

## Factores asociados a la mala calidad del sueño en mujeres con cáncer de mama<sup>1</sup>

Thalyta Cristina Mansano-Schlosser<sup>2</sup>  
Maria Filomena Ceolim<sup>3</sup>

**Objetivos:** analizar los factores asociados a la mala calidad del sueño, sus características y componentes en mujeres con cáncer de mama, antes de la cirugía de retirada del tumor y a lo largo del seguimiento. **Método:** estudio longitudinal, en hospital universitario con muestra de 102 mujeres. Fueron utilizados: un cuestionario de caracterización sociodemográfica y clínica; el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh; el Inventario de Depresión de Beck; y la Escala de Esperanza de Herth. La recolección comprendió los momentos: antes de la cirugía de retirada del tumor (T0), en (T1) en promedio 3,2 meses, en (T2) en promedio 6,1 meses y en (T3) en promedio 12,4 meses. Se utilizó estadística descriptiva y el modelo de Ecuaciones de Estimación Generalizada. **Resultados:** la depresión y el dolor contribuyeron para el aumento del puntaje del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh y la esperanza para la reducción del puntaje, de manera independiente, a lo largo del seguimiento. Los trastornos del sueño fueron el componente con puntuación más elevada, a lo largo del seguimiento. **Conclusión:** la presencia de la depresión y del dolor, previos a la cirugía, contribuyeron para el aumento del puntaje global del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh, lo que indica peor calidad del sueño, a lo largo del seguimiento y, la mayor esperanza, a su vez, influenció en la reducción del puntaje del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh.

**Descriptores:** Sueño; Neoplasias de la Mama; Depresión; Enfermería; Esperanza; Estudios Longitudinales.

<sup>1</sup> Artículo parte de Tesis de Doctorado "Qualidade do sono e evolução clínica de mulheres com câncer de mama: estudo longitudinal", presentada en la Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Apoyo financiero de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil y del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso nº 249118/2013-0.

<sup>2</sup> Estudiante de postdoctorado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

<sup>3</sup> Profesor Asociado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Factors associated with poor sleep quality in women with cancer. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2858. [Access   ]; Available in:  URL  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1478.2858> mes día año

## Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad que constituye un grave problema de salud pública por su elevada incidencia y prevalencia, ya que es el tipo de cáncer que más afecta a las mujeres en todo el mundo. La estimativa para Brasil, en el bienio 2016-2017, apunta la ocurrencia de cerca de 600 mil casos nuevos de cáncer, en el cual el perfil epidemiológico en mujeres apunta el de mama con 58 mil casos<sup>(1)</sup>.

Entre los factores que afectan negativamente la calidad de vida, las pacientes con cáncer de mama experimentan la presencia de depresión, ansiedad, fatiga, dolor y disturbios del sueño, siendo que estos últimos pueden también contribuir para un aumento de la mortalidad<sup>(2)</sup>. Es innegable la relevancia de estudios orientados para el entendimiento de esos factores, debido a su complejidad y al impacto que provocan en la salud y en lo cotidiano de esas mujeres.

Se estima que la mala calidad del sueño está presente en hasta 85% de las mujeres con cáncer de mama, y que, en estas mujeres, se muestra asociada a la presencia de depresión, baja autoestima y dolor<sup>(3)</sup>.

La elevada prevalencia del sueño de mala calidad es preocupante, ya que se encuentra frecuentemente asociada al empeoramiento de la salud, lo que afecta la regulación de las funciones inmunológicas e inflamatorias, de la misma manera que pueden provocar alteraciones de cognición y de memoria, inestabilidad emocional y aumento del apetito<sup>(4)</sup>. La administración del sueño de mala calidad es importante en esas mujeres y debe ser precedido por la identificación de los factores asociados a este disturbio y en diferentes momentos del diagnóstico y del tratamiento.

En una reciente revisión de la literatura, sobre pacientes que finalizaron el tratamiento para cáncer de mama, se demuestra que los sujetos continúan experimentando algunos síntomas en el largo plazo: fatiga, depresión, disturbios del sueño y disfunción cognitiva. Estos síntomas son persistentes, muchas veces, después del término del tratamiento, resultando en una serie de impactos negativos en la calidad de vida del mismo; lo que apunta para la relevancia de realizar investigaciones de seguimiento de esas mujeres para comprender mejor la interrelación entre esos síntomas<sup>(5)</sup>.

