



**Universidad Nacional de La Plata
Facultad de Ciencias Médicas
Departamento de Graduados
Maestría en Psiquiatría Forense**

*Alteraciones del sueño y estrés postraumático en víctimas
de asalto sexual en Bogotá. Estudio de cohorte.*

Autor:
Franklin Escobar Córdoba M.D.

DIRECTOR DE TESIS:
Profesor Jorge Oscar Folino MD, MPF, PhD.

Bogotá - La Plata
2004



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS LISTADO DE AUTORIDADES

<u>SEÑOR DECANO</u> Prof. Dr. Miguel Vicente SALVIOLI
Señora Vicedecana Prof. Dra. Irma Nelva TACCONI
Señor Secretario Académico Prof. Dr. Enrique PEREZ ALBIZU
Señor Secretario de Extensión Universitaria Prof. Dr. Jorge FOLINO
Señor Secretario de Asuntos Estudiantiles Dr. Guillermo PRAT
Señor Secretario Docente Asistencial Prof. Dr. Fernando CURCIO
Señor Secretario de Supervisión Administrativa Alfredo Ricardo GILES
Señora Secretaria Administrativa Norma FORTUNATO
Prosecretaria de Ciencia y Técnica Prof. Dra. Ana Lía ERRECALDE
Director del Departamento de Graduados Prof. Dr. Jorge MARTINEZ

Director del Hospital Universitario Integrado Prof. Dr. Rodolfo Eduardo HERNÁNDEZ
--

Señor Asesor de Gestión Dr. Felipe COMPOAMOR

Director de la Escuela Universitaria de Recursos Humanos del Equipo de Salud Prof. Dr. Ricardo LANGARD

CONSEJEROS SUPERIORES

Claustro Profesores

Prof. Dr. Horacio Luis BARRAGAN
 Prof. Dr. Jorge Oscar FOLINO

Claustro Estudiantil

Sr. Ramiro BERDESEGAR

CONSEJEROS ACADÉMICOS

Claustro Profesores

Prof. Dr. Jorge Guillermo MARTÍNEZ
 Prof. Dr. Oscar León PESSINO
 Prof. Dr. Alberto Mario FONTANA
 Prof. Dra. Ana Lía ERRECALDE
 Prof. Dr. Pedro Omar BELLONI
 Prof. Dr. Julio HIJANO

Claustro Graduados

Dr. Guillermo PRAT
 Dr. Osvaldo SPINELLI

Claustro Estudiantil

Sr. Pablo MACIEL
 Srita. Anahí LANGER
 Sr. Ariel LONGUINHO
 Srita. Alejandra DAVILA

RESUMEN

Objetivo: Determinar alteraciones del sueño y síntomas por estrés postraumático en mujeres víctimas de asalto sexual que acudan al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Bogotá y evaluar la influencia causal mediante la mensura de la asociación entre exposición y eventos de manera comparativa con un grupo de mujeres no expuestas pareadas por edad, género y aportadas por la misma comunidad.

Diseño: Estudio de doble cohorte prospectivo, observacional, transversal y descriptivo.

Lugar: Bogotá.

Población de Estudio: Mujeres asaltadas sexualmente seleccionadas según criterios de inclusión y exclusión, durante el período de recolección de datos en la institución elegida que aceptaron participar en el estudio mediante consentimiento firmado y una cohorte no expuesta pareada.

Medición: Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg, Escala de Somnolencia de Epworth y Escala de Impacto de Eventos.

Resultados: Las cohortes fueron pareadas por edad, género, estrato socioeconómico, lugar, temporalidad, estado civil y su distribución no fue normal. Por azar la talla, peso e IMC resultaron similares. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables puntaje total calidad de sueño ($p=0.0007$), calidad subjetiva ($p=0.0000$), eficiencia ($p=0.0266$) y perturbaciones del sueño ($p=0.0001$), despertar de madrugada ($p=0.0213$), no respirar bien ($p=0.0020$), toser o roncar ($p=0.0215$), sentir frío ($p=0.0015$), sentir calor ($p=0.0078$), pesadillas ($p=0.0015$), consumo de hipnóticos ($p=0.0215$), disfunción diurna

($p=0.0002$) y síntomas por estrés postraumático ($p=0.0000$) y no significativas en somnolencia ($p=0.1094$), en latencia ($p=0.0768$) y duración del sueño ($p=0.4545$), ir al baño ($p=0.2668$) y sentir dolores ($p=0.3018$).

Conclusiones: La presencia de alteraciones del sueño y síntomas por estrés postraumático en víctimas de asalto sexual son estadísticamente significativas en comparación con una cohorte pareada no asaltadas en Bogotá.

Palabras claves: Trastornos del Sueño, Trastornos por Estrés Postraumático, Trastornos por Excesiva Somnolencia, Violación

SUMMARY

Objective: To determine sleep disorders and symptoms of post-traumatic stress disorder in women victims of sexual assault who go to the National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences in Bogotá and to evaluate the causal influence by means of the measure of the association between exposition and events of comparative way with a group of women no exposed matched up by age, sort and socioeconomic layer.

Design: Study of prospective double cohort, observacional, cross-sectional and descriptive.

Place: Bogotá.

Population of Study: Women examined by sexual assault selected according to criteria of inclusion and exclusion, during the period of data collection in the chosen institution. They accepted to participate in the study by means of signed consent and a cohort no exposed to sexual assault matched up.

Measurement: Pittsburgh Sleep Quality Index, Epworth Sleepiness Scale and Impact of Event Scale.

Results: The groups were matched up by age, sort, socioeconomic layer, place, civil state and their distributions were not normal. By chance the height, weight and BMI were similar. Were statistically significant differences in the variables sleep quality global score ($p=0.0007$), subjective sleep quality ($p=0.0000$), sleep efficiency ($p=0.0266$), sleep disturbances ($p=0.0001$), wake up in the middle of the night or early morning ($p=0.0213$), cannot breathe comfortably ($p=0.0020$), cough or snore loudly ($p=0.0215$), feel too cold ($p=0.0015$), feel too hot ($p=0.0078$), had bad dreams ($p=0.0015$), hypnotics use ($p=0.0215$), daytime dysfunction ($p=0.0002$), symptoms of post-traumatic stress disorder ($p=0.0000$)

and not significant differences in somnolence ($p=0.1094$), sleep latency ($p=0.0768$), sleep duration ($p=0.4545$), use the bathroom ($p=0.2668$) and have pain ($p=0.3018$).

Conclusions: The presence of sleep disorder and symptoms of post-traumatic stress disorder in victims of sexual assault are statistically significant in comparison with a matched cohort of women non assaulted in Bogotá.

Key words: Disorders of Excessive Somnolence, rape, Sleep Disorders, Stress Disorders, Post-Traumatic.

AGRADECIMIENTOS

El autor quiere agradecer al Profesor Doctor Jorge Oscar Folino MD, MPF, PhD, director de la presente tesis y del Magister en Psiquiatría Forense del Departamento de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata – Argentina por los comentarios y sugerencias realizadas durante el desarrollo del presente estudio, la elaboración de este manuscrito y las maravillosas enseñanzas recibidas durante los estudios de la maestría.

También agradezco 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.

DEDICATORIA

*Dedico esta tesis a Claudia María, David Felipe y Camilo Andrés,
quienes han sacrificado su tiempo y afecto para
permitirme el desarrollo de esta obra y a las
víctimas de asalto sexual quienes brindaron
desinteresadamente su información*

ÍNDICE

Facultad de Ciencias Médicas. Listado de Autoridades	2
Resumen	4
Summary	6
Agradecimientos	8
Dedicatoria	9
Índice	10
Capítulos	
Capítulo 1. Introducción	12
Capítulo 2. Marco Teórico	22
Capítulo 3. Metodología	28
Capítulo 4. Resultados	57
Capítulo 5. Discusión	100
Capítulo 6. Conclusiones	114
Bibliografía	123
Anexos	
1. Escala de somnolencia de Epworth versión colombiana.....	136
2. Índice de calidad de sueño de Pittsburgh versión colombiana.....	137
3. Escala de impacto de eventos de Horowitz.....	140

4. Declaración de Helsinki.....	141
5. Modelo de consentimiento informado.....	149
6. Derechos de las Víctimas de Asalto Sexual.....	151
7. Lista de Tablas.....	152
8. Glosario.....	158
9. Siglas.....	160

CAPITULO 1. INTRODUCCIÓN

Las alteraciones del sueño son frecuentes en la población general (1-3). Existen algunas condiciones que predisponen al sufrimiento de este tipo de alteraciones. Entre las más importantes están los trastornos mentales, enfermedades médicas generales, condiciones ambientales y como consecuencia de situaciones estresantes (4-6).

Debido a la no existencia de datos epidemiológicos nacionales, se estima de acuerdo con estudios de otros países, que en Colombia cerca del 23% de la población presenta alteraciones del sueño, teniendo en cuenta datos españoles de prevalencia para población adulta como la que se escogió en este estudio (1-3, 7).

Los diagnósticos psiquiátricos que se asocian con mayor frecuencia a las alteraciones del sueño son los trastornos afectivos, por ansiedad, relacionados con el uso de sustancias, psicosis y prácticamente cualquier trastorno mental en algún momento se puede acompañar de alteraciones del sueño (4,6).

Las víctimas de delitos sexuales han sido estudiadas desde numerosos puntos de vista, sin embargo, sobre alteraciones del sueño, existe poca literatura al respecto. Las víctimas de asalto sexual en general, sufren de perturbaciones del sueño, luego del acto violento que han padecido. Estas alteraciones han sido descritas por varios autores a lo largo de la historia y se han relacionado con la presencia de Trastorno por Estrés Postraumático (TPET) y otros trastornos psiquiátricos (8-18).

