



CALIDAD DE SUEÑO EN MUJERES VÍCTIMAS DE ASALTO SEXUAL EN BOGOTÁ

Franklin Escobar Córdoba¹, Jorge Oscar Folino²,
Javier Eslava Schmalbach³

1. MD. Profesor Asociado de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Magíster en Psiquiatría Forense, Candidato a Doctor en Ciencias Médicas Universidad de La Plata.
2. MD. MPF. PhD. Profesor Adjunto de Psiquiatría, Universidad Nacional de La Plata. Director de la Maestría en Psiquiatría Forense, Universidad Nacional de La Plata. Director del Programa Piloto de Evaluación de Riesgo de Liberados de la Procuración General de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires.
3. MD. MSc. PhD candidato, Profesor Asociado del Instituto de Investigaciones Clínicas. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

* Correspondencia: feescobar@unal.edu.co

Resumen

Antecedentes: las alteraciones del sueño están presentes en víctimas de asalto sexual, siendo importante determinar su frecuencia, comorbilidad y asociaciones posibles.

Objetivos: determinar la prevalencia de alteraciones del sueño y explorar la calidad del sueño en una muestra de mujeres víctimas de asalto sexual en Bogotá.

Material y métodos: estudio descriptivo transversal, realizado en 2004, en una muestra de mujeres víctimas de asalto sexual que aceptaron participar en la investigación mediante consentimiento informado. Se aplicaron las escalas de autoevaluación validadas nacionalmente: índice de calidad de sueño de Pittsburgh y escala de somnolencia de Epworth.

Resultados. Las mujeres estudiadas fueron jóvenes, de estrato socioeconómico bajo y medio, la mayoría sin relación de pareja estable, con talla de 1.59 m. en promedio (IC95%=1.55-1.61), peso de 52 Kg. en promedio (IC95%=48.77-55.45) y un promedio de IMC de 21.28 (IC95%=20.16-21.77). Se encontró somnolencia diurna excesiva en 10/34 (29.41%) víctimas, mala calidad de sueño en 22/34 (64.71%), eficiencia inadecuada del sueño en 18/34 (52.94%), perturbaciones del sueño en 20/34 (52.94%), síntomas presuntivos de trastornos respiratorios ligados al sueño y consumo de hipnóticos en 9/34 (26.47%); insomnio y pesadillas en 23/34 (67.65%), hallazgos similares a los informados en otros estudios.

Conclusión. La prevalencia de alteraciones del sueño y la calidad de sueño en la población estudiada es cuantitativamente importante y simi-

lar a la encontrada en otros estudios.

Palabras claves: epidemiología, prevalencia, trastornos del sueño, trastornos por excesiva somnolencia, violación.

Summary

Background: sleep disorders area present in victims of sexual assault, being important to determinc ist possible frequency, comorbidity and associations.

Objective: to determine the prevalence of sleep disorders and explore the sleep quality in a group of female victims of rape in Bogota.

Material and methods: a cross-sectional descriptive study was conducted in 2004 with a sample of female victims of rape who provided their consent to participate in the study. Nationwide validated self-rating scales were used as measures: Pittsburgh Sleep Quality Index and Epworth Sleepiness Scale.

Results. The young women who were recruited had the following characteristics: they had a low-moderate socio-economical condition; the majority had no partner; mean height = 1.59 m. (IC 95%=1.55-1.61); mean weight = 52 Kg. (IC 95%=48.77-55.45) and mean BMI=21.28 (IC 95%= 20.16-21.77). Daily excessive somnolence was found in 10/34 (29.41%) victims; low quality of sleep, in 22/34 (64.71%) victims; reduced sleep efficiency, in 18/34 (52.94%) victims; sleep perturbations, in 20/34 (52.94%); presumptive symptoms of respiratory sleep disorders and consumption of hypnotics, in 9/34 (26.47%) victims; and insomnia and nightmares in 23/34 (67.65%) victims. These findings are similar to others reported by different authors.

Conclusion. The prevalence of sleep disorders and the disturbance of quality of sleep in the study sample were quantitatively significant and similar to other studies.

Key words: disorders of excessive somnolence, epidemiology, prevalence, rape, sleep disorders.

Introducción

En el III Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM - 2003) en Colombia, al igual que en anteriores, no se evaluaron los trastornos del sueño en la población general (1). Sin embargo, sí se obtuvieron datos sobre la prevalencia de los trastornos mentales más importantes en nuestro país, tales como prevalencia alta de depresión y un poco menos de ansiedad, tanto en la vida como en el último año (1). Por ejemplo, la ansiedad se ha reportado comúnmente en pacientes insomnes, comparada con la población general, en este sentido, entre el 25-40 por ciento de los insomnes presentan una significativa ansiedad y se calcula que un 90 por ciento presenta alteraciones del sueño ligadas a la depresión (2). Por otra parte, es bien conocido que los trastornos del sueño son una patología frecuente en todas partes (3).

