

EL EFECTO DE LA HIPNOTERAPIA EN LA CALIDAD DE SUEÑO DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

THE EFFECT OF HYPNOTHERAPY IN THE SLEEP QUALITY OF WOMEN WITH BREAST CANCER

Leticia Jaime Bernal^{1,2}, Arnoldo Téllez López^{1,2,3}, Dehisy Marisol Juárez García^{1,2,3}, Cirilo H. García Cadena^{1,3} y Enrique García García^{1,3}

¹ Universidad Autónoma de Nuevo León, UANL. México.

² Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud, CIDICS.

³ Facultad de Psicología, FAPSI. México.

Resumen

Objetivo: El propósito de este estudio es comprobar la eficacia de la hipnoterapia en la calidad de sueño de mujeres con cáncer de mama, mientras recibían tratamiento médico estándar.

Método: Participaron 40 pacientes con cáncer de mama en los primeros estadios, programadas para quimioterapia. Se conformaron dos grupos de 20 pacientes cada uno, a uno de los grupos se le aplicó una fase intensiva de 12 sesiones de hipnoterapia grupal durante un mes y una segunda fase de 12 sesiones cada quince días, durante seis meses mientras que el otro grupo (control) solo recibió tratamiento médico estándar. La calidad de sueño de las pacientes de ambos grupos fue evaluada con el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP) que se aplicó antes de la intervención, así como al término de las 12 y 24 sesiones.

Resultados: Al finalizar el primer bloque de 12 sesiones, el grupo de hipnoterapia mostró una mejoría clínica y estadísticamente significativa en los componentes de latencia, duración, eficiencia y calidad global de sueño del ICSP. Posteriormente, a las 24 sesiones solo se mantuvo la significancia en el componente de eficiencia de sueño y en los otros tres componentes únicamente se mantuvo la mejoría clínica. En comparación con el grupo control, que a las 12

Abstract

Objective: The purpose of this study is to test the effectiveness of hypnotherapy in sleep quality in breast cancer women while receiving standard medical treatment.

Method: Participants were 40 breast cancer patients in the early stages, scheduled for chemotherapy. Two groups of 20 patients each, one group was applied an intensive phase of 12 sessions of group hypnotherapy for a month and a second phase of 12 sessions every fortnight for six months while the other group was formed (control) received only standard medical treatment. Sleep quality of patients in both groups was assessed with the Quality Index Pittsburgh Sleep (ICSP) that was applied before surgery and at the end of 12 and 24 sessions.

Results: At the end of the first block of 12 sessions, the hypnotherapy group showed a clinically and statistically significant in the components of latency, duration, efficiency and overall quality of sleep ICSP improvement. Later, at only 24 sessions's significance in the sleep efficiency component and the other three components shall be maintained clinical improvement was maintained. These results compared with the control group, at 12 sessions that showed an increase in components indicating a poorer quality of sleep, keeping these results to 24 sessions.

Correspondencia:

Leticia Jaime Bernal

E-mail: leticia.jaimeb@uanl.mx

Universidad Autónoma de Nuevo León, UANL. Campus Ciencias de la Salud. Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS). Av. Carlos Canseco s/n con Av. Gonzalitos, Mitras Centro Monterrey, Nuevo León, México, C.P. 64460.

sesiones mostró un aumento en los componentes lo que indica una peor calidad de sueño, manteniendo estos resultados a las 24 sesiones.

Conclusiones: La hipnoterapia es una técnica psicoterapéutica útil para mejorar la calidad de sueño de mujeres con cáncer de mama que reciben quimioterapia. Sin embargo es importante, diseñar un estudio experimental aleatorizado que confirme estos datos.

Palabras clave: Hipnoterapia, hipnosis clínica, calidad de sueño, cáncer de mama.

Conclusions: The psychotherapeutic hypnotherapy is a useful technique to improve sleep quality in breast cancer women receiving chemotherapy. However it is important to design a randomized pilot study to confirm these data.

Keywords: hypnotherapy, clinical hypnosis, sleep quality, breast cancer.

INTRODUCCIÓN

En México el cáncer de mama es la segunda causa de muerte en mujeres de 30 a 54 años de edad y afecta a todos los grupos socioeconómicos⁽¹⁾. El tratamiento médico puede incluir cirugía, radioterapia, quimioterapia y/o hormonoterapia⁽²⁾.