Además de los síntomas con influencia negativa sobre la calidad del sueño, existen aspectos positivos como la esperanza, que puede y debe ser estimulada en pacientes con cáncer, constituyéndose en una estrategia que puede ayudarlo a lidiar con la enfermedad y a minimizar el impacto de síntomas adversos<sup>(6-7)</sup>.

Siendo así, el objetivo de este estudio fue analizar los factores asociados a la mala calidad del sueño, sus

características y componentes en mujeres con cáncer de mama, antes de la cirugía de retirada del tumor y a lo largo del seguimiento.

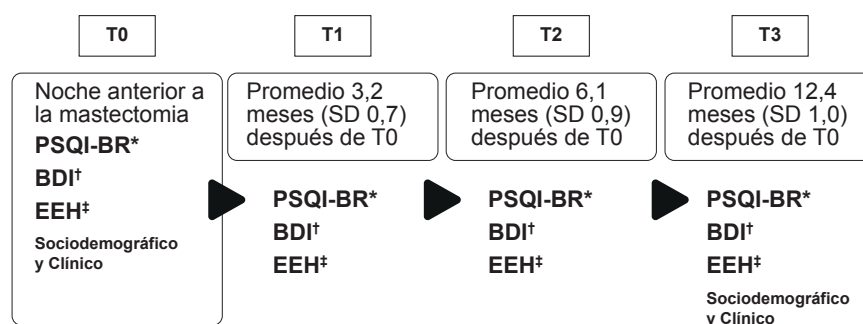
## Métodos

Se trata de un estudio analítico y longitudinal, realizado en un Centro de Atención Integral a la Salud de la Mujer de gran amplitud, en el estado de Sao Paulo, englobando 42 municipios y casi cinco millones de personas atendidas durante todo el año.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: mujeres de edad igual o superior a 18 años, con diagnóstico de cáncer de mama, T<sub>qq</sub>N<sub>qq</sub>M<sub>0</sub> en cualquier etapa<sup>(8)</sup>, que realizaban quimioterapia adyuvante y/o radioterapia a lo largo del tratamiento, acompañadas en un hospital especializado en la atención a la mujer e internadas para cirugía de mastectomía o cuadrantectomía. El sistema TNM es el principal sistema usado en el estadificación del cáncer, de acuerdo con el Tumor (T), Nodo (N) y Metástasis (M), siendo que como criterio de inclusión el término "qq" es designado para cualquier (0, 1, 2 o 3) y M cero indica sin metástasis<sup>(8)</sup>. Los criterios de exclusión del estudio fueron: Escala de Karnofsky menor que 70 (el individuo es capaz de cuidar de sí mismo en la mayoría de sus necesidades, pero demanda mayor o menor grado de dependencia de la ayuda de terceros); inadecuadas condiciones clínicas (mucositis, dolor, náusea, disnea, vómitos, otras), e inadecuadas condiciones emocionales para responder a una entrevista (llanto, apatía, agresividad, otras).

Todas las mujeres internadas para cirugía de retirada del tumor durante el intervalo previsto para recolección de datos fueron incluidas en el estudio, desde que se encuadrasen en los criterios de selección, se obtuvo un total de 156 participantes en el inicio del seguimiento (T0). Ninguna de las mujeres abordadas se recusó a participar; estas fueron acompañadas durante 12,4 meses, en promedio, en su tratamiento clínico, en los ambulatorios del hospital mencionado. Debido a las pérdidas de seguimiento (faltas, muertes y datos incompletos en la ficha médica), el estudio fue realizado con 102 mujeres que completaron todas las cuatro etapas de la investigación (T0, T1, T2 y T3).

El estudio fue realizado de marzo de 2013 (inicio de la línea base en T0) hasta diciembre de 2014 (término del seguimiento en T3). La última participante fue incluida en diciembre de 2013. Los instrumentos utilizados fueron el Sociodemográfico y Clínico (en T1 y T3); el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI-BR), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Esperanza de Herth (EEH), estos en todos los tiempos. Los tiempos de recolección constan en la Figura 1.