El insomnio y otras patologías del sueño son queja frecuente entre las alteraciones psiquiátricas. El primero se considera un factor de riesgo para la recaída de la depresión, la psicosis, el alcoholismo, los trastornos ansiosos y el empeoramiento de la salud en víctimas de situaciones traumáticas (4). Debido a la inexistencia de datos epidemiológicos nacionales, se podría estimar de acuerdo con datos norteamericanos (5), que en Colombia cerca del 77 por ciento de las mujeres víctimas de asalto sexual podría presentar alteraciones del sueño.

Las víctimas de delitos sexuales se han estudiado desde numerosos puntos de vista, sin embargo, aunque se conoce que sufren de perturbaciones del



sueño luego del acto violento del cual han sido objeto, existe poca literatura sobre tales alteraciones del sueño. Estas alteraciones se han descrito por varios autores a lo largo de la historia y se han relacionado con la presencia de trastorno por estrés postraumático (TEPT) y otros trastornos psiquiátricos (5-9). Existen informes publicados por el grupo de investigación encabezado por Krakow pionero en discutir la relación entre el insomnio y las pesadillas presentes en víctimas de asalto sexual con TEPT (5-9). Este grupo plantea la existencia de comorbilidad somnológica en el TEPT y afirma que no se pueden atribuir siempre el insomnio y las pesadillas, principales alteraciones del sueño, a esta entidad mental, como propias de la misma patología, sino que se deben investigar y descartar otros trastornos primarios del sueño como el síndrome de apnea hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS), el síndrome de resistencia aumentada de las vías aéreas superiores (SRVAS), los movimientos periódicos de las piernas o extremidades (MPP) y el síndrome de piernas inquietas (SPI) (5-9). De todas maneras, existen pocos estudios polisomnográficos que respalden estas alteraciones desde el punto de vista etiológico en víctimas de asalto sexual, debido al alto costo de los mismos y a lo dispendioso de los estudios del laboratorio de sueño (10).

Para las víctimas de asalto sexual el insomnio y las pesadillas, son quejas muy importantes y frecuente motivo de consulta, aunque muchas veces estos síntomas no se tienen en cuenta para el diagnóstico y su tratamiento adecuado. Es bien conocida la relación existente entre el insomnio y el TEPT y se ha demostrado como las situaciones violentas, entre otras, las sufridas por ataques o agresiones contra la integridad y la libertad sexual contribuyen a la aparición de alteraciones del sueño (11-20).

Los costos económicos generados por la aten-

ción a víctimas de asalto sexual son considerables y las consecuencias del no tratamiento de las alteraciones del sueño, se pueden traducir no sólo en recaída de la psicopatología de base si no, también, en disfunción diurna, menor rendimiento laboral, pobre calidad de vida y mayor número de accidentes. Los costos directos del insomnio incluyen, por ejemplo: costos de hipnóticos, consultas a psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, pruebas diagnósticas y tratamientos realizados por somnólogos (3).

Entre las víctimas de asalto sexual se informa una prevalencia del 77-80 por ciento de perturbaciones del sueño, principalmente dadas por insomnio, pesadillas y trastornos respiratorios ligados al sueño (5-9). Krakow y otros reportaron que 77 por ciento (120/156) en una muestra de víctimas de asalto sexual tenían quejas sobre el sueño y que de este grupo presentaban trastornos respiratorios ligados al sueño 52 por ciento (81/156) y trastornos del movimiento durante el sueño 60 por ciento (94/156) (21). Este autor, encontró una correlación importante entre un índice elevado de masa corporal (IMC), síntomas de hiperactivación y una mayor severidad del TEPT (21).

En Colombia, el Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) informó altos índices de criminalidad relacionados con la libertad, integridad y formación sexual. En el año 2002 se realizaron en Colombia 14.421 dictámenes sexológicos. En Bogotá, se practicaron 3.746 exámenes a posibles víctimas de delitos sexuales (22) (Tabla 1). Como se puede observar, existe la posibilidad de desarrollar alteraciones del sueño no sólo debido a la violencia general reinante en nuestro país, sino también, debido al importante número de agresiones sexuales, principalmente contra las mujeres 3.089 (82.5%) vs. 657

Tabla 1. Resultado del dictamen sexológico según edad y género Bogotá, enero - diciembre 2002. CRNV – INMLCF

Edad	G é n e r o					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
00 - 01	19	0.7	2	0.3	21	0.6
01 - 04	352	11.4	84	12.7	436	11.6
05 - 09	728	23.6	192	29.2	920	24.3
10 - 14	876	28.5	157	23.8	1033	27.6
15 - 17	404	13.2	36	5.4	440	11.8
18 - 44	635	20.6	138	21.0	773	20.6
45 y más	44	1.5	28	4.6	72	1.9
Sin dato	31	1.0	20	3.0	51	1.4
Total	3.089	100.0	657	100.0	3.746	100.0

(17.5%) hombres en Bogotá. Tales agresiones se convierten en factores desencadenantes de la psicopatología que se observa clínicamente en estas víctimas (22).