Las víctimas de asalto sexual en general sufren de TEPT en alrededor de un 50% de los casos. Dentro del cortejo de síntomas de alteraciones del sueño más frecuentes se encuentran las pesadillas, el insomnio y según investigaciones recientes, los trastornos respiratorios ligados al sueño, como el síndrome de apnea hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) y el síndrome de resistencia aumentada de vías aéreas superiores (SRVAS) (12-18).

El sueño es un fenómeno complejo y frágil, consume gran parte de la vida humana e influye de manera determinante en la vigilia. Para una vida sana y feliz, el sueño es una condición necesaria, no sorprende entonces, que ante una gran cantidad de problemas personales o médicos, el sueño sea una de las variables, que primero se afecta y aparezca el insomnio y en situaciones ansiogénicas las pesadillas (19).

Existe una relación directa entre el insomnio y alteraciones neurológicas y psiquiátricas. Dentro de las alteraciones psiquiátricas, el TEPT ocupa un lugar importante y es bien conocida la relación entre este y alteraciones del sueño. Igualmente, se ha demostrado como los sobrevivientes y víctimas de 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 (20-55).

La prevalencia de TEPT en Colombia es alta, se conoce que los hombres están más afectados que las mujeres y se piensa, que esto es debido al conflicto armado presente en el país. Sin embargo, no existen estudios publicados en mujeres adultas colombianas

expuestas a otro tipo de factores de estrés psicosocial, diferente al conflicto armado, como es el asalto sexual y sus repercusiones sobre el sueño y la interrelación sintomática (alteraciones del sueño y síntomas por estrés postraumático) (56,57).

Los costos económicos generados por la atención 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 (TEPT principalmente) si no también en un peor funcionamiento diurno, un menor rendimiento laboral, una menor calidad de vida y un mayor número de accidentes.

El haber determinado la magnitud del problema de las alteraciones del sueño y de síntomas por estrés postraumático, en una población femenina, víctimas de asalto sexual, permite tener una línea de base, para hacer estudios sobre tratamiento y argumentar estrategias de control de estas alteraciones en los programas de soporte a estas pacientes.

También permite encontrar parámetros clínicos para la evaluación forense, facilita la labor del perito cuando tiene que evaluar estos casos, puesto que se encuentran mayores alteraciones del sueño y síntomas por estrés postraumático, en el grupo de mujeres víctimas de asalto sexual comparado con la población de mujeres no expuestas. Para las ciencias forenses y jurídicas ayuda a determinar aún más la condición mental de las víctimas de asalto sexual, como las secuelas psíquicas y la necesidad de recibir una compensación al daño recibido (54).

Definición del Problema

Los trastornos del sueño son una patología frecuente, según datos de estudios internacionales cerca del 35% de los individuos, de todas las edades presenta en algún momento de su vida una alteración del sueño, siendo el insomnio la queja principal en adultos y ancianos (1-5). Los diferentes estudios epidemiológicos muestran prevalencias entre 13% y 49%, que varían por los diversos criterios usados (3). Vela-Bueno y otros, recientemente establecieron la prevalencia de los trastornos del sueño, en la ciudad de Madrid en población adulta (n=1.131 sujetos) e informaron que un 22,8% (IC 95%: 20,4-25,4) refería padecer alguna dificultad con el sueño (7). En víctimas de asalto sexual se informa una prevalencia del 77% al 80%, principalmente dada por insomnio, pesadillas y trastornos respiratorios ligados al sueño (8, 9,11-17).

Krakov y otros reportaron que el 77% (120/156) en una muestra de víctimas de asalto sexual tenían quejas sobre el sueño, de este grupo presentaban trastornos respiratorios ligados al sueño el 52% (81/156) y trastornos del movimiento durante el sueño 60% (94/156) (17). Estos autores, encontraron una correlación importante entre un Índice de Masa Corporal (IMC) elevado, síntomas de hiperactivación y una mayor severidad del TEPT.

El problema de los trastornos del sueño genera grandes costos al individuo y a la población en general. Los costos directos del insomnio incluyen, por ejemplo: costos de sustancias usadas para promover el sueño, visitas ambulatorias a psiquiatras, psicólogos, trabajadores

sociales, pruebas diagnósticas y tratamientos por somnólogos. Varios tipos de cuidados para el insomnio promovidos por organizaciones de salud mental, en pacientes hospitalizados y soporte de enfermería en casa para pacientes ancianos con insomnio (3).

En Colombia, en el Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM - 1997) no se evaluaron los trastornos del sueño en la población general (56). Sin embargo, si se obtuvo datos sobre la prevalencia del TEPT en Colombia. Uno de los hallazgos más preocupantes es la alta prevalencia tanto en la vida como en el último año, principalmente en los grupos de jóvenes y en el sector productivo de la población. Con una prevalencia de vida del 4.3%, llegando al doble en el grupo etáreo de 25 a 29 años con el 8.9% (56).

Indicadores de exposición en la vida muestran que más de una de cada cinco familias (22.7%) ha experimentado la muerte de un familiar por homicidio, 4.3% ha presentado miembros de la familia desaparecidos y el 1.7% ha tenido uno o más miembros secuestrados. Estos datos, ilustran la alarmante situación de violencia que vive Colombia, donde la mayoría de las personas sufren directa o indirectamente las consecuencias de este problema social. La prevalencia anual mostró que, con excepción de los trastornos por uso de sustancias, el trastorno más frecuente fue el TEPT. Este dato demuestra que una gran razón de la población padece las consecuencias psicológicas de traumas sufridos por las condiciones de vida a las que están sometidos (56).

Llama la atención la razón de hombres que en el último año presentó TEPT (5.9%) y la diferencia con el género femenino (4.7%). Este resultado puede estar asociado, al igual que

el anterior, a las condiciones de guerra a las que se esta viendo sometida una gran razón de los hombres en el país; quienes con frecuencia, se ven involucrados en el conflicto armado (56).

Por otra parte, las cifras de víctimas de delitos sexuales también son importantes. En Colombia el Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), presentó altos índices de criminalidad relacionados con la libertad, integridad y formación sexual. Encontró que para el año 2002, se realizaron en Colombia 14.421 dictámenes sexológicos. En Bogotá, se practicaron 3.746 exámenes a posibles víctimas de delitos sexual (57). Vea Tabla 1.

Tabla 1. Resultado del dictamen sexológico según edad y género

Bogotá, enero - diciembre 2002. CRNV – INMLCF*

Edad	Género				Total	
	Femenino		Masculino		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

*: Centro de Referencia Nacional sobre Violencia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Como se puede observar, no solo existe la posibilidad de desarrollar alteraciones del sueño y síntomas por estrés postraumático, debido a la violencia reinante en nuestro país, sino que también, hay un importante número de agresiones sexuales, principalmente contra las mujeres (3.089 (82.5%) mujeres vs. 657 (17.5%) hombres) en Bogotá según la fuente mencionada, que se convierten en factores desencadenantes de la psicopatología a estudio que se observa clínicamente en estas víctimas (57).

La prevalencia de alteraciones somnológicas y de síntomas por estrés postraumático en personas asaltadas sexualmente es desconocida en nuestro medio y amerita un estudio riguroso, como el que se pretende en esta investigación. La cantidad de delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana que las autoridades investigan y que necesitan celeridad y economía procesal, hace pertinente y conducente la prueba pericial, donde se hagan evidentes los signos y síntomas clínicos presentes que demuestren la verdad objetiva, para ser contextualizada en la investigación de los hechos.

Para este estudio, se seleccionó una población de mujeres víctimas de asalto sexual que asistieron a evaluaciones médico legales en las diferentes Unidades Locales de la Regional Bogotá del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (UL-RB-INMLCF) y un grupo de mujeres no expuestas, pareado por edad y género que pertenecían a la misma comunidad del caso expuesto, para esto se tuvo en cuenta el mismo nivel de estrato socioeconómico.

En Colombia, toda víctima de un delito sexual, una vez hecha la denuncia del hecho ante las autoridades de la Policía Nacional, debe ser valorada pericialmente por los médicos forenses y en ocasiones, cuando hay sospecha de perturbación psíquica, por psiquiatras forenses pertenecientes al INMLCF. Luego es remitida con los resultados de los exámenes y dictámenes practicados a la Fiscalía General de la Nación para el inicio de la investigación criminal correspondiente (58).

En Bogotá, las víctimas de delitos sexuales acuden a la práctica de exámenes sexológicos a las unidades locales con que cuenta el INMLCF: la Unidad Local de Delitos Sexuales (ULDS) es la más importante y es un centro de referencia médico forense que atiende integralmente a víctimas de delitos sexuales, pues en un mismo lugar se encuentran peritos, psicólogos, trabajadores sociales, fiscales e investigadores que atienden este tipo de delitos ocurridos en Bogotá. Esta también, la Unidad Local de Kennedy (ULK), la Unidad de Policía Judicial (UPJ), la Unidad Local de Atención al Menor (ULAM), la Unidad Local de la Granja (ULG), la Unidad Local de Ciudad Bolívar (ULCB) y la sede Centro. En estas unidades locales se realizó el presente estudio.

Con esta investigación se determinó las características y prevalencia de las alteraciones del sueño y síntomas por estrés postraumático en mujeres víctimas de asalto sexual en Bogotá. Las alteraciones del sueño, insomnio y pesadillas, han sido frecuentemente ligadas como síntomas importantes del TEPT en víctimas de asalto sexual. El interés principal de este estudio, fue demostrar la existencia de comorbilidad de estos síntomas mencionados (insomnio y pesadillas) con otras alteraciones primarias del sueño (SAHOS, SRAVAS,

movimientos periódicos de las piernas, principalmente) que permitan un mejor abordaje desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico a estas personas y evitar así, el enmascaramiento al que habitualmente han sido sometidas.