Los efectos secundarios más comunes relacionados con la quimioterapia son la fatiga, depresión, dolor, náuseas, vómito y problemas de sueño. De estos, los problemas de sueño reportados con más frecuencia son la dificultad para conciliar o mantener el sueño, mala calidad de sueño y sueño de corta duración⁽³⁾. Estas afecciones son dos veces más frecuentes en este tipo de pacientes que en la población general y que en otros pacientes clínicos o quirúrgicos, debido a los síntomas asociados a la enfermedad o al tratamiento agresivo⁽⁴⁾.

Del 20 al 70% de las mujeres con cáncer de mama padece problemas de sueño antes, durante y después del tratamiento con diferentes modalidades, incluyendo la radiación, la quimioterapia y la cirugía⁽⁵⁾. Un 58% de las pacientes reporta síntomas de insomnio y considera que el cáncer ha causado o agravado su problema⁽⁶⁾. Algunos de los motivos por los que se ve afectada su calidad de sueño son: El despertar antes de su hora habitual (92%), necesidad de ir al baño (92%), episodios de dolor (69,3%) y sofocos (46,2%)⁽⁷⁾.

El sueño un proceso fisiológico y comportamental esencial para el funcionamiento adecuado del organismo y la calidad de vida, por ello es imprescindible tener una buena calidad de sueño⁽⁸⁾. La calidad del sueño no atiende únicamente al hecho de dormir bien durante la noche, sino que también influye en un buen funcionamiento diurno (un adecuado nivel de atención para realizar las distintas tareas), por lo que los problemas de sueño afectan al desarrollo y funcionamiento normal de las capacidades cognitivas e intelectuales y sociales^(9,10).

El sueño es un elemento importante en la enfermedad del cáncer debido a que se ha reportado una relación inversa entre las horas de sueño y el riesgo de cáncer⁽¹¹⁻¹³⁾.

Por otra parte, algunos estudios sugieren que la melatonina puede participar en la inhibición y crecimiento del cáncer, esto debido a su influencia en la facilitación del sueño y en el ciclo descanso actividad, el cual puede ser alterado debido a la exposición a la luz durante la noche suprimiendo la secreción de melatonina y ésta tiene un papel importante en el cáncer de mama debido a su participación en la regulación de los receptores de estrógeno (ER) que producen el estradiol⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Existen muchos factores que pueden ser causa de problemas del sueño o contribuir a que el sueño se vea alterado. Las reacciones a situaciones estresantes pueden

originar insomnios transitorios o crónicos. La ansiedad suele estar presente en la mayoría de estos, sobre todo si es de dificultad para iniciar el sueño. Los trastornos de ansiedad generalizada y la depresión son causas habituales de estas alteraciones⁽¹⁷⁾.

Existen dos tipos de tratamiento para los problemas de sueño: el tratamiento farmacológico y el tratamiento psicológico. Dentro de este último, la hipnosis se ha usado para favorecer el sueño durante la noche⁽¹⁸⁾. Aunque la palabra hipnosis proviene del griego *hypnos* que significa sueño, la actividad cerebral de ambos estados es diferente⁽¹⁹⁾. El sueño se caracteriza por tener el desacoplamiento de percepción y falta de respuesta para el medio ambiente mientras que el trance hipnótico es descrito como un estado de conciencia de alta sugestionabilidad, que no conduce necesariamente a dormir. La actividad cerebral del estado de la hipnosis es similar a la del estado de vigilia y claramente diferente de la actividad de sueño⁽²⁰⁾.

De acuerdo a la Sociedad de Hipnosis Psicológica de la Asociación Americana de Psicología⁽²¹⁾ la hipnosis es un estado de conciencia que implica la atención enfocada y la reducción de la conciencia periférica que se caracteriza por una mayor capacidad de respuesta a la sugestión. Esta técnica ha formado parte de intervenciones psicológicas para atender los efectos de múltiples condiciones oncológicas y sus tratamientos, se ha utilizado para proporcionar comodidad física y psicológica a las personas con diagnóstico de cáncer durante casi 200 años, mostrando que puede ser un medio eficaz para el control de la angustia en las mujeres que están experimentando los procedimientos de diagnóstico de cáncer de mama con problemas de sueño^(22,23).

La hipnosis puede aplicarse como técnica aislada o como parte de otras terapias⁽²⁴⁾. Cuando se usa como coadyuvante de otras intervenciones ayuda a las pa-

cientes a manejar de mejor manera sus problemas psicológicos, médicos y calidad de vida⁽²⁵⁾, entonces recibe el nombre de hipnoterapia que se refiere a cualquier tipo de intervención psicoterapéutica que se realiza utilizando el estado hipnótico como contexto⁽¹⁹⁾.