PSQI-BR\*: Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh; BDI†: Inventario de Depresión de Beck; EEH‡: Escala de Esperanza de Herth

Figura 1 - Descripción de los tiempos de la recolección de datos e instrumentos utilizados en las mujeres con cáncer de mama (n=102). Campinas, Sao Paulo, Brasil

Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron respondidos durante la entrevista, en los cuatro tiempos de investigación, con excepción del Cuestionario de Caracterización Sociodemográfica y Clínica que fue hecho en el inicio y al final del estudio. Los instrumentos fueron los siguientes:

- Cuestionario de Caracterización Sociodemográfica y Clínica: adaptado a partir de estudio realizado en pacientes con cáncer<sup>(9)</sup> y sometido a validación de contenido por especialistas. Contiene preguntas para caracterización sociodemográfica y clínica de la muestra y fueron respondidas por las mujeres y confirmadas en la ficha médica por la investigadora. En las fichas médicas faltaban datos referentes a cuestiones clínicas del tumor, como hormonas de estrógeno y progesterona o datos de la estadificación motivando por la pérdida de seguimiento.

- Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh/ PSQI-BR<sup>(10)</sup>: validado en Brasil<sup>(11)</sup>. Permite la evaluación subjetiva de la calidad y problemas de sueño a lo largo del mes anterior a la aplicación. Contiene 19 preguntas agrupadas en siete componentes: calidad subjetiva del sueño, latencia, duración, eficiencia, disturbios del sueño, uso de medicamentos para dormir y disfunción diurna. El puntaje global varía de 0 a 21 puntos y los mayores valores corresponden a la peor evaluación del sueño. Cuando es superior a cinco, indica mala calidad del sueño<sup>(11)</sup>.

- Inventario de Depresión de Beck<sup>(12)</sup>: medida de autoevaluación de depresión, ampliamente usado en la investigación y en la clínica, validado en Brasil<sup>(13)</sup>. La escala original consiste de 21 ítems, incluyendo síntomas y actitudes, cuya intensidad varía de cero a tres. Los ítems se refieren a tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, falta de satisfacción, sensación de culpa, sensación de punición, auto-depreciación, autoacusaciones, ideas suicidas, crisis de llanto, irritabilidad, retracción social, indecisión, distorsión de la imagen corporal, inhibición para el trabajo, disturbio del sueño, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática,

disminución de libido. Fueron observados los siguientes puntos de corte: inferior a 10 - sin depresión o depresión mínima; de 10 a 18 - depresión leve a moderada; de 19 a 29 - depresión moderada a grave; 30 a 63 - depresión grave<sup>(12)</sup>. A seguir, fueron agrupadas en dos categorías: "sin depresión" y "con depresión" (englobando depresión leve, moderada y grave).

- Escala de Esperanza de Herth (EEH)<sup>(14)</sup>, validada para uso en Brasil<sup>(15)</sup>. Está constituida de 12 afirmaciones con respuestas en escala del tipo Likert (valores de 1 a 4) con las siguientes posibilidades de respuesta: discuerdo completamente, discuerdo, concuerdo y concuerdo totalmente. El puntaje total varía de 12 a 48 puntos siendo que, cuanto mayor es el puntaje, más alto es el nivel de esperanza<sup>(15)</sup>.

El tratamiento de los datos fue realizado con apoyo de un estadístico; se realizó análisis descriptivo y construcción de modelo Ecuaciones de Estimación Generalizada (EEG)<sup>(16)</sup>, para identificar los factores presentes en T0 que influenciaron la calidad del sueño a lo largo del seguimiento. Fue considerado el nivel de significación de 5%. El análisis de confiabilidad del PSQI-BR fue realizada por medio del coeficiente alfa de Cronbach.

Las consideraciones éticas fueron respetadas de acuerdo con la Resolución 466/2012, del Consejo Nacional de Salud, y el estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de afiliación de las autoras, con el parecer nº 44169, CAAE 00762112.0.0000.5404; su enmienda fue aprobada en 23 de junio de 2015 con el parecer nº 1.106.951.

## Resultados

Las 102 participantes presentaron un promedio de edad de 56,2 (DE 12,5) años e informaron, en promedio, 5,3 (DE 4,0) años de estudio. Otros datos sociodemográficos y clínicos se muestran en la Tabla 1. La estadificación del cáncer fue agrupada en I/II por ser considerada inicial y ser mayoría en este estudio.