Se desconoce la prevalencia de las alteraciones somnológicas en mujeres asaltadas sexualmente en nuestro medio y ello amerita un estudio riguroso. También resulta valioso estudiar el tema desde el punto de vista de la prueba pericial, para contribuir a que se hagan evidentes los signos y síntomas clínicos presentes que demuestren la verdad objetiva en la investigación de los accesos carnales violentos.

Las alteraciones del sueño en mujeres víctimas de estos actos delictivos de tipo sexual; específicamente el insomnio, las pesadillas y los trastornos respiratorios ligados al sueño, han constituido el centro de atención de grupos de investigación y fueron el objetivo del presente estudio, dadas las significativas consecuencias, tanto en el ámbito de su salud como en los aspectos forenses, laborales, económicos y de funcionamiento social (5-10).

La escasa información hace que sea elemental determinar la prevalencia de alteraciones somnológicas en esta población, por lo que el pro-

pósito de este estudio fue determinar la prevalencia puntual en el último mes, de trastornos del sueño en un grupo de mujeres víctimas de asalto sexual que acudieron al INMLCF en Bogotá.

Material y métodos

Para comenzar el estudio se realizó una búsqueda electrónica previa en las bases de datos Medline (Pubmed, Gateway), Bireme, Lilacs, PsycINFO, PsycLIT, OVID, Hinari y Cochrane Library. Cruzando las palabras claves identificadas como términos Medical Subject Headings (MESH) “Disorders of Excessive Somnolence”, “Sleep Disorders”, “Stress Disorders, Post-Traumatic”, “Epidemiology”, “Prevalence” and “Rape”, en diversas combinaciones, se incluyó todo tipo de artículos publicados en diferentes idiomas, desde 1966 a 2005. Se seleccionaron artículos con los siguientes criterios de inclusión: estudios en humanos, género femenino, de 19 a 44 años de edad. Así se obtuvieron 16 artículos. De estos artículos se leyeron los resúmenes y los que tenían que ver con el objetivo principal del estudio se buscaron en las bases de datos y se obtuvo el texto completo.

La información obtenida sirvió de base para planear este estudio descriptivo transversal, llevado



a cabo en una población de mujeres mayores de 18 años de edad que asistieron a evaluaciones médico legales durante el año 2004 a las diferentes Unidades Locales del INMLCF de Bogotá. La recolección de la muestra tuvo una duración de siete meses (febrero a agosto de 2004). Las mujeres fueron seleccionadas de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, durante el período de recolección de la información y aceptaron participar en el estudio, mediante consentimiento informado y por escrito.

Se calculó una muestra representativa con el programa EpiInfo Versión 6.04 Encuesta Poblacional, con base en datos de la población atendida para el 2002 (Tabla 1. N=635 mujeres asaltadas sexualmente de 18 a 44 años en Bogotá), una prevalencia esperada del factor principal estudiado (alteraciones del sueño) en las mujeres expuestas a asalto sexual de 0.77, con una prevalencia mínima encontrada de 0.52 de acuerdo con la literatura, con un nivel de confianza del 99.9 por ciento y una población blanco dada por el número total de peritajes (635) realizados en el año 2002 en Bogotá por el INMLCF en mujeres de 18 a 44 años. Se agregó un 10 por ciento más por no-respuesta. El N obtenido fue de 29 más tres (10%) para un total de 32 casos. Se realizó un muestreo no probabilístico consecutivo. No se incluyeron menores de 18 años de edad, porque era necesario contar con el consentimiento informado de los padres, lo cual dificultaba su participación en el estudio. Tampoco ingresaron mayores de 44 años de edad por tener una prevalencia alta de alteraciones del sueño que constituían un sesgo al evaluar el resultado esperado. Los criterios de inclusión fueron: ser mujer adulta, vivir en Bogotá, saber leer y escribir, tener antecedente de asalto sexual confirmado por examen médico forense y aceptar participar en el estudio mediante consentimiento informado escrito.

Los instrumentos de medición usados para la evaluación de las alteraciones del sueño validados previamente fueron el índice de calidad del sueño de Pittsburg versión colombiana (ICSP-VC) y la escala de somnolencia de Epworth versión colombiana (ESE-VC) (23,24). Estos dos instrumentos se describen a continuación.