Por primera vez, se realizó un estudio de estas características en población colombiana, el cual se llevó a cabo en dos fases:

La primera etapa, que según el número de mediciones de las variables fue de corte transversal, no experimental, correlacional y prospectivo y según el control de las variables intervinientes fue: no experimental, prospectivo, transversal, correlacional y de cohorte.

La segunda etapa consistió en un estudio descriptivo de corte transversal.

En la primera etapa, el estudio analítico observacional de doble cohorte prospectiva pareada, evaluó a un grupo de mujeres expuestas y mujeres no expuestas a asalto sexual, para determinar la presencia de alteraciones del sueño y síntomas por estrés postraumático.

Se considera que las víctimas de asalto sexual presentan en su gran mayoría síntomas por TEPT y alteraciones del sueño en los seis meses siguientes al hecho ocurrido, por ello se consideró la evaluación de los sujetos expuestos a asalto sexual posterior a la ocurrencia de los hechos (11-21).

En la segunda etapa se realizó un estudio descriptivo transversal para establecer la prevalencia puntual en el último mes, de trastornos del sueño y síntomas por estrés postraumático en mujeres víctimas de asalto sexual en Bogotá con edades entre 18 y 44 años y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

Las alteraciones del sueño y los síntomas por estrés postraumático asociadas con estos actos delictivos de tipo sexual en mujeres, 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 que estos tienen en la mujer, tanto en el ámbito de su salud como en aspectos forenses, laborales, económicos y de su funcionamiento social (14-17).

El objetivo principal del estudio fue determinar la presencia de alteraciones del sueño y síntomas por estrés postraumático en una población de mujeres, víctimas de asalto sexual que acudieron al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en Bogotá y evaluar la influencia causal, mediante la mensura de la asociación, entre exposición y eventos de manera comparativa, con un grupo de mujeres no expuestas a asalto sexual, pareadas por edad, género y aportadas por la misma comunidad de las mujeres expuestas.

CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO

Los trastornos del sueño son una patología frecuente (1-3). En Colombia, no existen datos epidemiológicos sobre los diferentes trastornos del sueño. Si se conoce la prevalencia de vida del TEPT en la población establecida en 4.3% (4.7% en mujeres) (56). La ansiedad ha sido comúnmente reportada en pacientes insomnes, comparada con la población general, 25-40% de los insomnes presentan una significativa ansiedad (4,6).

El insomnio y otras quejas del sueño están presentes en las alteraciones psiquiátricas de manera importante. El insomnio se considera un factor de riesgo, para la recaída de varios trastornos mentales como la depresión, psicosis, alcoholismo, trastornos ansiosos y empeoramiento de la salud en víctimas de situaciones de gran estrés psicosocial como los asaltos sexuales (4, 55,59-61).

Los estudios sobre prevalencia de los trastornos del sueño en mujeres víctimas de asalto sexual son escasos. Existen informes publicados de las investigaciones del grupo de investigación encabezado por Krakow y otros, quienes han sido pioneros en discutir el paradigma tradicional, sobre el insomnio y las pesadillas presentes en víctimas de asalto sexual, con estrés postraumático (8,9, 13-17). Este autor plantea la existencia de comorbilidad somnológica en el estrés postraumático y afirma que no se puede achacar siempre el insomnio y las pesadillas, principales alteraciones del sueño, a esta entidad mental, como propias de la misma patología, sino que se debe investigar y descartar otros

trastornos del sueño primarios como el SAHOS, el SRVAS, los movimientos periódicos de las piernas o extremidades (MPP) y el síndrome de piernas inquietas (SPI).

Por otra parte, existe una pobre estimación de la importancia de los trastornos del sueño en la población afectada, aunque para las víctimas de asalto sexual es una queja muy importante y consultada con frecuencia, muchas veces es subtratada y mal diagnosticada. No existen estudios polisomnográficos grandes que demuestren estas alteraciones desde el punto de vista etiológico en víctimas de asalto sexual, debido al alto costo de los mismos y lo dispendioso del estudio.

La investigación en el mundo actual, converge a demostrar la comorbilidad entre trastornos del sueño primarios, TEPT y otros trastornos psiquiátricos, encontrando una razón importante de trastornos del sueño primarios en estos pacientes según varios estudios (53, 55,59-61). El insomnio y las pesadillas tan frecuentes en el TEPT pueden estar enmascarando otro tipo de alteraciones primarias del sueño, como los trastornos respiratorios ligados al sueño (SAHOS, SRAVAS) o el SPI y de MPP (13-17, 20). El no diagnosticar apropiadamente estas alteraciones del sueño primarias asociadas con el TEPT u otras alteraciones mentales, conlleva al tratamiento inadecuado, dado que sólo se estaría tratando algunos síntomas del cuadro clínico.

Para la elaboración del marco teórico se realizó una búsqueda electrónica en las bases de datos Medline (Pubmed, Gateway), Bireme, Lilacs, PsycINFO, PsycLIT, OVID y Hinari. Cruzando las palabras claves identificadas como términos Medical Subject Headings

(MESH) “rape” AND “Disorders of Excessive Somnolence”, “rape” AND “Sleep Disorders” y “rape” AND “Stress Disorders, Post-Traumatic”, se incluyó todo tipo de artículos publicados en diferentes idiomas, desde 1966 hasta la fecha septiembre de 2004. Luego se seleccionó artículos con los siguientes criterios de inclusión: Poblaciones de humanos, género femenino, de 0 a 44 años de edad. Con base en la búsqueda se obtuvo los siguientes resultados: “rape AND Disorders of Excessive Somnolence” 0 artículos, “rape AND Sleep Disorders” 8 artículos, “rape AND Stress Disorders, Post-Traumatic” 211 artículos y “rape AND Stress Disorders, Post-Traumatic AND Sleep Disorders” 6 artículos. De estos artículos se leyeron los resúmenes y los que tenían que ver con el objetivo principal de la tesis se buscaron en las bases de datos y se obtuvo el texto completo. Finalmente, se revisaron las referencias de los artículos encontrados en las bases de datos en texto completo.

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 OBJETIVO GENERAL:

2.1.1.1 Determinar la presencia de alteraciones del sueño y síntomas por estrés postraumático en una población de mujeres, víctimas de asalto sexual, que acudan al INMLCF en Bogotá y evaluar la influencia causal, mediante la mensura de la asociación entre exposición y eventos de manera comparativa, con un grupo de mujeres no expuestas a asalto sexual, pareadas por edad, género y aportadas por la misma comunidad de las mujeres asaltadas.

2.2.1 ESPECÍFICOS:

2.2.1.1 Determinar datos sociodemográficos en mujeres víctimas de asalto sexual y en un grupo de mujeres no asaltadas.

2.2.1.2 Estimar la calidad subjetiva del sueño en mujeres víctimas de asalto sexual y en un grupo de mujeres no asaltadas.

2.2.1.3 Estimar la latencia de sueño en mujeres víctimas de asalto sexual y en un grupo de mujeres no asaltadas.

2.2.1.4 Estimar la duración del sueño en mujeres víctimas de asalto sexual y en un grupo de mujeres no asaltadas.

2.2.1.5 Estimar la eficiencia habitual del sueño en mujeres víctimas de asalto sexual y en un grupo de mujeres no asaltadas.

2.2.1.6 Estimar las perturbaciones del sueño (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 “malos sueños” o pesadillas, tener dolores y otras razones descritas por la encuestada) en mujeres víctimas de asalto sexual y en un grupo de mujeres no asaltadas.

2.2.1.7 Estimar el uso de medicación hipnótica en mujeres víctimas de asalto sexual y en un grupo de mujeres no asaltadas.

2.2.1.8 Estimar la disfunción diurna en mujeres víctimas de asalto sexual y en un grupo de mujeres no asaltadas.

2.2.1.9 Estimar el puntaje total de la calidad del sueño en mujeres víctimas de asalto sexual y en un grupo de mujeres no asaltadas.

2.2.1.10 Determinar la presencia de insomnio crónico en mujeres víctimas de asalto sexual y en un grupo de mujeres no asaltadas.

2.2.1.11 Determinar la presencia de somnolencia en mujeres víctimas de asalto sexual y en un grupo de mujeres no asaltadas.

2.2.1.12 Determinar el Índice de Masa Corporal (IMC) en mujeres víctimas de asalto sexual y en un grupo de mujeres no asaltadas.

2.2.1.13 Determinar la presencia de síntomas por estrés postraumático en mujeres víctimas de asalto sexual y en un grupo de mujeres no asaltadas.

2.2.1.14 Determinar la prevalencia puntual en el último mes de trastornos del sueño y síntomas por estrés postraumático en mujeres víctimas de asalto sexual de 18 a 44 años que acudan al INMLCF en Bogotá.

2.3 HIPOTESIS:

HO: No existen diferencias estadísticamente significativas en las alteraciones del sueño y los síntomas postraumáticos presentes en mujeres víctimas de asalto sexual comparadas con un grupo de mujeres no asaltadas.

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas en las alteraciones del sueño y los síntomas postraumáticos presentes en mujeres víctimas de asalto sexual comparadas con un grupo de mujeres no asaltadas.

CAPITULO 3. METODOLOGIA

3.1 ÁMBITO Y DURACIÓN DEL ESTUDIO:

3.1.1 Tipo de investigación:

Este es un estudio analítico observacional de doble cohorte pareada prospectivo y descriptivo.

3.1.2 Área de estudio:

El estudio se llevó a cabo en una población de mujeres víctimas de asalto sexual que asistieron a evaluaciones médico legales en las diferentes Unidades Locales de la Regional Bogotá del INMLCF (UL-RB-INMLCF) durante el año 2004 y en un grupo de mujeres no asaltadas pareado por edad, género y aportadas por la misma comunidad de las mujeres asaltadas.

3.1.3 Duración del Estudio:

El estudio tuvo una duración de quince meses.