Tabla 1 - Características sociodemográficas y clínicas de las mujeres con cáncer de mama participantes del estudio (n=102). Campinas, SP, Brasil, 2013-2014

Características sociodemográficas y clínicas	N	%
Estado conyugal		
Tiene compañero	56	54,9
Situación laboral		
Jubilado	47	46,1
Empleado	23	22,6
Desempleado	32	31,4
Con quien vive		
Familiares	90	88,2
Solo	7	06,9
Otros	5	04,9
Renta familiar		
Hasta 5 salarios mínimos*	93	91,2
6 a 10 salarios mínimos	9	08,8
Relato de otra enfermedad crónica		
Si	37	36,3
Síntomas relacionados a la menopausia		
Si	36	35,3
Relato de dolores		
Si	40	39,2
Estadificación (según el TNM) <sup>†</sup>		
I/II	83	81,4
III	19	18,6
Quimioterapia neoadyuvante		
Si	26	25,2
Cirugía realizada		
Mastectomía	57	55,9
Cuadrantectomía	44	43,1
Sin información	01	01,0

\*Salarios mínimos en reales R\$ 724,00 Brasil, 2014; †TNM: Tumor (T), Nudo (N) y Metástasis (M).

En cuanto a la clasificación de la depresión en T0, 52,0% de las participantes estaban en la categoría sin depresión o mínima, 18,6% con depresión leve a moderada y 29,4% con depresión moderada y grave. El puntaje de depresión fue identificado como 11,2 (DE 9,2) en promedio. La esperanza, de acuerdo con la EEH, obtuvo en T0 puntaje promedio de 34,5 (DE 6,3). Los resultados de la estadística descriptiva de características del sueño, el puntaje total y de los componentes del PSQI-BR durante el seguimiento, se muestran en la Tabla 2.

La mala calidad del sueño, estimada por el puntaje del PSQI-BR, fue observada en 57,8% de las mujeres en T0, 56,9% en T1, 55,9% en T2 y 61,8% en T3.

En la Tabla 3, se presentan los factores que influenciaron el puntaje final del PSQI-BR, identificados con el modelo de Ecuaciones de Estimación Generalizada.

La presencia de depresión y las quejas de dolor presentaron efecto significativo sobre la calidad del sueño a lo largo del seguimiento, contribuyendo para el aumento del puntaje del PSQI-BR. De la misma manera, puntajes más bajos de la EEH estuvieron relacionados al aumento del puntaje del PSQI-BR.

En el análisis de confiabilidad del PSQI-BR se verificaron resultados satisfactorios para el coeficiente alfa de Cronbach en los cuatro tiempos: T0 - 0,721, T1 - 0,782, T2 - 0,795 y T3 - 0,771.

Tabla 2 - Características del sueño y componentes del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh en mujeres con cáncer de mama (n=102). Campinas, SP, Brasil, 2013/2014

	T0			T1			T2			T3		
	M*	DE <sup>†</sup>	Media <sup>‡</sup>	M*	DE <sup>†</sup>	Media <sup>‡</sup>	M*	DE <sup>†</sup>	Media <sup>‡</sup>	M*	DE <sup>†</sup>	Media <sup>‡</sup>
Características del sueño												
Duración (horas)	6,5	01,9	7,0	6,4	2,0	7,0	6,5	1,9	7,0	7,0	1,5	7,5
Eficiencia (%)	95,8	27,6	94,0	86,3	23,5	86,0	87,5	24,7	89,0	88,4	19,9	89,0
Componentes del PSQI§-BR												
Calidad del sueño	1,2	1,3	1,0	1,2	1,3	1,0	1,2	1,2	1,0	1,5	1,2	1,0
Latencia	1,4	0,9	2,0	1,3	1,5	1,0	1,3	1,0	1,0	1,2	0,9	1,0
Duración	1,0	1,2	1,0	1,2	1,2	1,0	1,1	1,1	1,0	0,7	0,9	0,5
Eficiencia	0,8	1,1	0,0	1,1	1,2	0,0	1,0	1,2	0,0	0,8	1,1	0,0
Trastornos	1,4	0,6	1,0	1,5	0,6	1,0	1,5	0,6	1,5	1,6	0,6	2,0
Uso de medicación	0,8	1,3	0,0	0,5	1,0	0,0	0,7	1,2	0,0	0,9	1,2	0,0
Disfunción diurna	0,5	0,8	0,0	0,4	0,7	0,0	0,7	0,7	1,0	0,9	0,9	1,0
Puntaje total del PSQI-BR	7,1	4,4	7,0	7,3	4,7	6,5	7,4	4,8	6,5	7,3	4,3	7,0

\*M: media

†DE: desviación estándar

‡PROM: mediana

§PSQI: Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (BR)

Tabla 3 - Factores que influenciaron la calidad del sueño a lo largo del seguimiento según el modelo Ecuaciones de Estimación Generalizada. Campinas, SP, Brasil, 2013-2014.