El índice de calidad del sueño de Pittsburg.

En 1988, Buysse et al diseñaron el ICSP con la intención de disponer de un instrumento que analizase la calidad del sueño y que pudiera ser usado en ensayos clínicos, enseguida fue ampliamente usado y adoptado (23, 25,26). Es un cuestionario autoadministrado. Consta de 19 ítems autoevaluados por el paciente y cinco ítems evaluados por el compañero/a de cama. Los 19 ítems analizan los diferentes factores determinantes de la calidad del sueño, que se agrupan en siete componentes: calidad del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna (25). La fiabilidad medida como consistencia interna “alfa de Cronbach” fue elevada tanto en la versión original como en la validación colombiana y las puntuaciones de los ítems, los componentes y la global se mantuvieron estables a lo largo del tiempo “Test - retest” (25). Cada componente se puntúa de 0-3. De la suma de los siete componentes se obtiene la puntuación total del ICSP que oscila de 0 a 21 puntos (a mayor puntuación peor calidad de sueño). En el trabajo de Buysse, los datos de validez predictiva hallados para un punto de corte de cinco (mayor de 5=malos dormidores) la sensibilidad fue del 89.6 por ciento y la especificidad del 86.5 por ciento (25).

La escala de somnolencia de Epworth. La ESE evalúa la propensión a quedarse dormido en ocho situaciones sedentarias diferentes. Esta escala es autoadministrable y brinda opciones de respuesta para cada ítem, con puntuaciones

posibles de 0-3. Al final se obtienen puntajes acumulativos que oscilan entre 0 y 24, donde los puntajes altos representan un mayor grado de somnolencia (27). En 1991, Johns planteó un nuevo método para la medición de la somnolencia diurna excesiva, diseñado para ser diligenciado en forma sencilla por el paciente (27). Se desarrolló así una herramienta útil, de fácil uso e implementación y de bajo costo que se correlaciona de manera confiable con la prueba patrón de oro y tiene una finalidad diagnóstica. La ESE es un método simple y aplicable a pacientes adultos con somnolencia diurna persistente. La ESE tuvo un nivel de consistencia interna alto medido por un α de Crombach de 0.88 con resultados similares en la validación colombiana (24,27).

El análisis estadístico de los datos propuesto fue de tipo descriptivo con el uso de estadística no paramétrica dado que el comportamiento de las variables no fue normal. La base de datos se generó en una hoja electrónica del programa Excel de Microsoft Office Profesional y se transportó para su análisis al paquete estadístico Stata versión 8.1 y se usaron medidas de frecuencia.

Para el estudio se consideraron las variables operacionalizadas que se describen a continuación. Alteraciones del sueño: calidad subjetiva, latencia, duración, eficiencia y perturbaciones del sueño (tener que levantarse para ir al baño, no poder respirar bien, toser o roncar ruidosamente, sentir frío, sentir calor, tener «malos sueños» o pesadillas y tener dolores), uso de medicación para dormir, disfunción diurna, calidad del sueño, somnolencia y otras variables: edad, género, estrato socioeconómico, estado civil, procedencia e índice de masa corporal (IMC). Estas fueron dicotomizadas teniendo en cuenta la existencia o no de un patrón de normalidad, según las instrucciones para el análisis de cada uno de los instrumentos de medición utilizados

(ICSP-VC, ESE-VC).

La realización de la presente investigación se adecua a las recomendaciones para investigación biomédica de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, está en conformidad con todos los artículos dispuestos en la resolución No 8430 de 1993 del Ministerio de La Protección Social, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación y acogió los “derechos de las víctimas de asalto sexual” normatizados en la Ley 360 de 1997 sobre Delitos Sexuales (modificada por la Ley 599 de julio 24 de 2000) contemplados en el Artículo 15 donde se anota que las personas víctimas de delitos sexuales tienen derecho a: ser tratadas con dignidad, ser tratadas con privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social, ser informadas de los procedimientos legales y de los servicios disponibles para atender las necesidades que haya generado el delito, recibir atención médica integral gratuita, ser informada sobre la posibilidad de acceder a la indemnización de los perjuicios ocasionados, recibir servicio gratuito de orientación, consejería y tratamiento psicológico e información y tratamiento sobre anticoncepción de emergencia.

En los casos que se encontraron condiciones que requerían tratamiento psiquiátrico se dieron las recomendaciones pertinentes. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, por la División de Investigación del INMLCF y por el Departamento de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata.

Resultados

El grupo de víctimas estudiadas mostró las



Tabla 2. Distribución variable somnolencia según la ESE-VC.