Existen pocos estudios que hayan investigado el efecto de la hipnosis en la calidad de sueño en pacientes con cáncer de mama. Los estudios de Peynovska et al.⁽²⁶⁾; Wrights et al.⁽²⁷⁾ encontraron que la hipnosis era eficaz para mejorar la calidad de sueño de las pacientes con cáncer a partir de pocas sesiones, sin embargo, no usaron instrumentos de evaluación del sueño, el grupo estaba conformado por pacientes con diferentes tipos de cáncer y no contaban con un grupo control. Plaskota et al.⁽²⁸⁾ usaron la hipnosis exclusivamente en pacientes con cáncer de mama y encontraron una mejoría significativa en el insomnio usando la escala Verran y Snyder-Halpert, después de cuatro sesiones. Jensen et al.⁽²⁹⁾ en su estudio piloto también encontraron que la intervención impacta positivamente en el sueño, sin embargo tiene menor tamaño de la muestra y carece de grupo control.

En este estudio se analizarán los efectos de la hipnoterapia como una herramienta terapéutica en la calidad de sueño de las pacientes con cáncer de mama comparado con un grupo control usando el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, con el fin de mejorarla y comprobar su efecto a largo plazo.

MÉTODO

Se utilizó un Diseño Cuasi-experimental.

Esta investigación forma parte de un estudio más amplio donde se miden variables como la calidad de vida, optimismo, depresión, estrés percibido, autoestima, apoyo social y algunas células del sistema inmunológico, sin embargo por la relevan-

cia de la frecuencia de los problemas de sueño en pacientes con cáncer de mama es que en este trabajo se decidió evaluar la calidad de sueño específicamente.

La muestra estuvo conformada por un total de 40 pacientes con cáncer de mama, el cual se dividió en dos grupos de 20 pacientes cada uno, ambos en los primeros estadios, sin recibir quimioterapia y sin intervención hipnoterapéutica previa. La muestra tuvo un rango de edad de 35 a 77 años y una media de 52,2. Los datos sociodemográficos se muestran en la tabla 1.

Genchi et al.⁽³¹⁾ y es un cuestionario auto-aplicable que proporciona una calificación global de la calidad del sueño.

Consta de 24 preguntas, de las cuales solo 19 se califican para obtener una puntuación global de la calidad de sueño y que a su vez se agrupan en siete componentes (calidad subjetiva del sueño, latencia, duración, eficiencia habitual, alteraciones, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna) de los cuales se obtienen puntuaciones parciales de 0 a 3. La suma del puntaje de los siete componentes arroja el puntaje de

Tabla 1. **Datos sociodemográficos.**

Variable	Grupo hipnosis	Grupo control
Edad M(DE)	52 (8,8)	52,3 (11,0)
Estado civil %		
Soltera	10,0	15,0
Casada	45,0	65,0
Unión libre	15,0	5,0
Separada	15,0	10,0
Viuda	15,0	5,0
Hijos %		
Si	100	85,0
No	0	15,0
Nivel Socioeconómico %		
Bajo	55	25
Medio	45	75

En el transcurso de la segunda fase de intervención, abandonaron el estudio voluntariamente dos pacientes del grupo de hipnoterapia y tres pacientes del grupo control.

Instrumentos

Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI)

Fue elaborado por Buysse et al.⁽³⁰⁾ y se utilizó la versión en español de Jimenez-

la Calidad Global de Sueño. El rango del puntaje global es de 0 a 21, una puntuación global mayor a 5 es un punto de corte clínico, que ayuda a discriminar entre mala y buena calidad de sueño^(30,31).

Consistencia interna del instrumento versión español: 0,78

Esta escala se ha convertido en un instrumento estándar para medir la calidad de sueño durante el mes previo a la evaluación.

Escala de Susceptibilidad Hipnótica Stanford, Forma C (SHSS:C; Weitzenhoffer y Hilgard)⁽³²⁾

Es una escala estandarizada y ampliamente reconocida para medir la susceptibilidad hipnótica de las personas. Su aplicación es de forma individual con una duración aproximada de 60 minutos. Consta de 12 reactivos de dificultad progresiva, cada reactivo se califica con 1 ó 0, que indica si la paciente respondió o no a las sugerencias, por lo tanto la calificación varía entre 0 y 12. Cuatro de los reactivos son ideo-motores, mientras que los otros ocho corresponden a distintas alteraciones perceptuales.

En esta investigación se utilizó la adaptación mexicana de la SHSS:C que cuenta con propiedades psicométricas comparables a la escala original y a las otras adaptaciones internacionales, la cual fue estandarizada por Sánchez-Armás et al.⁽³³⁾ encontrando que el puntaje promedio para esta población era de 7,56 (SD=2,29) con una fiabilidad de 0,77 lo que lo convierte en un instrumento útil en el uso clínico y experimental de la hipnosis en México.