3.2 DISEÑO METODOLOGICO:

3.2.1 Métodos

Este es un estudio de doble cohorte prospectivo, con mujeres expuestas y no expuestas, observacional, transversal y descriptivo que se llevó a cabo en mujeres examinadas víctimas de asalto sexual que acudieron a peritajes médico legales durante el periodo de siete meses (febrero a agosto de 2004) en los cuales se desarrolló la investigación en las UL – RB - INMLCF en Bogotá y que fueron incluidas en el estudio.

3.3 PLAN DE MUESTREO:

3.3.1 Población de referencia del estudio.

Mujeres examinadas por asalto sexual en INMLCF en Bogotá en 2004 y un grupo de mujeres no expuestas, pareado por edad, género y aportadas por la misma comunidad de las mujeres expuestas.

3.3.2 Población blanco.

Mujeres examinadas por asalto sexual en las UL – RB - INMLCF en Bogotá en 2004 (febrero a agosto de 2004) y un grupo de mujeres no expuestas, a asalto sexual, pareado por edad, género y aportadas por la misma comunidad de las mujeres expuestas.

3.3.3 Población Estudio.

Mujeres examinadas por asalto sexual en las UL – RB - INMLCF en Bogotá en 2004 (febrero a agosto de 2004) que fueron seleccionadas de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, durante el período de recolección de la información en la institución elegida y que aceptaron participar en el estudio, mediante consentimiento informado y por escrito y un grupo de mujeres no expuestas a asalto sexual, pareado por edad, género y aportadas por la misma comunidad de las mujeres expuestas.

3.3.4 Muestra.

Para el estudio analítico observacional de doble cohorte prospectivo, se calculó la muestra con el programa EpiInfo Versión 6.04, teniendo en cuenta una prevalencia del fenómeno principal a estudio (alteraciones del sueño) en las mujeres no expuestas de 0.23, con una prevalencia mínima encontrada de 0.13 y máxima de 0.49 de acuerdo con la literatura, con un error máximo de 0.05, un nivel de confianza del 99% 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. Vea tabla 1.

Se agregó un 10% más por no-respuesta. Al grupo no expuesto se ingresó 1 mujer por cada mujer expuesta, pareada por edad, género y aportada por la misma comunidad de las mujeres expuestas y de manera consecutiva durante el periodo de recolección de datos. Vea Tablas 2 - 4.

Tabla 2. Prevalencia de alteraciones del sueño y síntomas por estrés postraumático.

	Prevalencia síntomas por TEPT	Prevalencia de alteraciones del sueño
Víctimas de asalto sexual	0.50	0.77
Población general	0.05	0.23

Tabla 3. Cálculo del tamaño muestral mínimo para la variable dependiente alteraciones del sueño.

Datos necesarios para el cálculo muestral del estudio de cohorte	Tamaño Muestra 1	Tamaño Muestra Elegida	Tamaño Muestra 3
Frecuencia de exposición entre las mujeres expuestas	0.77	0.77	0.77
Frecuencia de exposición entre las mujeres no expuestas	0.13	0.23	0.49
Odds ratio a detectar	2.0	2.0	2.0
Nivel de seguridad	0.95	0.95	0.95
Potencia	0.99	0.99	0.80
Numero de mujeres no expuestas por caso	1	1	1
Tamaño muestral mínimo			
Mujeres expuestas	20	30	52
Mujeres no expuestas	20	30	52
Más un 10% por probable pérdida			
Mujeres expuestas	23	34	58
Mujeres no expuestas	23	34	58

Tabla 4. Cálculo del tamaño muestral mínimo para la variable dependiente síntomas por estrés postraumático.

Datos necesarios para el cálculo muestral del estudio de cohorte	Tamaño Muestra 1	Tamaño Muestra Elegida	Tamaño Muestra 3
Frecuencia de exposición entre las mujeres expuestas	0.50	0.50	0.50
Frecuencia de exposición entre las mujeres no expuestas	0.05	0.05	0.05
Odds ratio a detectar	2.0	2.0	2.0
Nivel de seguridad	0.95	0.95	0.95
Potencia	0.99	0.95	0.90
Numero de mujeres no expuestas por caso	1	1	1
Tamaño muestral mínimo			
Mujeres expuestas	35	27	23
Mujeres no expuestas	35	27	23
Más un 10% por probable pérdida			
Mujeres expuestas	39	30	26
Mujeres no expuestas	39	30	26

Para el estudio descriptivo transversal, se calculó una muestra representativa con el programa EpiInfo Versión 6.04 Encuesta Poblacional, teniendo en cuenta el tamaño de la población de la cual fue extraída la muestra (Tabla 1. N=635 mujeres asaltadas sexualmente de 18 a 44 años en Bogotá durante el año 2002), 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% 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% más por no-respuesta. Vea Tablas 1 y 5.

Tabla 5. Cálculo del tamaño muestral mínimo para alteraciones del sueño en el estudio descriptivo transversal.

Datos necesarios para el cálculo muestral del estudio descriptivo	
Tamaño poblacional	635
Prevalencia esperada	77%
Peor resultado	52%
Nivel de confianza	Tamaño Muestra
80%	5
90%	8
95%	11
99%	18
99.9%	29
99.99%	40
Más un 10% por probable pérdida	20

3.3.5 Muestreo.

Se realizó un muestreo no probabilístico con sujetos expuestos y no expuestos consecutivos pareados por edad, género y aportadas por la misma comunidad de las mujeres expuestas y que cumplieron los criterios de inclusión. Se recogieron durante el periodo de febrero a agosto de 2004 las dos cohortes de sujetos expuestos (n=34) y no expuestos (n=34).

Según estadísticas del año 2002 se realizaron 635 dictámenes sexológicos en mujeres de 18 a 44 años en Bogotá por el INMLCF, el 95% (603/635) de estos peritajes fueron correspondientes a asaltos sexuales. El promedio mensual de casos expuestos corresponde a $(603/12 = 50.3)$ para el año 2002. Con base en lo anterior se planeó y se procedió a recolectar la información de los dictámenes sexológicos practicados en las UL – RB – INMLCF (322 casos probables de asalto sexual para el periodo de febrero a agosto de 2004), se obtuvieron los números de radicación de cada uno de los casos, luego se confirmó el diagnóstico de asalto sexual mediante un dictamen sexológico positivo para el mismo (N=322/322), en seguida se identificaron en el archivo físico los datos correspondientes a la dirección y número telefónico de las víctimas de asalto sexual (N=59/322; 18.3%), posteriormente una trabajadora social y una psicóloga entrenadas en salud mental procedieron a llamar y a citar a las víctimas para la aplicación de la encuesta (N=34/322; 10.6%). Las participantes firmaron el consentimiento informado y se consignó la información en el Cuaderno Recolector de Datos (CRD) diseñado para tal fin.

Se revisaron los archivos físicos y digitales de las seis UL – RB – INMLCF (Centro, ULDS, UPJ, UK, UG y UCB), se encontró que en la mayoría de los casos no existía dirección ni número telefónico de las víctimas de asalto sexual en la documentación archivada (N=274/322; 85.1%), por lo cual la trabajadora social y la psicóloga contratadas procedieron a contactar a las víctimas que tenían estos datos (N=59/322; 18.3%). Se aplicó la encuesta a las víctimas que respondieron al llamado telefónico y asistieron efectivamente a la cita (N=34/322; 10.6%).

3.4 SELECCIÓN DE LOS INDIVIDUOS:

Para este estudio se tuvo en cuenta no incluir a menores de 18 años de edad, porque es más frecuente encontrar casos de abuso sexual que de asalto sexual en nuestro país y las manifestaciones de las alteraciones del sueño y los síntomas por estrés postraumático son diferentes a los de los adultos, además era necesario contar con el consentimiento informado de los padres, lo cual dificultaba la inclusión de menores de edad en el estudio (57). Tampoco se incluyeron mujeres mayores de 44 años de edad por tener una prevalencia alta de alteraciones del sueño que constituían un sesgo al evaluar el resultado esperado. También fueron excluidos los hombres en el grupo de edad a estudiar (18 a 44 años) por tener una prevalencia de asalto sexual mucho menor que las mujeres: 82.14% (635/773) vs. 17.86% (138/773) respectivamente para el año 2002 según las estadísticas nacionales (57).

Las características sociodemográficas fueron similares entre las mujeres expuestas a asalto sexual y las no expuestas, se incluyeron únicamente mujeres que vivían en Bogotá, pareadas por edad, género y aportadas por la misma comunidad de las mujeres expuestas.

3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LAS MUJERES ASALTADAS:

- 3.4.1.1 Ser mujer.
- 3.4.1.2 Tener una edad mayor de 18 años y menor de 45 años.
- 3.4.1.3 Vivir en Bogotá.
- 3.4.1.4 Saber leer y escribir.

- 3.4.1.5 Tener un examen sexológico forense con hallazgos de asalto sexual.
- 3.4.1.6 Aceptar participar en el estudio mediante consentimiento informado y por escrito.

3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LAS MUJERES

ASALTADAS:

- 3.4.2.1 Tener una edad menor de 18 años y mayor de 45 años.
- 3.4.2.2 No vivir en Bogotá
- 3.4.2.3 Ser analfabeta o no tener capacidad para responder las encuestas.
- 3.4.2.4 Tener un examen sexológico dudoso o sin hallazgos de asalto sexual.
- 3.4.2.5 No aceptar participar en el estudio, no firmar el consentimiento informado o no tener dirección o teléfono que permitiera su ubicación.

3.4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LAS MUJERES NO

ASALTADAS:

- 3.4.3.1 Ser mujer.
- 3.4.3.2 Tener una edad mayor de 18 años y menor de 45 años.
- 3.4.3.3 Vivir en Bogotá y pertenecer a la misma comunidad de las mujeres asaltadas.
- 3.4.3.4 Saber leer y escribir.
- 3.4.3.5 No tener antecedentes de asalto o abuso sexual.