Puntaje de la ESE-VC*	No. (%)
Menor de 7	15 (44.12)
8 - 9	7 (20.59)
10 - 15	9 (26.47)
16 - 24	3 (8.82)
Total	34 (100.00)

siguientes características en promedio:

Talla = 1.59 m. (IC95%=1.55-1.61),
Peso = 52 Kg. (IC95%=48.77-55.45) e
IMC = 21.28 (IC95%=20.16-21.77).

El promedio de edad fue 24.08, SD=6.77, rango de 18-41. La mediana de la edad fue de 21.5 con IC95%=20-23.68. La distribución de la variable estrato socioeconómico fue bajo en 24/34 (70.59%) víctimas y medio en 10/34 (29.41%). La distribución del estado civil fue 28/34 (82.35%) solteras y separadas y 6/34 (17.65%) casadas o en unión libre.

Somnolencia diurna excesiva y puntaje total del ICSP-VC. Mediante la aplicación de la ESE-VC se encontró que 24/34 (70.59%) víctimas presentaron puntuaciones totales menores o iguales a 10 en esta escala, puntaje considerado normal. Puntajes mayores de 10, considerados equivalentes a somnolencia excesiva diurna, se encontraron en 10/34 (29.41%) víctimas (Tabla 2). Con la aplicación del ICSP-VC se logró determinar la presencia de un buen o mal dormir en estas víctimas en el mes anterior a la entrevista. Se encontró 12/34 (35.29%) víctimas que presentaron puntuaciones totales menores o iguales a 5 en esta escala, puntaje considerado normal para esta población. Puntajes mayores de 5, considerados patológicos, se encontraron en 22/34 (64.71%) víctimas.

Calidad subjetiva, latencia, duración y efi-

ciencia del sueño. Con el uso de los distintos componentes del ICSP-VC se logró estimar estas variables del sueño en las víctimas estudiadas en el mes anterior a la entrevista realizada. Al explorar la calidad subjetiva del sueño se encontró que 16/34 (47.06%) víctimas la calificaron como: “muy buena o bastante buena”, categoría considerada normal. La calidad subjetiva del sueño “bastante mala o muy mala”, considerada patológica, se halló en 18/34 (52.94%) víctimas. Una latencia del sueño inadecuada se considera de acuerdo con la definición universal como un insomnio de conciliación de tipo crónico. Al explorar este dominio se encontró que 17/34 (50.00%) víctimas presentaron una latencia normal del sueño. La latencia inadecuada del sueño, se halló en la otra mitad de víctimas. Una duración inadecuada del sueño en el último mes se considera de acuerdo con la definición universal cuando es menor de siete horas por noche. Al explorar este dominio se encontró que 7/34 (20.59%) víctimas presentaron una duración adecuada del sueño y 27/34 (79.41%) una inadecuada. La eficiencia del sueño (número total de horas dormidas/número total de horas en cama) por 100 en el último mes se consideró inadecuada cuando fue menor del 85% de acuer-

Tabla 3. Distribución de la variable duración de sueño.

Tiempo total de sueño	No. (%)
Mayor de 7 horas	7 (20.59)
6 a 7 horas	12 (35.29)
5 a 5.59 horas	10 (29.41)
Menor de 5 horas	5 (14.71)
Total	34 (100.00)

Tabla 4. Distribución variable eficiencia de sueño según porcentaje.

Eficiencia de sueño	No. (%)
Mayor de 85%	16 (47.06)
75% - 84%	7 (20.59)
65% - 74%	4 (11.76)
Menor de 65%	7 (20.59)
Total	34 (100.00)

Tabla 5. Distribución de la variable perturbaciones del sueño.

VARIABLES	N = 34 (%)
Tener problemas para dormir a causa de:	
despertarse durante la noche o de madrugada	
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana.	11/34 (32.35%)
Una o más veces a la semana.	23/34 (67.65%)
tener que levantarse para ir al baño	
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana.	25 (73.53%)
Una o más veces a la semana.	9 (26.47%)
no poder respirar bien	
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana.	24 (70.59%)
Una o más veces a la semana.	10 (29.41%)
toser o roncar ruidosamente	
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana.	25 (73.53%)
Una o más veces a la semana.	9 (26.47%)
sentir frío	
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana.	11 (32.35%)
Una o más veces a la semana.	23 (67.65%)
sentir calor	
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana.	24 (70.59%)
Una o más veces a la semana.	10 (29.41%)
“tener malos sueños” o pesadillas	
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana.	11 (32.35%)
Una o más veces a la semana.	23 (67.65%)
tener dolores	
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana.	24 (70.59%)
Una o más veces a la semana.	10 (29.41%)

do con la definición universal. Al explorar este dominio se encontró que en 16/34 (47.06%) víctimas era adecuada y en 18/34 (52.94%) era patológica (Tablas 3 y 4).