PROCEDIMIENTO

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Bioética del Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Las pacientes fueron remitidas por el oncólogo participante de la investigación y firmaron un consentimiento informado. Las primeras 20 pacientes contactadas fueron invitadas al grupo de hipnoterapia y las siguientes 20 pacientes participaron en el grupo control, el cual solo llevó el tratamiento médico estándar.

El grupo de intervención recibió 12 sesiones de hipnoterapia, con una frecuencia de 3 veces por semana dirigidas a disminuir el estrés, aumentar la autoestima y calidad de vida utilizando técnicas sugesti-

vas y de imaginación guiada. Además se le proporcionó a las pacientes un reproductor con las sesiones pregrabadas con el fin de que realizaran los ejercicios en su casa los días que no acudían a las sesiones para reforzar el tratamiento. Posteriormente se dio seguimiento con un bloque de 12 sesiones más, dirigidas a reforzar las sesiones anteriores y además disminuir náuseas y vómitos, fatiga y calidad de sueño con un espacio de quince días entre sesiones, durante aproximadamente seis meses.

La intervención con hipnoterapia fue realizada por el psiterapeuta parte del equipo de investigación con entrenamiento en hipnosis clínica.

Cada intervención hipnoterapéutica tuvo una duración promedio de 15 minutos y la segunda parte con la aplicación de una técnica de imaginación guiada para fortalecer el sistema inmunológico desarrollada por Battino & South⁽³⁴⁾ con una misma duración.

Las mediciones con el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh se realizaron antes de iniciar el tratamiento de hipnoterapia, al finalizar el bloque intensivo de las 12 sesiones que equivalen a 4 semanas de tratamiento y posteriormente al término del bloque de 12 sesiones, aproximadamente seis meses después.

Al finalizar la primera fase de intervención se aplicó la Escala de Susceptibilidad Hipnótica Stanford para conocer la susceptibilidad hipnótica de las pacientes que recibieron hipnoterapia.

Para el segundo grupo que no recibió intervención con hipnoterapia, únicamente se tomaron en cuenta los tiempos en referencia al primer grupo, donde se realizó la medición antes del inicio de la quimioterapia, al mes y los seis meses, realizando de esta manera las mediciones lo más similares posibles en tiempo, en función al primer grupo. El tratamiento de quimioterapia inició entre la segunda y tercera sesión de intervención.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron capturados y analizados en el paquete SPSS versión 21. Se realizaron los análisis descriptivos se obtuvieron los puntajes de diferencia (Gain Score) de los grupos con las evaluaciones pre y post, mismos que fueron utilizados para el análisis de comparación realizado con ANOVA de un factor.

Para medir el impacto del tratamiento sobre la calidad de sueño se obtuvo el tamaño del efecto con la *d* de Cohen con la fórmula recomendada por Morris⁽³⁵⁾. Cohen⁽³⁶⁾ planteó que el tamaño del efecto es un complemento necesario para las pruebas de hipótesis y propone tres puntos de corte, cuando el valor de *d* es igual o mayor a 0,20 equivale a un tamaño del efecto pequeño, cuando es mayor o igual a 0,50 es mediano y superior a 0,80 es grande. En la evaluación de los cambios en la calidad de vida relacionada a la salud se ha encontrado que un tamaño del efecto mayor o igual a 0,50 se correlaciona con un cambio clínicamente significativo⁽³⁷⁾. Esto se utilizó como referencia en este estudio para evaluar los cambios en la calidad de sueño.

Se utilizó la prueba exacta de Fisher para conocer el número de pacientes que

obtuvieron una mejoría en la calidad de sueño global por debajo del punto de corte de 5.

Además se llevó a cabo el análisis de correlación de Pearson entre los componentes del ICSP y la escala de susceptibilidad hipnótica Stanford (SSHS:C) para conocer la relación entre dichas variables.

RESULTADOS

Como se puede ver en la tabla 2, el grupo de hipnoterapia mostró una disminución en los siete componentes del ICSP en comparación con el control, indicando una mejoría en la calidad de sueño después de 12 sesiones de intervención aunque solo cuatro de ellos resultaron significativos: la latencia de sueño ($F=6,55$, $p=0,01$, $d=-0,87$), la duración del dormir ($F=9,10$, $p=0,00$, $d=-0,96$), la eficiencia del sueño ($F=11,20$, $p=0,000$, $d=-1,03$) y la calidad de sueño global ($F=12,11$, $p=.00$, $d=-0,92$).