Factores	Coficiente	Intervalo de Confianza 95%		p-valor
Edad (años)	0,03	-0,04	-0,09	0,4108
Estado conyugal (ref*: casado)	0,54	-0,68	1,76	0,3892
Años de estudio (años)	0,09	-0,09	0,26	0,3235
Síntomas de la menopausia (ref: no)	0,28	-0,99	1,55	0,6697
Estadificación del tumor (ref: I o II)	1,25	-0,16	2,66	0,0822
Quimioterapia neoadyuvante (ref: no)	0,02	-1,47	1,51	0,9775
Dimensión del tumor (centímetros)	-0,13	-0,44	0,18	0,4009
Depresión (ref: ausente o mínima)	2,23	1,42	3,04	0,0001
Dolor (ref: no)	1,31	0,01	2,62	0,0481
Puntaje de la EEHT†	-0,08	-0,14	-0,02	0,0105

\*Ref: indica la categoría de referencia para el factor; †Escala de Esperanza de Herth

## Discusión

La depresión, el dolor y la esperanza influenciaron la calidad del sueño a lo largo del seguimiento, en este estudio, siendo la depresión el factor más expresivo. En la literatura, pocas investigaciones se ocupan de ese acompañamiento longitudinal<sup>(17)</sup>; la mayor parte de los investigadores analizan cortes transversales en las diferentes etapas, y no la influencia conjunta a lo largo del tiempo<sup>(9,18)</sup>. Además, datos analizados a partir de un estudio longitudinal después de dos años de tratamiento evidenciaron que la presencia de algunos síntomas anteriores a la cirugía tuvo un efecto predictivo de largo plazo en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama y los cinco síntomas presentes fueron: disturbios del sueño, cognitivo, cansancio físico, depresión y ansiedad. Estos autores concluyeron que es necesario evaluar los síntomas en el período de pretratamiento para identificar el grupo de alto riesgo<sup>(19)</sup>.

En este estudio, la presencia de la depresión y las quejas de dolor presentaron efecto significativo sobre la calidad del sueño a lo largo del tiempo, contribuyendo para el aumento del puntaje del PSQI-BR. En un estudio longitudinal realizado con 3.343 mujeres con cáncer de mama - en etapa inicial, evaluadas durante tres a cuatro meses después de la cirugía de resección del tumor - los autores verificaron que la depresión fue el factor predictivo más fuerte de alteraciones del sueño, dato que es corroborado en el presente estudio<sup>(20)</sup>. Otros investigadores evaluaron 390 mujeres con cáncer de mama antes de la mastectomía y hasta seis meses después, constatando que los síntomas depresivos más graves eran predictores de mayores alteraciones del sueño antes de la cirugía; no obstante esa influencia disminuía hasta el final del seguimiento<sup>(17)</sup>.

Lidiar con enfermedades de difícil pronóstico, como el cáncer, implica muchas veces en el desequilibrio psicológico del paciente, y otras veces en la rutina diaria

de los servicios, no hay tiempo para oírlo, o el sujeto se encuentra sin motivación para percibir y hablar de sus sentimientos, angustias y miedo de la muerte. Existen instrumentos específicos, como los usados en este estudio, que pueden ser aplicados por profesionales de salud para identificar quejas y posible enfermedad, como la depresión<sup>(13)</sup>.

Se debe destacar que factores como la depresión, por ejemplo, si no es tratada, puede estar presente durante años después del tratamiento clínico del cáncer<sup>(2)</sup>.

El comprometimiento de la calidad del sueño es considerado un factor presente en la depresión, tanto que una pregunta a ese respecto consta del instrumento de rastreo de depresión utilizado en este estudio. Algunos autores argumentan que el intento de establecer una relación causal unidireccional podría representar una simplificación de una asociación que es de hecho bastante compleja, de forma que síntomas depresivos pueden llevar a la mala calidad del sueño, y las alteraciones en el sueño pueden contribuir para la presencia de depresión en esas mujeres<sup>(20)</sup>.