Puntaje total de las perturbaciones del sueño. El puntaje total de perturbaciones del sueño se considera inadecuado, de acuerdo con la calificación del ICSP, cuando es mayor de 10 puntos. Al explorar este dominio se halló que 14/34 (41.18%) víctimas presentaron un puntaje total no mayor de 10 puntos, categoría considerada normal. Un puntaje total mayor de 10 puntos, considerado patológico, se halló en 20/34 (52.94%) víctimas. Mediante el uso de los componentes del ICSP-VC se logró estimar las variables “tener problemas para dormir a causa de

despertarse durante la noche o de madrugada”, “tener que levantarse para ir al baño”, “no poder respirar bien”, “toser o roncar ruidosamente”, “sentir frío”, “sentir calor”, “tener dolores” y “tener malos sueños o pesadillas” durante el mes anterior a la entrevista. Si la respuesta fue “una o más veces a la semana”, se consideró, de acuerdo con la calificación del ICSP, como un patrón inadecuado sueño. Al explorar los dominios de la escala usada se encontró lo apreciado en la tabla 5.

Uso de medicación para dormir y disfunción diurna. El consumo de hipnóticos se consideró positivo cuando se obtuvo la respuesta “más de una vez a la semana” fueran formulados o autorecetados durante el último mes, según la



definición de la escala. Al explorar esta pregunta se halló que 25/34 (73.53%) víctimas no consumieron hipnóticos y que 9/34 (26.47%) lo hicieron. En cuanto a la calidad de la vigilia, si la respuesta fue de disfunción una o más veces a la semana, se consideró alterada, según la definición de la escala. Al explorar esta pregunta se halló que 15/34 (44.12%) víctimas no tuvieron disfunción diurna y que 19/34 (55.88%) los tuvieron.

Discusión

Este es uno de los primeros estudios en la literatura colombiana que examina la prevalencia de trastornos del sueño en una población de víctimas de asalto sexual. Los resultados hallados para la mayoría de las variables estudiadas muestran frecuencias elevadas de estas alteraciones en la población estudiada. La muestra fue representativa de mujeres adultas víctimas de asalto sexual y los hallazgos muestran aspectos interesantes dignos de discusión. Se encontraron datos similares a otros estudios hechos en poblaciones anglosajonas, aunque algo menores las frecuencias, si se tienen en cuenta los puntajes totales de la ESE-VC compatibles con somnolencia diurna excesiva encontrados en 10/34 (29.41%) víctimas y el puntaje total del ICSP- VC, asimilable a mal dormir, que se halló en 22/34 (64.71%) víctimas comparados con los datos aportados por Krakow y otros (5-10).

Por otra parte, al analizar los distintos subdominios del ICSP-VC se halló una calidad subjetiva inadecuada del sueño calificada por las víctimas como “bastante mala o muy mala”, en 18/34 (52.94%) víctimas, dato que llama la atención pues indica una percepción subjetiva algo menor respecto a las 22/34 (64.71%) víctimas que indicaron un puntaje total del ICSP-VC de mal dormir. También la latencia inadecuada del sue-

ño, se halló en la mitad de las (50.00%) víctimas, correspondiente a insomnio de conciliación, presente en trastornos por ansiedad y síndrome de piernas inquietas como causas más frecuentes. Llamó la atención que la duración del sueño en el último mes fuera inadecuada en 27/34 (79.41%) víctimas, dato que se podría asociar con la variable pobre función diurna encontrada en 19/34 (55.88%) víctimas, significando que se trata de un grupo de mujeres con importantes alteraciones del sueño probablemente secundarias o agravadas por el asalto sexual, situación que podría ser clarificada con un diseño de estudio de tipo causal. De igual forma, la eficiencia del sueño menor del 85% encontrada en 18/34 (52.94%) víctimas indica junto a los otros datos mencionados, que la muestra estudiada es un grupo de mujeres jóvenes privadas de sueño, con mal funcionamiento en su vigilia y una pobre eficiencia del sueño, hallazgos comunes para edades mucho mayores (28). También si se aprecian los datos obtenidos para insomnio crónico intermitente o de despertar temprano, se halló que la mayoría de las víctimas lo sufren 23/34 (67.65%). Proporción casi el doble del registro mundial de 35 por ciento, lo que podría estar relacionado obviamente con el estrés desencadenante sufrido por estas mujeres (3, 29,30).

En síntesis, se encuentra correspondencia en los datos obtenidos mediante los instrumentos de medición usados, que indican graves problemas de sueño que ameritan intervención diagnóstica y tratamiento para esta población de mujeres.