Después de 24 sesiones de hipnoterapia, en el grupo de intervención los resultados se mantuvieron constantes en la disminución de los puntajes en los componentes del ICSP, mientras que el grupo control incrementó sus puntajes indicando una disminución en su calidad de sueño.

Tabla 2. **Análisis de comparación después de 12 sesiones.**

Variables	12 sesiones			
	M (sd) hipnosis	M (sd) control	F (p)	<i>d</i>
Calidad de sueño subjetiva	-0,35 (0,81)	-0,25 (0,63)	0,28 (0,59)	-0,15
Latencia de sueño	-0,50 (0,31)	0,50 (1,1)	6,5 (0,01)*	-0,87
Duración del sueño	-0,70 (0,08)	0,30 (0,92)	9,10 (0,00)*	-0,96
Eficacia de sueño	-0,85 (0,30)	0,40 (0,31)	11,20 (0,00)*	-1,03
alteraciones	0,05 (0,41)	0,01 (0,45)	0,17 (0,67)	0
Uso de medicación hipnótica	-0,31 (0,58)	-0,20 (0,76)	0,00 (0,98)	0,33
Disfunción diurna	-0,65 (0,98)	-0,30 (1,17)	0,93 (0,34)	-0,33
Calidad de sueño global	-3,25 (3,4)	-0,52 (1,28)	12,11 (0,00)*	-0,92

Tabla 3. **Análisis de comparación después de 24 sesiones.**

Variables	24 sesiones			
	M(sd)hipnosis	M(sd)control	F(p)	d
Calidad subjetiva de sueño	-0,22 (1,00)	-0,05 (,89)	0,46 (0,50)	-0,12
Latencia de sueño	-0,12 (1,82)	0,47 (1,62)	1,40 (0,24)	-0,52
Duración de sueño	-0,37 (1,40)	0,29 (1,53)	2,35 (0,13)	-0,68
Eficacia de sueño	-0,62 (1,40)	0,41 (1,58)	4,60 (0,04)*	-0,85
Alteraciones de sueño	0,05 (0,42)	-0,05 (0,74)	0,32 (0,57)	0,30
Uso de medicación hipnótica	0,35 (0,99)	0,00 (1,17)	0,64 (0,42)	0,26
Disfunción diurna	-0,83 (0,98)	-0,52 (1,28)	0,29 (0,59)	-0,24
Calidad de sueño global	-1,68 (5,68)	0,52 (5,16)	1,90 (0,17)	-0,60

Sin embargo, en el análisis de comparación, únicamente resultó estadísticamente significativo y con un tamaño del efecto grande el componente de eficiencia del sueño ($F=4,60$, $p=0,04$, $d=-0,85$) (ver la tabla 3). Los componentes de latencia de sueño ($d=-0,52$), duración del dormir ($d=-0,68$) y calidad de sueño global ($d=-0,60$), obtuvieron un tamaño del efecto de mediano a grande, lo que se considera clínicamente significativo⁽³⁷⁾, sin alcanzar la significancia estadística.

Resultados del Test exacto de Fisher

Al evaluar el número de pacientes que mostraron una mejoría o deterioro clínico, tomando como punto de corte 5 en la calidad global de sueño del ICSP, se obtuvieron los siguientes datos:

Antes del inicio de la intervención, el número de pacientes del grupo de hipnoterapia ($n=17$) que presentaban una puntuación mayor a 5 en el ICSP, es decir, una mala calidad de sueño, lo cual era significativamente mayor ($p=0,001$) respecto al grupo control ($n=9$).

Después de 12 sesiones estas diferencias dejaron de ser significativas ($p=0,62$) indicando una mejoría en el grupo de intervención, ya que en el grupo de hipnoterapia el número de pacientes con mala calidad de sueño disminuyó de 85% ($n=17$) a 50% ($n=10$).

Al término de 24 sesiones, el número de pacientes del grupo control con buena calidad de sueño había disminuido de un 55% ($n=11$) a un 35% ($n=6$), mientras que el grupo de hipnoterapia mantuvo su mejoría ($p=0,030$).

Tabla 4. **Resultados test exacto de Fisher**

	Inicio		12 sesiones		24 sesiones	
	H	C	H	C	H	C
>5	17	9	10	10	8	11
<5	3	11	10	10	8	6
p	0,001*		0,62		0,030	

Resultados de la Escala de Susceptibilidad Hipnótica Stanford (SHSS:C)

Se obtuvo una media de 8,5 y una desviación estándar de 1,8.