- 3.4.3.6 Aceptar participar en el estudio mediante consentimiento informado y por escrito.

3.4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LAS MUJERES NO ASALTADAS:

- 3.4.4.1 Tener una edad menor de 18 años y mayor de 45 años.
- 3.4.4.2 No vivir en Bogotá o no pertenecer a la misma comunidad de las mujeres asaltadas
- 3.4.4.3 Ser analfabeta o no tener capacidad para responder las encuestas.
- 3.4.4.4 Tener antecedentes de asalto o abuso sexual
- 3.4.4.5 No aceptar participar en el estudio o no firmar el consentimiento informado.

3.4.5 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN DE LAS MUJERES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO:

- 3.4.5.1 No responder los instrumentos de medición de forma completa.

3.4.6 CRITERIOS TEMPORO - ESPACIALES:

- 3.4.6.1 Se realizó la recolección de los datos durante 7 meses (febrero a agosto de 2004) en la ciudad de Bogotá en las UL – RB - INMLCF.

3.5 MEDICIONES E INSTRUMENTOS:

Los instrumentos utilizados para la evaluación de las alteraciones del sueño fueron el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (ICSP) versión colombiana validada por Escobar F y Eslava J en 2003, actualmente en prensa en la Revista de Neurología y la Escala de Somnolencia de Epworth (ESE) actualmente en proceso de validación por Chica H, Escobar F y Eslava J presentada en el XLII Congreso Colombiano de Psiquiatría, Cali – Colombia 2003 y en el Sexto Congreso Colombiano de Medicina del Sueño Bogotá 2004. Para la determinación de los síntomas por estrés postraumático se utilizó la Escala de Impacto de Eventos (EIE) de Horowitz probada en varios estudios epidemiológicos nacionales (62-64). Estos instrumentos se describen a continuación:

3.5.1 Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg.

En 1988, Daniel J Buysse et al diseñaron el ICSP con la intención de disponer de un instrumento que analizase la calidad del sueño y que pudiera ser utilizado en ensayos clínicos, enseguida fue ampliamente utilizado y adoptado. En España, fue adaptado, validado y utilizado en numerosos trabajos de investigación y diferentes grupos de pacientes por A. Royuela Rico y JA Macías Fernández en la década pasada (65,66).

El ICSP es un cuestionario auto administrado. Consta de 19 ítems autoevaluados por el paciente y 5 ítems evaluados por el compañero/a de cama. Las cinco últimas preguntas son utilizadas como información clínica, pero no contribuyen a la puntuación total del ICSP.

Los 19 ítems analizan los diferentes factores determinantes de la calidad del sueño, que se agrupan en 7 componentes: calidad del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna (65).

En el trabajo original de Buysse se administró el cuestionario a 148 sujetos, divididos en 3 grupos: el primero lo formaban 52 individuos “buenos dormidores”; el segundo constaba de 34 pacientes con diagnóstico de depresión mayor; el tercero, estaba formado por 45 pacientes diagnosticados de trastorno de iniciación y/o mantenimiento del sueño (TIMS) y 17 con diagnóstico de trastorno de somnolencia excesiva (TSE). La fiabilidad medida como consistencia interna “alfa de Cronbach”, fue elevada tanto para los 19 ítems como para los 7 componentes, las puntuaciones de los ítems, los componentes y la global se mantuvieron estables a lo largo del tiempo “Test - retest” (65).

En el trabajo de Royuela y Macías, la fiabilidad expresada como consistencia interna fue elevada (alfa de Cronbach = 0.81). Cada componente se puntúa de 0 a 3. De la suma de los 7 componentes se obtiene la puntuación total del ICSP que oscila de 0 a 21 puntos (a mayor puntuación peor calidad de sueño) (66).

En el trabajo de Buysse, los datos de validez predictiva arrojan los siguientes resultados: para un punto de corte de 5 (>5 =malos dormidores) la sensibilidad fue del 89.6% y la especificidad del 86.5%. La tasa de mal clasificados fue del 11.5% para el conjunto de la

muestra, del 15.6% para el grupo de pacientes con TIMS, el 12% de los pacientes con TSE y 3% de los pacientes con depresión mayor (65).

En el trabajo de Royuela y Macías, para un punto de corte de 5, se obtuvo una sensibilidad del 88.63%, una especificidad del 74.99% y un valor predictivo positivo del 80.66%. El ICSP, ha sido validado recientemente en Colombia por el autor de este proyecto encontrando una consistencia interna expresada como alfa de Cronbach = 0.77 (62,66).

3.5.2 Escala de Somnolencia de Epworth.

Es un instrumento para evaluar Somnolencia. La ESE es un cuestionario que evalúa la propensión a quedarse dormido en 8 situaciones sedentarias diferentes. Esta escala es auto administrable y brinda opciones de respuesta para cada ítem, con puntuaciones posibles de 0 a 3 (0 = nunca, 1 = leve, 2 = moderado y 3 = severo). Al final se obtienen puntajes acumulativos que oscilan entre 0 y 24, donde los puntajes altos representan un mayor grado de somnolencia (67).

En 1991, Murray W Johns plantea un nuevo método para la medición de la somnolencia diurna excesiva, diseñado para ser diligenciado por el paciente que consiste en la cuantificación de la propensión a dormir durante el día en situaciones sedentarias específicas. El instrumento fue evaluado en 180 pacientes, de los cuales 30 fueron controles y 150 presentaban algún trastorno del sueño como SAHOS, narcolepsia e hipersomnio idiopático. Se encontró que los puntajes finales se correlacionaban con la presencia o no de

somnolencia diurna excesiva, corroborada por medio de Polisomnografía (PSG) nocturna y por la Prueba de Latencia Múltiple del Sueño (PLMS) al día siguiente (67,68).

Este resultado, provee evidencia de que una escala basada en un cuestionario breve y tan simple como la ESE, puede entregar resultados cuantificables válidos acerca de la propensión de adultos a dormir, en situaciones sedentarias específicas, con la capacidad de discriminar cuantitativamente entre grados de somnolencia, verificados por medio del PSG nocturno y la PLMS.

Puntajes mayores a 19 se corresponden con niveles altos de somnolencia excesiva diurna, los cuales fueron encontrados en pacientes con SAHOS moderado (Índice de Apnea Hipopnea (IAH) > 15), narcolepsia e hipersomnio idiopático, corroborados por medio de la PLMS, sin embargo, no fueron diagnóstico de condiciones específicas.

Los hallazgos de la ESE distinguen entre los simples roncadores y los pacientes con SAHOS, evidenciando su sensibilidad. De forma que este cuestionario puede dilucidar el impacto epidemiológico asociado a SAHOS con el riesgo de enfermedad cardio o cerebrovascular.

Con respecto al síndrome MPP la ESE fue capaz de medir el impacto diurno de presentar múltiples despertares durante el sueño nocturno, aunque no se relacionó con su frecuencia, para lo cual se requieren futuras investigaciones. Puntajes bajos en la ESE de pacientes con

insomnio idiopático o psicofisiológico, demostró la propensión que tienen tales pacientes a dormir durante el día en situaciones propicias.

El rango amplio encontrado en los puntajes de los sujetos control (2 - 10) es consistente con la descripción de adultos sanos, sin trastornos del sueño reconocibles, con propensión a la toma de siestas durante el día, determinados también por la PLMS.

Se desarrolló así una herramienta útil, de fácil uso e implementación y bajo costo que se correlaciona en forma confiable con la prueba patrón de oro y con finalidad diagnóstica. La ESE es un método simple y aplicable a pacientes adultos con somnolencia diurna persistente.

Dado que la ESE se postuló como método simple para la medición de la somnolencia diurna en adultos se han hecho pruebas de consistencia interna por medio de su aplicación a 87 estudiantes de medicina sanos, a los cuales se les repitió la prueba a los 5 meses, encontrando que sus puntajes no se modificaban en forma importante ($r = 0.82$). En contraste, en 54 pacientes con SAHOS retornaron a sus niveles normales después de 3 a 9 meses de tratamiento con CPAP (presión positiva continua en la vía aérea superior, por sus siglas en inglés). La ESE tuvo un nivel de consistencia interna alto medido por un alpha de Crombach de 0.88 en los pacientes con una variedad de trastornos del sueño, mientras fue más bajo (0.73) para los estudiantes (69).

Los puntajes en la ESE fueron significativamente distintos en sujetos con trastornos de sueño que mostraban diferentes niveles de somnolencia diurna. En pacientes con SAHOS, los puntajes de la ESE fueron relacionados con la severidad del trastorno, medido por el IAH y la saturación de oxígeno mínima medida durante las apneas.

De la ESE existe validación al idioma castellano de uso en España, el cuestionario fue aplicado a 345 pacientes, de los cuales 275 afectados por apnea de sueño y 70 que no padecían apnea de sueño. Se encontró que los pacientes con apnea de sueño presentaban puntuaciones significativamente más altas (14 ± 5) respecto a quienes no la presentan (10 ± 5), con $p = 0.001$. La reproducibilidad de la prueba se evaluó en 146 pacientes, 113 con apnea de sueño y 33 controles, no encontrando diferencias significativas en los pacientes con apnea de sueño, aunque si en los controles ($p = 0.01$). La sensibilidad al cambio postratamiento fue evaluada en 77 pacientes con apnea de sueño. La puntuación inicial de 16 ± 4 disminuyó a 4 ± 3 tras el tratamiento con CPAP (70).

Los números seleccionados para las ocho situaciones en la ESE fueron adicionados todos para dar un puntaje a los ocho ítems, entre 0 y 24. Estos puntajes confirman la capacidad de distinguir grupos individuales y diagnósticos sobre el amplio rango de la somnolencia diurna.