Vale mencionar que la presencia de insomnio y pesadillas en mujeres asaltadas sexualmente, se ha encontrado con bastante frecuencia en este estudio al igual que otros referidos (5-10); se halló una alta prevalencia de insomnio de despertares múltiples y de madrugada y pesadillas en 23/34 (67.65%) e insomnio de concilia-

ción en 17/34 (50.00%) víctimas, datos que podrían indicar la presencia de un TEPT o depresión importante en estas mujeres, ya que estos síntomas son cardinales en dicho trastorno mental.

En cuanto al uso de medicación para dormir se halló que 9/34 (26.47%) víctimas usó hipnóticos en el último mes, dato muy superior a los hallados en el II ENSM donde se informa un 1.6 por ciento de prevalencia mensual de consumo de hipnóticos en personas víctimas para un rango de edad de 20 a 24 años (31). Una probable explicación para este consumo de hipnóticos bastante superior es la prevalencia alta de insomnio crónico y otras alteraciones del sueño ya descritas.

Al igual que en otros estudios, se encontró que las variables puntuadas para este grupo de víctimas de asalto sexual que sirven para sospechar trastornos respiratorios del sueño (SAHOS, SRAVAS) son altas respecto a la población general, por ejemplo, llama la atención que la ESE-VC mayor de 10 se halló en 10/34 (29.41%) víctimas mostrando un porcentaje muy alto para la edad y el IMC normal de la muestra. Si aunamos que se hallaron perturbaciones del sueño mayor de 10 puntos en 14/34 (41.18%) víctimas y que en las variables con alteraciones respiratorias, 9/34 (26.47%) víctimas se levantaban para ir al baño y tosían o roncaban ruidosamente, 10/34 (29.41%) víctimas no podían respirar bien y 19/34 (55.88%) presentaron disfunción diurna, se podría pensar en la presencia de alteraciones respiratorias del sueño que se deberían diagnosticar y tratar tempranamente en esta población.

Este estudio permite estimar la importancia de los trastornos del sueño en la población estudiada a un bajo costo comparado con otros medios. Este detalle es importante si se contempla que para

muchas víctimas es una queja muy importante consultada con frecuencia y numerosas veces subtratada y mal diagnosticada. Existen pocos estudios que usen la polisomnografía en muestras poblacionales grandes que demuestren estas alteraciones desde un punto de vista etiológico en la población general, debido al alto costo de los mismos y lo dispendioso del estudio (10).

Mediante el uso de instrumentos de medición validados en nuestro medio se pudo establecer que las víctimas de asalto sexual adultas y jóvenes presentan una frecuencia importante de alteraciones del sueño, aunque con las limitaciones dadas por el uso de instrumentos de medición de autoreporte que son subjetivos y la carencia de estudios de sueño, que son dispendiosos y costosos. Vale considerar para estudios futuros la asociación causal entre alteraciones del sueño y asalto sexual pues algunos estudios han explorado inicialmente esta hipótesis y han abierto nuevas explicaciones al problema (32).

Conclusión

La presencia de alteraciones del sueño en mujeres asaltadas sexualmente en Bogotá es importante y se debe considerar como uno de los problemas de salud pública que afectan a la población femenina en edad de mayor productividad, con las correspondientes consecuencias al ser trastornos subdiagnosticados y subtratados con bastante frecuencia. El haber determinado la magnitud del problema de las alteraciones del sueño en una población de víctimas de asalto sexual, permite tener una información crucial para hacer estudios sobre tratamiento y argumentar estrategias de control de estas alteraciones en los programas de soporte a estas pacientes, sobre considerando la alta prevalencia hallada en esta población.



Agradecimientos

Los autores del estudio agradecen a los médicos forenses de las Unidades Locales del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Regional Bogotá, por su colaboración y facilitación en la recolección de la muestra investigada.