Además de la depresión, el dolor también constituyó una influencia significativa para el sueño de mala calidad en este estudio. Es un síntoma frecuente en estas pacientes, afectando 39,2% de las mujeres de esta investigación. Altos niveles de depresión, ansiedad y disturbios del sueño estaban presentes en mujeres con cáncer de mama que relataban dolor, cuando comparadas al grupo de mujeres que no tenían dolor<sup>(21)</sup>.

Variables sociodemográficas como la edad y los años de estudio no fueron significativos en este estudio, diferentemente de otros autores, que mostraron que la edad avanzada y la escolaridad inferior a siete años fueron predictores independientes de sueño de mala calidad<sup>(20)</sup>. En este estudio, la mayoría de las mujeres (75%) presentó menos de ocho años de escolaridad y 50%, menos de cuatro años, indicando mayor

homogeneidad en ese aspecto, hecho que podría explicar la ausencia de resultados para esta variable.

La mala calidad del sueño fue identificada en 57,8% de las mujeres en el inicio del estudio, dato similar a otro estudio longitudinal con mujeres con cáncer de mama, en que 57,9% de ellas presentaron sueño de mala calidad<sup>(20)</sup>. Un estudio anterior longitudinal con 80 pacientes con cáncer de mama mostró que la mala calidad del sueño (PSQI  $\geq$  5) fue predominante en todos los momentos del tratamiento (48,5-65,8%)<sup>(22)</sup>. En el presente estudio, al final del seguimiento, el sueño de mala calidad persistió con aumento del porcentaje de mujeres (61,8%), hecho similar a una investigación con 166 mujeres con cáncer de mama en el cual los resultados en el PSQI sugieren que las mujeres relataron mala calidad del sueño antes del inicio del tratamiento e informaron todavía peor calidad del sueño después del final del mismo<sup>(23)</sup>.

En cuanto a los componentes del PSQI-BR, el componente 'Trastornos del sueño' obtuvo la mayor puntuación en todos los tiempos, similar a los resultados de otro estudio de acompañamiento de mujeres con cáncer de mama<sup>(24)</sup>. Sin embargo, para esos autores, el componente "Uso de medicación para dormir" obtuvo la menor puntuación, por otro lado en el presente estudio fue la "Disfunción diurna"<sup>(24)</sup>. Se debe destacar que varios aspectos que participan del componente 'Trastornos del sueño' son relacionados al sueño de mala calidad en personas con cáncer, destacándose el despertarse precozmente y la fragmentación del sueño, ambos por diversos motivos, como la necesidad de ir al baño, sentir dolor y las preocupaciones<sup>(21)</sup>.

Se destaca que los altos puntajes en el componente de "Trastornos del Sueño" no implicaron en puntajes altos en la "Disfunción Diurna", sugiriendo que estas mujeres, mismo no durmiendo bien de noche por las posibles razones citadas, no se quejaron de forma expresiva sobre la dificultad de permanecer despiertas en sus actividades cotidianas.

Este estudio se guió por la necesidad de identificar factores que puedan estar asociados a la mala calidad del sueño, de la misma manera que aquellos que pudiesen contribuir para su mejoría. De forma positiva, en este estudio, la esperanza se mostró un factor para la reducción del puntaje del PSQI-BR. Podría, por tanto, ser utilizada como una estrategia por los profesionales de salud para incentivo de cómo lidiar mejor con la enfermedad y con el día a día<sup>(7)</sup>.

La esperanza ha sido apuntada como uno de los recursos para el enfrentamiento del cáncer de mama, que puede ser utilizado en la práctica de los profesionales de salud, lo que podría tener reflejos positivos en la calidad

del sueño, a pesar de que modestos, como sugieren los hallazgos de esta investigación.

Se destaca, a partir de los resultados de este estudio, la necesidad de evaluar longitudinalmente la calidad y las alteraciones del sueño antes, durante y mismo después del tratamiento del cáncer, considerando la persistencia del sueño de mala calidad. De la misma forma, se constata la relevancia de la planificación e implementación de intervenciones que tengan como objetivo los factores modificables que influyen en la calidad del sueño, tales como la depresión, el dolor y el incentivo de la esperanza.