Según el puntaje obtenido en la ESE, en términos generales se puede encontrar:

- a. Cantidad normal de somnolencia diurna, entre 0 y 7 puntos

- b. Cantidad media de somnolencia diurna, entre 8 y 9 puntos
- c. Somnolencia diurna excesiva dependiendo de la situación, entre 10 y 15 puntos, se sugiere la búsqueda de atención médica
- d. Somnolencia diurna excesiva independiente de la situación para puntajes mayores de 16 se debe buscar la ayuda médica.

Adicionalmente la escala ha sido evaluada en la población argentina, validada para la población china e italiana y actualmente el autor desarrolla su validación para Colombia (63).

3.5.3 Escala de Impacto de Eventos:

Esta escala fue desarrollada por Horowitz et al en 1979 y usada ampliamente para evaluar síntomas por TEPT después de combate y trauma en civiles, aunque puede ser usada con cualquier evento vital estresante. Es un cuestionario de auto-reporte de 15 ítems compuesto por dos subescalas: la de Intrusión y la de Evitación. Esta escala se aplica en cinco a 10 minutos. La confiabilidad test – retest en mediciones espaciadas en una semana es de 0.93 (64).

Aunque no es un instrumento diagnóstico, la escala permite obtener una evaluación rápida y confiable de síntomas asociados a trastorno por estrés postraumático. Debido a que la escala no se refiere a un tipo particular de evento traumático, puede ser utilizada para evaluar una amplia cantidad de poblaciones, incluidos veteranos de combate, víctimas de secuestro o

violación, condiciones médicas amenazantes para la vida y desastres naturales. Debido a la muy buena validez de apariencia de los ítems, se debe usar con cautela en caso de posibles simuladores. Esta escala se ha utilizado previamente para evaluar poblaciones sometidas a eventos estresantes en Colombia (71).

La escala puede tomar valores entre 0 y 75 y no tiene puntos de corte diagnósticos para TEPT. Los autores del instrumento sugieren la siguiente categorización de los puntajes:

Puntajes bajos: Aquellos menores de 8

Puntajes medios: Aquellos entre 9 y 19.

Puntajes altos: mayores de 19.

3.6 PROCEDIMIENTO Y TIEMPOS DE COLECTA DE DATOS:

El estudio fue autorizado para su realización por escrito por la División de Investigación del INMLCF en Bogotá antes de proceder a la colecta de los datos. A cada sujeto expuesto y no expuesto se le hizo entrega de una copia del consentimiento informado para la obtención de su autorización. Vea anexo 5.

La información fue recogida por el autor (médico psiquiatra forense) y dos encuestadoras entrenadas en atención psiquiátrica (una psicóloga y una trabajadora social con experiencia

en salud mental), mediante la aplicación del CRD. El CRD se probó en un estudio piloto en una muestra de 21 mujeres jóvenes estudiantes de terapia ocupacional de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y luego se procedió a realizar los ajustes necesarios previos al inicio de la recolecta de datos.

El estudio constó de tres fases para la recolección de datos.

La primera fase consistió en recolectar la información de las mujeres asaltadas, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, para ello, se destinó un periodo de siete meses, de febrero a agosto de 2004.

La segunda fase de colecta de datos, consistió en una aproximación a las mujeres víctimas de asalto sexual para establecer la prevalencia puntual en el último mes de trastornos del sueño y síntomas por estrés postraumático. Para ello se procedió, a cumplimentar los instrumentos de medición y a llenar el CRD.

Las mujeres asaltadas fueron entrevistadas en un consultorio destinado para tal fin, en completa privacidad en las UL – RB - INMLCF en Bogotá, en sus casas o en una Clínica psiquiátrica FUNSABIAM, luego de confirmar el asalto sexual mediante el examen sexológico practicado por el médico forense, se procedió a recolectar los datos con los instrumentos mencionados (ICSP, ESE y EIE) en el CRD. El registro de la información, es decir, el llenado de los instrumentos de medición de auto reporte, tuvo una duración promedio de 20 minutos por mujer entrevistada.

En la aplicación de los instrumentos, se tuvo en cuenta por parte de los entrevistadores, el respeto a los derechos fundamentales de las víctimas de delitos sexuales y las técnicas de entrevista y aproximación a las mujeres expuestas a asalto sexual. Vea Anexo 6. En ningún momento, se indagó propiamente sobre los hechos ocurridos. Los instrumentos de medición usados no evaluaron el asalto sexual específicamente como tal, incluyeron preguntas sobre el estado de salud actual y posterior a los hechos.

Estas preguntas no inducían a una revictimización y por el contrario beneficiaron a la persona expuesta, debido a que se pudo identificar alteraciones del sueño y síntomas por estrés postraumático. En todos los casos las víctimas fueron orientadas a recibir tratamiento psiquiátrico o psicológico en las entidades prestadoras de salud o administradoras del régimen subsidiado donde fuesen afiliadas o beneficiarias (58).

Similarmente, en la tercera fase por cada sujeto expuesto agregado al estudio, se procedió a encontrar y entrevistar en la comunidad a la cual pertenecía el sujeto expuesto a una mujer no asaltada, pareada por edad y género.

Los equipos auxiliares utilizados fueron los instrumentos de medición escogidos para el estudio, las versiones colombianas del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg y de la Escala de Somnolencia de Epworth y la Escala de Impacto de Eventos. Se utilizó un tallímetro y una balanza para medir talla y peso. Se usó un CRD donde se anotaron los datos de identificación necesarios y demás variables de estudio.

El sesgo que pudiera ocurrir en el proceso de registro de los datos fue prácticamente nulo, puesto que se escogió un método observacional estructurado.

3.7 ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS

El análisis propuesto fue de tipo descriptivo con el uso de estadística no paramétrica dado que el comportamiento de las variables fue no normal. Se compararon las medianas y las distribuciones de las variables mediante la aplicación de la Prueba del signo y la Prueba del rango pareado de Wilcoxon, para las variables que se debieron dicotomizar, se hizo una comparación con la prueba exacta de Mc Nemar entre las dos cohortes de las mujeres asaltadas y las no asaltadas.

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.

Teniendo en cuenta que el estudio tiene por una parte un diseño: no experimental, prospectivo, transversal, de correlación y de doble cohorte pareada, en el cual se tiene una variable independiente (asalto sexual) y dos variables dependientes (alteraciones del sueño y síntomas por estrés postraumático) el método estadístico utilizado para las variables nominales, fue la prueba de Mc Nemar con su respectivo odds ratio. Para controlar el efecto confundidor de la variable síntomas por estrés postraumático medido por la EIE se organizó un modelo de análisis estratificado para controlar el efecto de la confusión de la EIE sobre el ICSP. En cuanto a la parte descriptiva del estudio se usaron medidas de frecuencia.

3.7.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Para el estudio analítico observacional de doble cohorte pareada prospectivo se consideraron las siguientes variables (tabla 6):

1. Variable independiente: asalto sexual

2. Variables dependientes:

2.1 Alteraciones del sueño:

2.1.1 Calidad Subjetiva del sueño

2.1.2 Latencia de sueño

2.1.3 Duración del sueño

2.1.4 Eficiencia del sueño

2.1.5 Perturbaciones del sueño: (tener que levantarse para ir al baño)

2.1.6 Perturbaciones del sueño: (no poder respirar bien)

2.1.7 Perturbaciones del sueño: (tosser o roncar ruidosamente)

2.1.8 Perturbaciones del sueño: (sentir frío)

2.1.9 Perturbaciones del sueño: (sentir calor)

2.1.10 Perturbaciones del sueño: (tener “malos sueños” o pesadillas)

2.1.11 Perturbaciones del sueño: (tener dolores)

2.1.12 Uso de medicación para dormir

2.1.13 Disfunción diurna

2.1.14 Calidad del sueño

2.1.15 Somnolencia

2.2 Síntomas por estrés postraumático

2.3. Otras variables:

2.3.1 Edad

2.3.2 Género

2.3.3 Estrato socioeconómico

2.3.4 Estado civil

2.3.5 Procedencia

2.3.6 Índice de masa corporal

Para el estudio descriptivo transversal se tuvieron en cuenta las variables mencionadas en la Tabla 6.