Referencias

1. **Posada-Villa JA.** III Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 2003. Bogotá DC. Ministerio de Protección Social. República de Colombia. 2003.
2. **Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, Gillin JC.** Sleep and psychiatric disorders: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 1992; 49:651-58.
3. **Walsh J, Ustun TB.** Prevalence and health consequences of insomnia. *Sleep.* 1999; 22: 427-36.
4. **Youakim JM, Doghramji K, Schutte SL.** Post-traumatic stress disorder and obstructive sleep apnea. *Psychosomatics.* 1998; 39:168-171.
5. **Krakow B, Germain A, Warner TD, Schrader R, Koss M, Hollifield M, Tandberg D, Melendrez D, Johnston L.** The relationship of sleep quality and posttraumatic stress to potential sleep disorders in sexual assault survivors with nightmares, insomnia, and PTSD. *J Trauma Stress.* 2001; 14:647-65.
6. **Nishith P, Resick PA, Mueser KT.** Sleep difficulties and alcohol use motives in female rape victims with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress.* 2001; 14:469-79.
7. **Krakow B, Melendrez D, Johnston L, Warner TD, Clark JO, Pacheco M, Pedersen B, Koss M, Hollifield M, Schrader R.** Sleep-disordered breathing, psychiatric distress, and quality of life impairment in sexual assault survivors. *J Nerv Ment Dis.* 2002; 190:442-52.
8. **Krakow B, Melendrez D, Pedersen B, Johnston L, Hollifield M, Germain A, Koss M, Warner TD, Schrader R.** Complex insomnia: insomnia and sleep-disordered breathing in a consecutive series of crime victims with nightmares and PTSD. *Biol Psychiatry.* 2001; 49:948-53.
9. **Clum GA, Nishith P, Resick PA.** Trauma-related sleep disturbance and self-reported physical health symptoms in treatment-seeking female rape victims. *J Nerv Ment Dis.* 2001; 189:618-22.
10. **Breslau N, Roth T, Burduvali E, Kapke A, Schultz L, Roehrs T.** Sleep in lifetime posttraumatic stress disorder: a community-based polysomnographic study. *Arch Gen Psychiatry.* 2004; 61:508-16.
11. **Montgomery E, Foldspang A.** Traumatic experience and sleep disturbance in refugee children from the Middle East. *Eur J Public Health.* 2001; 11:18-22.
12. **Van Winkle E.** The toxic mind: the biology of mental illness and violence. *Med Hypotheses.* 2000; 55:356-68.
13. **Krakow B, Hollifield M, Schrader R, Koss M, Tandberg D, Lauriello J, McBride L, Warner TD, Cheng D, Edmond T, Kellner R.** A controlled study of imagery rehearsal for chronic nightmares in sexual assault survivors with PTSD: a preliminary report. *J Trauma Stress.* 2000; 13:589-609.
14. **Krakow BJ, Melendrez DC, Johnston LG, Clark JO, Santana EM, Warner TD, Hollifield MA, Schrader R, Sisley BN, Lee SA.** Sleep Dynamic Therapy for Cerro Grande Fire evacuees with post-traumatic stress symptoms: a preliminary report. *J Clin Psychiatry.* 2002; 63:673-84.
15. **Koren D, Arnon I, Lavie P Klein E.** Sleep complaints as early predictors of posttraumatic stress disorder: a 1-year prospective study of injured survivors of motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry.* 2002; 159:855-7.
16. **Fenwick P.** Sleep and sexual offending. *Med Sci Law.* 1996; 36:122-34.
17. **Kuch K, Cox BJ.** Symptoms of PTSD in 124 survivors of the holocaust. *Am J Psychiatry.* 1992; 149:337-40.
18. **Astrom C, Lunde I, Ortman J, Boysen G, Trojborg W.** Sleep disturbances in torture survivors. *Acta Neurol Scand.* 1989; 79:150-4.
19. **Burgess AW, Holmstrom LL.** Rape trauma syndrome. *Am J Psychiatry.* 1974; 131:981-6.
20. **Caldwell BA, Redeker N.** Sleep and trauma: an overview. *Issues Ment Health Nurs.* 2005; 26:721-38.
21. **Krakow B, Germain A, Tandberg D, Koss M, Schrader R, Hollifield M, Cheng D, Edmond T.** Sleep breathing and sleep movement disorders masquerading as insomnia in sexual-assault survivors. *Compr Psychiatry.* 2000; 41:49-56.
22. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Medicina Legal en Cifras.* Bogotá. 2002. Disponible desde: URL: <http://www.medicinalegal.gov.co/>
23. **Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J.** Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Rev Neurología.* 2005;40:150-55.

24. **Chica-Urzola H.** Validación colombiana de la escala de somnolencia de Epworth [disertación]. Bogotá (Colombia): Universidad Nacional de Colombia; 2005.
25. **Buysse DJ, Reynolds III ChF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ.** The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research.* 1989; 28:193-213.
26. **Royuela RA, Macías FJ.** Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño.* 1997; 9: 81-94.
27. **Johns MW.** A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep.* 1991;14: 540-45.
28. **Vaughn W.** Sleep in the elderly: burden, diagnosis, and treatment. *J Clin Psychiatry.* 2004; 6:9-20.
29. **Vela-Bueno A, de Iceta M, Fernández C.** Prevalencia de los trastornos del sueño en la ciudad de Madrid. *Gac Sanit.* 1999; 13:441-48.
30. **Blanco M, Kriber N, Cardinali DP.** A survey of sleeping difficulties in an urban Latin American population. *Rev Neurol.* 2004;39:115-9.
31. **Torres GY, Montoya ID.** II Estudio de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas Colombia 1997. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud.
32. **Ohayon MM, Shapiro CM.** Sleep disturbances and psychiatric disorders associated with posttraumatic stress disorder in the general population. *Compr Psychiatry.* 2000;41:469-78.