En cuanto al análisis de correlación entre la SHSS:C y los componentes de ICSP, solo se encontró una relación negativa y significativa entre el componente de alteraciones de sueño y la susceptibilidad hipnótica. ($r=-0,590$, $p=0,013$). Lo que indica que a mayor susceptibilidad hipnótica, menos alteraciones de sueño en las pacientes.

DISCUSIÓN

En este estudio se muestra la eficacia de la hipnoterapia en la calidad de sueño de las pacientes con cáncer de mama usando el ICSP. La calidad del sueño comprende aspectos cuantitativos y cualitativos^(30,31), la hipnoterapia impacta positivamente en ambos aspectos, ya que los componentes de la calidad de sueño que se vieron más favorecidos con este tipo de intervención son la latencia, duración, eficiencia y calidad de sueño global, los cuales presentaron una mejoría estadística y clínicamente significativa después de las primeras 12 sesiones. Al concluir la segunda fase, solamente el componente de eficiencia de sueño mantuvo la mejoría estadística y clínicamente significativa, mientras los otros tres componentes solo mantuvieron mejoría clínica.

Es importante hacer notar que la mejora del sueño en el grupo de hipnoterapia ocurrió durante el tratamiento de quimioterapia, que resulta ser invasivo y agresivo para la calidad de vida de la paciente, mientras que el grupo control sufrió un deterioro en la calidad de sueño.

La mejoría de la calidad de sueño en los pacientes con cáncer de mama es importante, ya que el sueño es un proceso esencialmente restaurativo en el cual se

secreta la melatonina la cual se ha relacionado con el fortalecimiento del sistema inmunológico e inhibe el crecimiento de las células tumorales⁽¹⁶⁾. Un sueño de buena calidad en la noche, además de favorecer un funcionamiento cognitivo y emocional óptimo, también facilita la recuperación de los efectos dañinos del tratamiento⁽⁷⁾.

Los resultados obtenidos en esta investigación concuerdan con otros estudios que muestran que la hipnosis reduce significativamente la latencia⁽³⁸⁾ y la eficacia del sueño, la cual indica que las pacientes perciben que su sueño es reparador⁽³⁹⁾.

Las intervenciones específicas para los síntomas de calidad de sueño antes del tratamiento pueden mejorar la frecuencia y la gravedad de los mismos durante la quimioterapia⁽⁴⁰⁾. Se ha reportado que la hipnosis mejora el sueño en los pacientes oncológicos desde las primeras sesiones⁽²⁶⁾, sin embargo, es importante mantener estos efectos ya que las alteraciones de sueño se reportan durante todo el proceso de tratamiento médico y están relacionadas con síntomas que disminuyen la calidad de vida, como fatiga, ansiedad y síntomas depresivos^(4,20). En este estudio la intervención también se aplicó antes y durante el tratamiento médico, obteniéndose una mejoría en la calidad de sueño.

Este estudio muestra los beneficios de la hipnoterapia en el sueño de los pacientes con cáncer de mama, sin embargo, a pesar de su utilidad en este y en otras áreas de la psicología de la salud⁽⁴¹⁾, su uso en hospitales y clínicas es escaso, por lo tanto se recomienda que la hipnoterapia pueda ser parte del tratamiento integral del paciente oncológico. Algunos obstáculos para su aplicación por parte de los profesionales de la salud son la falta de capacitación y certificación profesional en hipnosis clínica. Además de las razones religiosas y mitos que prevalecen debido a la falta de información⁽⁴²⁾.

En cuanto a las limitaciones del estudio se encuentran el tamaño de la muestra y la falta de aleatorización en la asignación de las pacientes a los grupos, esta falta de aleatorización produjo que hubiera diferencias significativas en el pre tratamiento a favor del grupo control. Por lo anterior se creyó conveniente utilizar el puntaje de cambio (*Gain Score*) en lugar del puntaje bruto en los análisis estadísticos con el fin de medir el cambio real producido por el tratamiento. Se recomienda realizar diseños aleatorios con un grupo control que pueda reproducir este estudio y corroborar los resultados, también es recomendable comparar la eficacia de otras técnicas terapéuticas con la hipnoterapia para observar los beneficios reales de esta última.

CONCLUSIÓN

Un sueño adecuado en términos de la cantidad y de la calidad, es un componente esencial de cualquier programa general de salud, la calidad de sueño afecta también la calidad de vida, es por ello de gran beneficio el contrarrestar estos síntomas colaterales en los pacientes oncológicos con esta afección.