Tabla 6. Operacionalización de las variables

Identificación de la variable	Naturaleza		Definición operacional
1. Edad	Cuantitativa	Númerica	Años cumplidos
2. Género	Cualitativa	Nominal	(0) Femenino (1) Masculino
3. Estado Civil	Cualitativa	Nominal	(0) Soltera (1) Casada (2) Unión libre (3) Separada (4) Viuda (5) Otro
4. Estrato Socioeconómico	Cualitativa	Nominal	(0) Estrato 1 y 2 = Bajo (1) Estrato 3 y 4 = Medio (2) Estrato 5 y 6 = Alto
5. Asalto Sexual	Cualitativa	Nominal	(0) Víctima (1) No Víctima
6. Calidad Subjetiva del sueño	Cualitativa	Nominal	(0) Muy mala (1) Bastante Mala (2) Bastante Buena (3) Muy buena
7. Latencia de sueño	Cualitativa	Nominal	(0) y (1)= normal (2) y (3)= anormal
8. Duración del sueño	Cuantitativa	Númerica	(0) Mayor de 7 horas (1) 6 – 6:59 horas (2) 5 – 5:59 horas (3) Menos de 5 horas
9. Eficiencia del sueño	Cuantitativa	Númerica	(0) Menor del 85% (1) Mayor del 85%
10. despertarse durante la noche o de madrugada	Cuantitativa	Nominal	(0) Ninguna vez en el último mes (1) Menos de una vez a la semana (2) Una o dos veces a la semana (3) Tres o más veces a la semana
Perturbaciones del sueño:			
11. Tener que levantarse para ir al baño	Cualitativa	Nominal	(0) Ninguna vez en el último mes (1) Menos de una vez a la semana (2) Una o dos veces a la semana (3) Tres o más veces a la semana
12. no poder respirar bien	Cualitativa	Nominal	(0) Ninguna vez en el último mes (1) Menos de una vez a la semana (2) Una o dos veces a la semana (3) Tres o más veces a la semana
13. toser o roncar ruidosamente	Cualitativa	Nominal	(0) Ninguna vez en el último mes (1) Menos de una vez a la semana (2) Una o dos veces a la semana (3) Tres o más veces a la semana
14. sentir frío	Cualitativa	Nominal	(0) Ninguna vez en el último mes (1) Menos de una vez a la semana (2) Una o dos veces a la semana (3) Tres o más veces a la semana
15. sentir calor	Cualitativa	Nominal	(0) Ninguna vez en el último mes (1) Menos de una vez a la semana (2) Una o dos veces a la semana (3) Tres o más veces a la semana
16. tener “malos sueños” o pesadillas	Cualitativa	Nominal	(0) Ninguna vez en el último mes (1) Menos de una vez a la semana (2) Una o dos veces a la semana (3) Tres o más veces a la semana
17. Tener dolores	Cualitativa	Nominal	(0) Ninguna vez en el último mes (1) Menos de una vez a la semana (2) Una o dos veces a la semana (3) Tres o más veces a la semana
18. Uso de medicación para dormir	Cualitativa	Nominal	(0) Si (1) No
19. Disfunción diurna	Cualitativa	Nominal	(0) Si (1) No
20. Calidad del sueño	Cualitativa	Nominal	(0) ICSP >5 = Buen dormidor (1) ICSP <5 = Mal dormidor
21. Somnolencia	Cualitativa	Nominal	(0) ESE <8 (1) ESE entre 8 y 9 (2) ESE entre 10 y 15 (3) ESE > o = 16
22. Índice de Masa Corporal	Cuantitativa	Númerica	(0) Menor de 25 (1) Entre 25 y 30
23. Síntomas de estrés postraumático	Cualitativa	Nominal	(0) EIE < 19 (1) EIE > o = 19

3.8 FINANCIACION

3.8.1 RECURSOS

3.8.1.1 Recursos humanos:

El equipo de investigación estuvo integrado por: un investigador principal, un epidemiólogo clínico, dos encuestadoras entrenadas y una secretaria. El investigador principal estuvo a cargo del estudio, tiene experiencia en investigación en el área de medicina del sueño y psiquiatría forense, es experto en entrevista psiquiátrica y técnicas cualitativas de investigación, y fue asesorado por el tutor de tesis. Desarrolló las siguientes actividades: elaboración del proyecto, ubicación y contacto de las encuestadoras entrenadas para efectuar la aplicación de los instrumentos y de las personas que tenían relación con la investigación, coordinación y análisis de la información de las entrevistas, diseño del CRD, coordinación de la aplicación del CRD, análisis de los datos, elaboración del informe final de investigación, redacción de la tesis para su sustentación y publicación y en el corto plazo presentación de resultados en congresos nacionales e internacionales.

El asesor estadístico fue un médico anestesiólogo con formación en epidemiología clínica, experto en métodos cuantitativos de investigación y en aplicaciones estadísticas multivariadas quien estuvo a cargo de las siguientes actividades de asesoría: para la elaboración del proyecto, análisis de la información de las entrevistas, diseño del CRD,

procesamiento estadístico y análisis de los datos, elaboración del informe final y asesoría en la redacción de la tesis para su publicación

Las actividades investigativas en el presente estudio se efectuaron dentro de las labores académicas en la Universidad Nacional de Colombia, bajo la figura de descarga académica para investigación.

Las encuestadoras entrenadas: una trabajadora social con experiencia en salud mental y una psicóloga entrenada en la aplicación de los instrumentos de medición del estudio, estuvieron a cargo de las siguientes actividades: ubicación de las mujeres integrantes del grupo de mujeres no asaltadas y de las mujeres asaltadas, aplicación y recolección de los CRD.

La secretaria: con conocimientos en programas de computador como Word, Power Point y Excel estuvo a cargo de la transcripción de la información de los CRD a la base de datos en Excel, transcripción de cartas, comunicaciones y artículos relacionados con el proyecto y elaboración de diapositivas en Power Point para la presentación del proyecto

3.8.1.2 Recursos materiales:

Para la realización del estudio se contó con una computadora que se utilizó para el procesamiento de los datos con los paquetes estadísticos y la transcripción de los datos de los cuestionarios a archivos electrónicos. Se usó una impresora de burbuja para la elaboración

de los CRD y demás materiales escritos para la realización del estudio. El material bibliográfico y la documentación requerida se obtuvieron mediante búsquedas realizadas en Internet.

3.8.1.3 Recursos físicos:

Se usaron las instalaciones de las UL – RB - INMLCF y la Clínica psiquiátrica Funsabiam donde se realizaron las entrevistas de las mujeres expuestas y de las mujeres no expuestas.

3.8.2 PRESUPUESTO

La presente investigación contó con financiación parcial por parte de la Universidad Nacional de Colombia.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La realización de la presente investigación se adecuó a las recomendaciones para investigación biomédica de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y está en conformidad con todos los artículos dispuestos en la resolución No 8430 de 1993 del Ministerio de Salud Colombiano, en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación. Los procesos de la investigación, se llevaron a cabo por personas calificadas y competentes desde el punto de vista clínico y forense. La responsabilidad del estudio recae sobre el investigador principal, quien cuenta

con los recursos técnicos y científicos para hacerlo clínicamente competente. Ninguno de los informantes fue sometido a intervenciones experimentales.

La práctica de las evaluaciones, implicó explorar con detenimiento aspectos relacionados con el dormir y el estrés postraumático. En todo momento de la investigación, se atendió la dignidad y protección de los derechos y bienestar de los informantes, se protegió la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requerían para el manejo estadístico de los mismos.

Las mujeres que participaron en la presente investigación lo hicieron de manera voluntaria y dieron su autorización mediante consentimiento informado por escrito, previa explicación de las características de la investigación. Vea Anexo 5.

Con la presente investigación no se pretendió obtener un beneficio individual. Se realizó un aporte de datos sobre la estimación de las alteraciones del sueño y síntomas por estrés postraumático en mujeres víctimas de asalto sexual.

Los resultados solo serán publicados en documentos de tipo académicos y científicos, preservando la exactitud de los mismos y haciendo referencia a datos globales y no a individuos particulares. La información recogida en esta investigación es confidencial. En los casos que se encontraron condiciones que requerían tratamiento psiquiátrico se dieron las recomendaciones pertinentes. Según el artículo 11 de la resolución No. 8430 de 1991

del Ministerio de Salud Nacional esta investigación se consideró de riesgo mínimo para los participantes.

Este proyecto fue enviado y aprobado por el Departamento de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata y por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

3.10 RESULTADOS ESPERADOS E IMPACTO

El estudio permitió determinar con qué frecuencia en las mujeres víctimas de asalto sexual se presentan alteraciones del sueño y síntomas por estrés postraumático. Se realizó una caracterización de las mujeres víctimas de asalto sexual en cuanto a edad, género, nivel socioeconómico, estado civil, presencia de alteraciones del sueño, índice de masa corporal y síntomas por estrés postraumático. En el capítulo de Discusión se proponen acciones concretas, en el ámbito de implementación de estrategias terapéuticas, para la atención en la problemática de las alteraciones del sueño y síntomas por estrés postraumático en las mujeres víctimas de asalto sexual.

3.11 DIFUSIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados de la investigación serán presentados en eventos científicos nacionales y publicados en una revista de circulación nacional y una internacional indizada. Además del impacto académico de los resultados del estudio, estos permitirán ofrecer un manejo

adecuado a los pacientes que siendo mujeres, víctimas de asalto sexual presentan concomitantemente alteraciones del sueño que las hace más susceptibles para presentar recaídas de la psicopatología de base.

CAPITULO 4. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos del análisis estadístico de las dos poblaciones pareadas, estudiadas en Bogotá durante el período febrero a agosto del 2004, en las UL - RB – INMLCF. El grupo de 34 mujeres, víctimas de asalto sexual (variable independiente) y el grupo de 34 mujeres no expuestas a asalto sexual fueron pareadas por edad, género y aportadas por la misma comunidad de las mujeres asaltadas. Vea tablas 7-15. Para este estudio analítico observacional de doble cohorte pareada prospectiva se consideraron las diferentes variables dependientes e independientes y en el análisis de estos resultados se usaron los estadísticos siguientes: Prueba del signo para muestras pareadas, Prueba del rango pareado de Wilcoxon y la Prueba exacta de McNemar. Las variables 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 y la EIE.

Las dos cohortes estudiadas resultaron pareadas para las variables propuestas inicialmente en el estudio (edad, género, estrato socioeconómico, lugar de residencia y temporalidad) (Vea tablas 7-15), sin embargo, por casualidad también fueron pareadas por estado civil (Exact McNemar significance probability = 1.0000), talla (asaltadas / no asaltadas, 1.59 / 1.6 metros, IC95%=1.557714 - 1.61 / 1.557714 - 1.63), peso (asaltadas / no asaltadas, 52 / 53 Kg., IC95%=48.77143 - 55.45713 / 49.77143 – 55) e IMC (asaltadas / no asaltadas, 21.28195 / 20.83226, IC95%=20.16978 - 21.77765 / 20.18168 - 22.38815) como se aprecia en las tablas 7-15. Es decir, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la

distribución de las variables estado civil, talla, peso e IMC en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá.

