiratorios y aplicar las formas de afrontar el

estrés que hayan usado en el pasado, son eficaces para reducirlo.

Limitaciones

En primer lugar, como el estudio se llevó a cabo en un único hospital, los resultados se limitan a éste. En segundo, dado que en la región se hablan varios idiomas, hubo dificultades de comunicación con las y los participantes, por ello, se excluyeron las y los pacientes con los que no se pudo establecer comunicación debido a las diferencias lingüísticas.

Conclusiones y recomendaciones

Como resultado del estudio, se determinó que el programa de psicoeducación aplicado a pacientes con cáncer proporcionó cambios positivos en la calidad del sueño y el nivel de estrés percibido. Estos cambios se produjeron como resultado de las dinámicas antes descritas, como analizar los datos erróneos que tienen sobre el cáncer, que el cáncer no tiene el mismo efecto en todas y todos, la importancia de la higiene del sueño, y la necesidad de poner en marcha estrategias de afrontamiento del estrés. En este contexto:

- Es muy importante evaluar biopsicosocialmente a las personas diagnosticadas de cáncer, determinando sus necesidades durante los procesos de diagnóstico y tratamiento.
- Diseñar programas individuales específicos para las necesidades detectadas en estos programas.
- Identificar los factores estresantes, e impartir la enseñanza de estrategias de afrontamiento eficaces, así como ejercicios de relajación para reducir el estrés,
- Para mejorar la calidad del sueño, deben impartirse cursos específicos de la importancia de la higiene del sueño.
- Se cree que es necesario desarrollar intervenciones nuevas y eficaces utilizando diferentes técnicas terapéuticas con una muestra y un tamaño de población mayores para las necesidades de las personas

diagnosticadas de cáncer y aplicar estas intervenciones con estudios experimentales.

Referencias

1. Yılmaz M, Yazgı ZG. El papel de la enfermera en el afrontamiento de los problemas psicosociales experimentados por los pacientes oncológicos. *Revista de la Universidad Adnan Menderes de la Facultad de Ciencias de la Salud*. 2019: 4(1), 60-70.
2. Alar T, Şahin EM. Lung Cancer: Diagnóstico, tratamiento y prevención en Atención Primaria; Lungcancer: Diagnosis, Treatment and prevention in Primary care. *Smyrna Tıp Derg* 2012: 68-74.
3. Globocan 2022, CIIC. URL: <https://gco.iarc.fr/today/hom>
4. Uras E, Beydağ KD. Cáncer ginecológico estrés percibido en pacientes esperanza nivel relación determinación. *BANU Ciencias de la Salud y Revista de Investigación*. 2022: 4(2), 103-110.
5. Gülden A, Zülfinaz Ö, Turan GB. Evaluación de la percepción de desesperanza y atención espiritual en pacientes con cáncer. *Revista de Medicina Contemporánea*. 2020: 10(2), 266-274.
6. The Global Cancer Observatory -Todos los derechos reservados - 2022. URL: <https://gco.iarc.fr/>
7. Bakır N, Demir C. Determination of Nurses' Beliefs About Breast Cancer, Breast Self-Examination and Mammography. *Revista del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Celal Bayar*. 2020: 7(3), 266-271.
8. Şentürk S, Bıçak D, Derya A. Problems Experienced by Cancer Patient Relatives and Nursing Approach. *Revista de los académicos de la salud*. 2018: 5(1), 35-39.
9. Sürme Y. Estrés, enfermedades relacionadas con el estrés y gestión del estrés. *Revista de investigación social internacional*. 2019:12(64).
10. Colak S, Vural F, Bilik Ö. Psychosocial Problems and Nursing Approaches Experienced by Patients with Prostate Cancer. *Revista electrónica de la Facultad de Enfermería de la Universidad Dokuz Eylül*. 2022: 15 (2), 233-239
11. Bahar A, Ovayolu Ö, Ovayolu N. Síntomas comunes y tratamiento de enfermería en pacientes oncológicos. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la ERU*. 2019: 6(1), 42-58.
12. Albayrak A, Yıldırım İ, Emine K. Theoretical Approaches on Life Care, Religion and Spirituality in Cancer Patients. *Revista de la Facultad de Teología de la Universidad de Sakarya*. 2019: 21 (40), 349-376.
13. Şahin H, Kocamaz D, Yıldırım M. Psychological Problems and Psycho-Oncology in Cancer Process. *Zeugma Health Res*. 2020: 2(3), 136-141.
14. Akeren Z, Hintistan S. Use of Aromatherapy in Symptom Management of Cancer Patients. *Revista de Salud Holística de la Universidad de Sakarya*. 2021: 4(3), 136-154.
15. Üzüüm G, Nehir Türkmen S. The Effect of Psychoeducation on Problem Solving Skills in Cancer Patients. *Revista de enfermería psiquiátrica*. 2019: 10(1), 75-81.
16. Pakyüz SÇ, Çaydam ÖD, Şahin CK. Is There a Relationship Between Stress Symptoms and Level and Coping Methods in Patients Receiving Cytotoxic Chemotherapy? *Revista de investigación académica en enfermería*. 2019: 5(1), 1-9.
17. Kerman KT, Bahar Z. Evidence Studies Used by Nurses in Coping with Stress. *Clínicas de Türkiye Enfermería de salud pública-Temas especiales*. 2019: 5(1), 78-83.
18. Kabak T, Solak Ü, Avşar G. Nursing Interventions to Improve Sleep Quality in Individuals with Cancer: A Systematic Review. *Journal of Current Nursing Research*. 2022: 2(1), 19-29.
19. Nazik E, Öztunç G, ŞAHİN B. The Effect of Progressive Relaxation Exercises on Sleep Quality and Pain in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Revista anatolia de enfermería y ciencias de la salud*. 2014: 17(3), 171-178.
20. Aydemir T, Çetin, Ş. Enfermedades crónicas y atención psicosocial. *Revista de investigación médica de Anatolia*. 2019: 4(3), 109-115.
21. Savaş E. Psychooncology & Current Approaches. *Revista euroasiática de investigación social y económica*. 2020: 7(2), 15-22.

22. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. Una medida global del estrés percibido. *Revista de salud y comportamiento social*. 1983: 385-396.
23. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. Adaptation of Perceived Stress Scale into Turkish: Reliability and Validity Analysis. En *Revista de nuevos/nuevos simposios*. 2013, octubre: Vol. 51, No. 3, pp. 132-140.
24. Richards K. Técnicas Para La Medición Del Sueño En Cuidados Críticos. *Focus Crit Care*. 1987: 14:34-40.
25. Özlü Z K, Özer N. Richard-Campbell Sleep Scale Validity and Reliability Study. *Revista de Medicina del Sueño de Turquía*. 2015: 2(2)
26. Durmaz MÖ, Öztepe K. The Effect of Aromatherapy Applications on Sleep Quality in Surgical Patients. *Artuklu IJ Health Sci*. 2023: 3(1):98-102
27. Arslan S, Fadiloğlu Ç. El efecto de los problemas de sueño en la calidad de vida en el cáncer. *Revista de Investigación y Desarrollo en Enfermería*. 2009: 11(2), 16-27.
28. Pazarcıkçı F. Evaluación de la calidad del sueño en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia. *Revista de la Universidad Mehmet Akif Ersoy del Instituto de Ciencias de la Salud*. 2017: 5(1), 11-21.
29. Bostancı N, Buzlu S. Psychoeducation Intervention to Improve Adjustment to Cancer Among Turkish Stage I-II Breast Cancer Patients: A Randomised Controlled Trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012: 13(10), 5313-5318.
30. Quesnel C, Savard J, Simard S, Ivers H, Morin CM. Efficacy Of Cognitive-Behavioural Therapy for Insomnia in Women Treated For Nonmetastatic Breast Cancer (Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio en mujeres tratadas por cáncer de mama no metastásico). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003: 71(1), 189.
31. Güneş Z. El papel y las estrategias de la higiene del sueño en la protección de la salud del sueño. *Revista de exploración de recursos de archivo*. 2018: 27(2), 188-198.
32. Li Y, Yang Y, Zhang R, Yao K, Liu Z. The Mediating Role Of Mental Adjustment in the Relationship Between Perceived Stress And Depressive Symptoms In Haematological Cancer Patients: A Cross-Sectionalstudy. *Plos One*. 2015: 10 (11), 45-86. Doi: 10.1371/Journal.Pone.0142913
33. Miaskowski C, et al. Associations Between Perceived Stress and Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy And Toxicity in Adult Cancer Survivors. *Revista de manejo del dolor y los síntomas*. 2018: 56(1), 88-97. Doi: 10.1016/J.J.jpainsymman.2018.02.021
34. Boesen EH, et al. Intervención psicoeducativa para pacientes con melanoma maligno cutáneo: un estudio de replicación. *Revista de Oncología Clínica*. 2005: 23(6), 1270-1277.



Social Medicine

Health For All

ISSN: 1557-7112