Se destaca que el tratamiento de la depresión es conocido y, por tanto, es necesario identificar este estado para que sea acompañado y tratado de forma efectiva. Sin embargo, considerando que la esperanza constituye un factor poco conocido, se evidencia la necesidad de que los profesionales de la salud se profundicen en sus conocimientos a ese respecto, apropiándose del instrumento de evaluación y buscando fundamentaciones teóricas para posibilitar la implantación de estrategias en la práctica clínica. En la literatura internacional, se encuentran pocos estudios sobre intervenciones de incentivo utilizando la esperanza, entre ellos una investigación en cuidadores de personas con cáncer avanzado<sup>(25)</sup>, con resultados que los autores evaluaron como satisfactorios.

Es necesario realizar estudios futuros para evaluar características específicas de las relaciones entre los factores identificados en esta investigación y los mecanismos para la administración de los mismos que contribuyen para mantener o dejar peor la calidad del sueño. Además, se debe verificar si hay relación de causalidad y no solamente de asociación entre estas variables y de que forma el tratamiento de la depresión y del dolor, y el incentivo de la esperanza podrían colaborar para mejorar la evaluación de la calidad del sueño, en diferentes etapas del tratamiento del cáncer, debiendo ser evaluados y tratados por los profesionales de salud.

Se destacan como factores limitantes de este estudio las pérdidas de seguimiento debido a las faltas de las mujeres y la falta de datos debido al llenado incompleto de las fichas médicas, reduciendo la muestra y la posibilidad de generalizar los resultados.

Este estudio contribuyó para el avance del conocimiento científico de la Enfermería nacional e internacional, en lo que se refiere a la necesidad de evaluación longitudinal de la calidad del sueño y la posibilidad de utilizarla en la práctica clínica de los enfermeros o en las publicaciones internacionales que objetiven factores modificables que influyan en la calidad del sueño, tales como la depresión, el dolor y el

incentivo a la esperanza. El estudio y el conocimiento de la esperanza, todavía son poco estudiados en Brasil, ellos pueden contribuir como una innovación en la ciencia de la enfermería brasileña.

## Conclusión

La presencia de depresión y de dolor, previos a la cirugía para remoción del cáncer de mama, contribuye para el aumento del puntaje global del PSQI-BR, lo que indica peor calidad del sueño, a lo largo del seguimiento de las mujeres de este estudio. Los puntajes más elevados de la EEH, o sea, la mayor esperanza, a su vez, influenciaron en la reducción del puntaje del PSQI-BR.

La persistencia del sueño de mala calidad a lo largo de todo el seguimiento acentúa la importancia de evaluar ese parámetro, en pacientes con cáncer, de la misma manera que evaluar a relevancia de la planificación de intervenciones orientadas para su mejoría. Esta planificación solo es posible con la identificación de los factores que influyen la calidad del sueño.

## Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). [Internet]. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA; 2015. [Acesso 17 mai 2016]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>
2. Hansen MV, Madsen MT, Hageman I, Rasmussen LS, Bokmand S, Rosenberg J, et al. The effect of melatonin on depression, anxiety, cognitive function and sleep disturbances in patients with breast cancer. The melody trial: protocol for a randomised, placebo-controlled, double-blinded trial. *BMJ Open*. 2012;2(1):e000647. doi:10.1136/bmjopen-2011-000647
3. Rand KL, Otte JL, Flockhart D, Hayes D, Storniolo A M, Stearns V, et al. Modeling hot flushes and quality of life in breast cancer survivors. *Climacteric*. 2011;14(1):171-80. doi:10.3109/13697131003717070
4. Hayley AC, Williams LJ, Kennedy GA, Berk M, Brennan SL, Pasco JA. Prevalence of excessive daytime sleepiness in a sample of the Australian adult population. *Sleep Med*. 2014; 15:348-54. doi:10.1016/j.sleep.2013.11.783
5. Cheng H, Sit JWH, So WKW. The Symptom Burden in Breast Cancer Survivors. *Current Breast Cancer Rep*. 2016;8.1:40-6. doi: 10.1007/s12609-016-0201-z
6. Herth K, Cutcliffe JR. The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature. *Br J Nurs*. 2002;11(12):832-40. doi: 10.12968/bjon.2002.11.12.10307
7. Balsanelli ACSG, Alves SA, Herth K. Assessment of hope in patients with chronic illness and their family or caregivers. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2011 [Access 2016 May 18];24(3):354-8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000300008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300008&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300008>.
8. International Union Against Cancer (United States). *TNM Classification of malignant th tumors*. 6 ed. New York: John Wiley; 2004.
9. Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Factors associated with sleep quality in the elderly receiving chemotherapy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012 Dec [Access 2016 May 18];20(6):1100-1108. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000600012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600012&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600012>.
10. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer, DJ. The Pittsburg Sleep Quality Index: A new instrument for Psychiatric Practice and research. *Psychiatric Res*. 1989;(28):193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4
11. Bertolazi NA, Fagundes SC, Hoff LS, Dartora EG, Miozzo IC, Barba MEF et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Med*. 2011;12:70-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.020>
12. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. – Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five Years of Evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988;8:77-100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5
13. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1996;29:453-7. Acesso em <http://europepmc.org/abstract/med/8736107>
14. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs*. 1992;17(10):1251-9. doi: 10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x
15. Sartore AC, Grossi AS . Escala de Esperança de Herth - Instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2008 [Acesso 18 maio 2016];42(2):227-32. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033330003>.
16. Ghisletta P, Spini D. An Introduction to Generalized Estimating Equations and an Application to Assess Selectivity Effects in a Longitudinal Study on Very Old Individuals. *J Educ Behavioral Stat*. 2004;29(4):421-37. doi: 10.3102/10769986029004421
17. Van Onselen, C, Paul SM., Lee K, Dunn L, Aouizerat BE, West C, et al. Trajectories of sleep disturbance and daytime sleepiness in women before and after surgery for

- breast cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45:244-60. doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.02.020
18. Ancoli-Israel S, Liu L, Rissling M, Natarajan L, Neikrug AB, Palmer BW, et al. Sleep, fatigue, depression, and circadian activity rhythms in women with breast cancer before and after treatment: A 1-year longitudinal study. *Supportive Care Cancer*. 2014;22(9):2535-45. doi: 10.1007/s00520-014-2204-5
19. Chen ML, Liu LN, Miaskowski C, Chen SC, Lin YC, Wang JS. Presurgical symptom profiles predict quality of life 2 years after surgery in women with breast cancer. *Supportive Care Cancer*. 2016;24(1):243-51. doi: 10.1007/s00520-015-2784-8
20. Colagiuri B, Christensen S, Jensen AB, Price MA, Butow PN, Zacharia R. Prevalence and Predictors of Sleep Difficulty in a National Cohort of Women With Primary Breast Cancer Three to Four Months Post surgery. *J Pain Symptom Manage*. 2011;42(5):710-20. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.02.012
21. Miaskowski C, Cooper B, Paul SM, West C, Langford D, Levine JD, et al. Identification of patient subgroups and risk factors for persistent breast pain following breast cancer surgery. *J Pain*. 2012;13(12):1172-87. doi:10.1016/j.jpain.2012.09.013.
22. Sanford SD, Wagner LI, Beaumont JL, Butt Z, Sweet JJ, Cella, D. Longitudinal prospective assessment of sleep quality: before, during, and after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Supportive Care Cancer*. 2013;21(4):959-67. doi:10.1007/s00520-012-1612-7
23. Liu L, Fiorentino L, Rissling M, Natarajan L, Parker BA, Dimsdale JE, et al. Decreased health-related quality of life in women with breast cancer is associated with poor sleep. *Behav Sleep Med*. 2013;11(3):189-206. doi: 10.1080/15402002.2012.660589.
24. Ho RTH, Fong TCT, Chan CKP, Chan CLW. The associations between diurnal cortisol patterns, self-perceived social support, and sleep behavior in Chinese breast cancer patients. *Psycho Neuro Endocrinol*. 2013;38(10):2337-42. doi:10.1016/j.psyneuen.2013.05.004
25. Duggleby WD, Williams AM .Living with hope: developing a psychosocial supportive program for rural women caregivers of persons with advanced cancer. *Palliative Care*. 2010;9(1):3. doi: 10.1186/1472-684X-9-3

Recibido: 14.2.2016

Aceptado: 21.11.2016

---

Correspondencia:

Maria Filomena Ceolim  
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem  
Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Cidade Universitária Zeferino Vaz  
CEP: 13083-887, Campinas, SP, Brasil  
E-mail: fceolim@unicamp.br

**Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.