Según los datos analizados podemos concluir que la hipnoterapia es efectiva para la mejora de los componentes de la calidad de sueño de las pacientes con cáncer de mama. Mejorando significativamente la calidad de sueño obtenida en cuatro de los siete componentes que conforman el ICSP, incluyendo la mejoría en la calidad de sueño global que se mantiene aun después de seis meses de seguimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Font A, Rodríguez E, Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 2007;4:423-46.
2. Martín-Angulo M, Arrollo-Yustos M, Villalobos-León ML. Breast cancer. *Medicine* 2013;11:1629-1640. Doi: 10.1016/S0304-5412(13)70517-1
3. Palesh O, Peppone L, Innominato PF, Janelins M, Jeong M, Sprod L, et al. Prevalence, putative mechanisms, and current management of sleep problems during chemotherapy for cancer. *Nat Sci Sleep* 2012;4:151-62. Doi: 10.2147/NSS.S18895
4. Enderlin C, Coleman E, Cole C, Richards KC, Hutchins LF, Sherman AC. Sleep across chemotherapy treatment: A growing Concern for women older than 50 with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2010;37:314-24. Doi: 10.1188/10.ONF.461-468.
5. Thomas K, Bower J, Hoyt MA, Sepah S.I. Disrupted sleep in breast and prostate cancer patients undergoing radiation therapy: The role of coping processes. *Psychooncology*. 2010;19:767-76. Doi: 10.1002/pon.1639.
6. Berger AM1, Kuhn BR, Farr LA, Lynch JC, Agrawal S, Chamberlain J, et al. Behavioral therapy intervention trial to improve sleep quality and cancer-related fatigue. *Psychooncology* 2009;18:634-46. Doi: 10.1002/pon.1438
7. Barichello E, Sawada N, Megumi Sonobe H, Fontão Zago MM. La calidad del sueño en pacientes sometidos a cirugía oncológica. *Rev Latin-Ama Enfermagen* 2009;17:42-9. Doi:10.1590/S0104-11692009000400008
8. Furlani R, Ceolim M, F, Calidad de sueño en mujeres con cáncer ginecológico y mamario. *Rev Latin-Ama Enfermagen* 2006;14:39-46.
9. Demiralp M, Oflaz F, Komurcu S. Effects of relaxation training on sleep quality and fatigue in patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy. *J Clin Nurs* 2010;19:1073-83. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03037.x
10. Domínguez Pérez S, Oliva Díaz M, Rivera Garrido N. Prevalencia de deterioro

- ro del patrón de sueño en estudiantes de enfermería en Huelva. *Enfermería Global* 2007;11:1-2.
11. Kakizaki M, Inoue K, Kuriyama S, Sone T, Matsuda-Ohmori K, Nakaya N, et al. Sleep duration and the risk of prostate cancer: The Ohsaki Cohort Study. *Br J Cancer* 2008;99:176-8. Doi:10.1038/sj.bjc.6604425
 12. Wu A, Wang R, Koh WP, Stanczyk FZ, Lee HP, Yu MC. Sleep duration, melatonin and breast cancer among Chinese women in Singapore. *Carcinogenesis* 2008;29:1244-8. Doi: 10.1093/carcin/bgn100
 13. McElroy JA1, Newcomb PA, Titus-Ernstoff L, Trentham-Dietz A, Hampton JM, Egan KM. Duration of sleep and breast cancer risk in a large population-based case-control study. *J Sleep Res* 2006;15:241-9. Doi: 10.1111/j.1365-2869.2006.00523.x
 14. Schernhammer ES1, Hankinson SE, Rosner B, Kroenke CH, Willett WC, Colditz GA, et al. Job stress and breast cancer risk. *Am J Epidemiol* 2004;160:1079-86. Doi: 10.1093/aje/kwh327
 15. Viswanathan SR1, Powers JT, Einhorn W, Hoshida Y, Ng TL, Toffanin S, et al. Lin28 promotes transformation and is associated with advanced human malignancies *Nat Genet* 2009;41:843-8 Doi: 10.1038/ng.392
 16. Blask DE. Melatonin, sleep disturbance and cancer risk. *Sleep Med Rev* 2009;13:257-64. Doi: 10.1016/j.smr.2008.07.007.
 17. Sierra J, Zubeidat I, Delgado Domínguez CJ, Zubeidat I Evaluación de la relación entre rasgos psicopatológicos de la personalidad y la calidad de sueño. *Salud Mental*. 2005;28:13-21
 18. Téllez A, *Trastornos del Sueño: Diagnóstico y Tratamiento*. México: Ed. Trillas, 1998.
 19. Téllez A, *Hipnosis Clínica. Un enfoque ericksoniano*. México: Trillas 2007.
 20. Graci GM, Hardie JC. Evidenced-based hypnotherapy for the management of sleep disorders. *J Clin Exp Hypn* 2007;55:288-302. Doi: 10.1080/00207140701338662
 21. American Psychological Association. The Official Division 30 Definition and Description of Hypnosis. The Society of Psychological Hypnosis. En línea [Acceso el 10 de enero de 2015]. Disponible en: <http://psychologicalhypnosis.com/?s=definition&searchsubmit=Search> 2014.
 22. Montgomery G, Schnur JB, Kravits K. Hypnosis for cancer care: Over 200 years Young. *CA Cancer J Clin* 2013;63:31-44.
 23. Santana J, Bernal G, Rodríguez L, Gómez K, Morales J. Asuntos conceptuales, metodológicos y éticos de la hipnosis como terapia psicológica adjunta al tratamiento del cáncer de mama. *Salud Sociedad*. 2012;3:212-36.
 24. Moix J, Casado I. Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica Salud* 2011;22:41-50. Doi:10.5093/cl2011v22n1a3.
 25. Mendoza E, Capafons A. Eficacia de la hipnosis clínica: resumen de su evidencia empírica. *Pap Psicol* 2009;30:98-116.
 26. Peynovska R, Fisher J, Oliver D. Efficacy of hypnotherapy as a supplement therapy in cancer intervention. *Europ J Clin Hypn* 2005;6:2-7.
 27. Wright S1, Courtney U, Crowther D. A quantitative and qualitative pilot study of the perceived benefits of autogenic training for a group of people with cancer. *Europ J Cancer Care* 2002;11:122-30.
 28. Wright S1, Courtney U, Crowther D. A hypnotherapy intervention for the treatment of anxiety in patients with cancer receiving palliative care. *Inter J Palliat Nurs* 2012;18:69-75.
 29. Jensen MP1, Gralow JR, Braden A, Gertz KJ, Fann JR, Syrjala KL. Hypnosis for symptom management in women with breast cancer: A pilot study. *Inter J Clin Exp Hyp* 2012;60:135-59. Doi: 10.1080/00207144.2012.648057
 30. Buysse DJ1, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh

- Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28:193-213.
31. Jiménez-Genchi A, Monteverde-Maldonado E, Nenclares-Portocarrero A, Esquivel-Adame G, De la Vega-Pacheco A. Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gaceta Médica de México* 2008;144:491-6.
 32. Weitzenhoffer AM, Hilgard ER, Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1962.
 33. Sánchez-Armáss O, Barabasz AF. Mexican norms for the Stanford Hypnotic Susceptibility Scale. *J Clin Exp Hypn* 2005;53:321-31.
 34. Battino R, South TL, Ericksonian Approaches. A Comprehensive Manual, 2nd. Carmarthen: Crown House Publishing, 2005.
 35. Morris SB. Estimating effects sizes from pretest-posttest-control-group designs. *Organ Res Methods*. 2008;11:364-86.
 36. Cohen J, Statistical power analysis. Current directions in psychological sciences. 1992;1:98-101. Doi:10.1111/1467-8721.ep10768783
 37. Norman GR, Sloan JA, Wyrwich KW. Interpretation of changes in health-related quality of life: The remarkable universality of half a standard deviation. *Med Care* 2003;41:582-92.
 38. Abramowitz EG, Barak Y, Hypnotherapy in the treatment of chronic combat related PTSD patients suffering from insomnia: A randomized, zolpidem-controlled clinical trial. *J Clin Exp Hypn* 2008;56:270-80. Doi:10.1080/00207140802039672.
 39. Wright C, Schnur J, Montgomery G, Bovbjerg D. Psychological factors associated with poor sleep prior to breast surgery: An exploratory study. *Behav Med* 2010;36:85-91. Doi: 10.1080/08964280903521305.
 40. Liu L, Fiorentino L, Natarajan L, Parker BA, Mills PJ, Sadler GR, et al. Pretreatment symptom cluster in breast cancer patients is associated with worse sleep, fatigue and depression during chemotherapy. *Psychooncology* 2009;18:187-94.
 41. Desai G1, Chaturvedi SK, Ramachandra S. Hypnotherapy: Fact or fiction: A review in palliative care and opinions of health professionals. *Indian J Palliat Care* 2011;17:146-9. Doi: 10.4103/0973-1075.84537.
 42. Weisenberg MB. 50 years of hypnosis in medicine and clinical health psychology: A synthesis of culture crosscurrents. *Am J Clin Hypn* 2008;51:13-27. Doi:10.1080/0029157.2008.10401639.