Tabla 7. Promedio de edad de las mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Edad	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Asaltadas	34	24.08824	6.775033	18	41
No asaltadas	34	24.11765	6.927174	18	42
Total	68	24.10294	6.800219	18	42

Tabla 8. Mediana de la edad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Edad	Obs	Percentile	Centile	[95% Conf. Interval]
Asaltadas	34	50	21.5	20 - 23.6857
No asaltadas	34	50	21.5	20 - 26
Total	68	50	21.5	20 - 23

Tabla 9. Distribución de la edad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Variable	Obs	W	V	z	Prob > z
Edad	68	0.82401	10.581	5.122	0.00000*

*: Prueba del rango pareado de Wilcoxon

Tabla 10. Distribución de la variable estrato socioeconómico en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Estrato socioeconómico	Asaltadas	No asaltadas	Total
	No. %	No. %	No. %
Bajo	24 (70.59)	24 (70.59)	48 (70.59)
Medio	10 (29.41)	10 (29.41)	20 (29.41)
Alto	0	0	0
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Tabla 11. Distribución del estado civil en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Estado civil	Asaltadas	No asaltadas	Total
	No. %	No. %	No. %
Soltera	26 (52.00)	24 (48.00)	50 (100.00)
Casada	3 (33.33)	6 (66.67)	9 (100.00)
Unión libre	3 (75.00)	1 (25.00)	4 (100.00)
Separada	2 (40.00)	3 (60.00)	5 (100.00)
Total	34 (50.00)	34 (50.00)	68 (100.00)

Exact McNemar significance probability=1.0000

Tabla 12. Distribución de las variables talla, peso, IMC y puntajes totales de las escalas: ESE-VC, ICSP-VC y EIE en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Variable	Obs	Percentile	Centile	[95% Conf. Interval]
Talla	68	50	1.6	1.563891 - 1.6
Peso	68	50	52.5	50 - 55
IMC	68	50	21.08361	20.2934 - 21.6607
ESE – VC*	68	50	7	6 - 8
ICSP – VC†	68	50	5	4 - 6
EIE‡	68	50	29	2.334555 - 46

*: ESE-VC: Escala de Somnolencia de Epworth Versión Colombiana

† : ICSP – VC: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh Versión Colombiana

‡ : EIE: Escala de Impacto de Eventos

Tabla 13. Distribución comparativa de las variables talla, peso, IMC y puntajes totales de las escalas: ESE-VC, ICSP-VC y EIE en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Variables	Asaltada / No asaltada	Asaltada / No asaltada	Asaltada / No asaltada	Asaltada / No asaltada
	Obs	Percentile	Centile	[95% Conf. Interval]
Talla	34/34	50	1.59/1.6	1.557714-1.61/1.557714-1.63
Peso	34/34	50	52/53	48.77143-55.45713/49.77143-55
IMC	34/34	50	21.28195/20.83226	20.16978-21.77765/20.18168-22.38815
ESE - VC *	34/34	50	8.5/6	5.771434–10/5-7.228566
ICSP – VC†	34/34	50	7/3	5-8.228566/2–4
EIE‡	34/34	50	20/0	46-56.6857/0–0

*: ESE-VC: Escala de Somnolencia de Epworth Versión Colombiana

† : ICSP – VC: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh Versión Colombiana

‡ : EIE: Escala de Impacto de Eventos

Durante el período de febrero a agosto de 2004 se recolectó la muestra de mujeres víctimas de asalto sexual y mujeres no expuestas a este factor de estrés psicosocial severo. La temporalidad de las fechas del asalto sexual y de las entrevistas de las mujeres expuestas y no expuestas se puede observar en las tablas 14 y 15.

Tabla 14. Distribución de la fecha del asalto sexual en las víctimas en Bogotá 2004.

Fecha Asalto Sexual	Freq. No.	Percent %	Cum. %
02 Feb 04	1	2.94	2.94
07 Feb 04	2	5.88	8.82
12 Feb 04	1	2.94	11.76
13 Feb 04	1	2.94	14.71
14 Feb 04	1	2.94	17.65
17 Feb 04	1	2.94	20.59
19 Feb 04	1	2.94	23.53
15 Mar 04	1	2.94	26.47
04 May 04	1	2.94	29.41
12 May 04	2	5.88	35.29
14 May 04	1	2.94	38.24
17 May 04	1	2.94	41.18
23 May 04	1	2.94	44.12
07 Jun 04	1	2.94	47.06
09 Jun 04	1	2.94	50.00
11 Jun 04	1	2.94	52.94
20 Jun 04	1	2.94	55.88
26 Jun 04	1	2.94	58.82
01 Jul 04	2	5.88	64.71
06 Jul 04	2	5.88	70.59
07 Jul 04	1	2.94	73.53
08 Jul 04	2	5.88	79.41
11 Jul 04	1	2.94	82.35
22 Jul 04	1	2.94	85.29
24 Jul 04	1	2.94	88.24
07 Aug 04	1	2.94	91.18
08 Aug 04	1	2.94	94.12
14 Aug 04	1	2.94	97.06
22 Aug 04	1	2.94	100.00
Total	34	100.00	

Tabla 15. Distribución de la fecha de entrevista de las mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Fecha	Asaltada No.	No asaltada No.	Total No.
04 Mar 04	0	1	1
11 Apr 04	1	0	1
15 Apr 04	0	7	7
01 Jun 04	0	2	2
21 Jun 04	0	1	1
22 Jun 04	0	1	1
01 Jul 04	1	0	1
07 Jul 04	1	0	1
08 Jul 04	0	2	2
09 Jul 04	0	2	2
10 Jul 04	1	0	1
12 Jul 04	1	0	1
14 Jul 04	2	0	2
16 Jul 04	1	1	2
17 Jul 04	0	1	1
21 Jul 04	1	0	1
23 Jul 04	2	0	2
24 Jul 04	0	1	1
26 Jul 04	0	2	2
29 Jul 04	1	0	1
30 Jul 04	0	1	1
03 Aug 04	1	0	1
20 Aug 04	1	0	1
21 Aug 04	2	0	2
27 Aug 04	1	0	1
28 Aug 04	2	6	8
03 Sep 04	3	0	3
04 Sep 04	1	0	1
07 Sep 04	2	0	2
08 Sep 04	1	0	1
09 Sep 04	1	0	1
10 Sep 04	3	0	3
11 Sep 04	4	0	4
15 Sep 04	0	4	4
16 Sep 04	0	2	2
Total	34	34	68

La distribución de las variables estudiadas para las mujeres expuestas y no expuestas a asalto sexual en Bogotá durante el año 2004 no fue normal como se aprecia en la tabla 16.

Tabla 16. Distribución de las variables en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Variable	Obs	W*	V	z	Prob > z
Talla	68	0.90784	5.541	3.717	0.00010
IMC	68	0.96830	1.906	1.400	0.08078
Peso	68	0.98709	0.776	-0.550	0.70883
ESE-VC†	68	0.96999	1.804	1.281	0.10005
ICSP-VC‡	68	0.91530	5.093	3.534	0.00020
Calidad de sueño	68	0.96023	2.391	1.892	0.02922
Latencia de sueño	68	0.98994	0.605	-1.092	0.86251
Duración de sueño	68	0.97843	1.297	0.564	0.28641
Eficiencia de sueño	68	0.90328	5.815	3.822	0.00007
Perturbaciones del sueño	68	0.98922	0.648	-0.941	0.82660
Despertar de madrugada	68	0.99555	0.268	-2.862	0.99790
Ir al baño	68	0.91197	5.293	3.618	0.00015
No respirar bien	68	0.83596	9.863	4.969	0.00000
Toser o roncar	68	0.84563	9.281	4.837	0.00000
Sentir frío	68	0.99459	0.325	-2.439	0.99263
Sentir calor	68	0.94163	3.509	2.726	0.00321
Pesadillas	68	0.98828	0.705	-0.760	0.77629
Sentir dolores	68	0.92371	4.587	3.307	0.00047
Uso de hipnóticos	68	0.79417	12.375	5.462	0.00000
Disfunción diurna	68	0.96183	2.295	1.803	0.03566
EIE§	68	0.88448	6.945	4.208	0.00001
Diferencia de fechas del asalto sexual y la entrevista	34	0.87642	4.315	3.47	0.00116
Sentir miedo	6	0.50104	6.179	4.063	0.00002
Sentir ansiedad	3	0.75000	3.732	.	-0.00005
Sentir preocupaciones	2

*: Shapiro-Wilk W test for normal data

† : ESE-VC: Escala de Somnolencia de Epworth Versión Colombiana

‡: ICSP – VC: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh Versión Colombiana

§: EIE: Escala de Impacto de Eventos

Somnolencia excesiva diurna.

Mediante la aplicación de la ESE-VC se logró determinar la presencia de somnolencia en las mujeres víctimas de asalto sexual y en el grupo pareado de mujeres no expuestas. Se encontró que 30/34 (88.24%) mujeres no expuestas y 24/34 (70.59%) de las mujeres víctimas de asalto sexual presentaron puntuaciones totales menores o iguales a 10 en esta escala, puntaje considerado normal para esta población. En los puntajes mayores de 10 en la ESE-VC, considerados patológicos o equivalentes a somnolencia excesiva diurna según los autores de la ESE, se encontró una razón de 2.5:1 (10/34 (29.41%) - 4/34 (11.76%)) entre mujeres asaltadas y no asaltadas. Vea tabla 17.

Tabla 17. Distribución de la variable somnolencia según puntaje total de la ESE-VC en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Puntaje de la ESE-VC*	Asaltada	No asaltada	Total
	No. %	No. %	No. %
< 7	15 (39.47)	23 (60.53)	38 (100.00)
8 – 9	7 (58.33)	5 (41.67)	12 (100.00)
10 – 15	9 (60.00)	6 (40.00)	15 (100.00)
16 - 24	3 (100.00)	0 (0.00)	3 (100.00)
Total	34 (50.00)	34 (50.00)	68 (100.00)

*ESE-VC: Escala de Somnolencia de Epworth Versión Colombiana
Exact McNemar significance probability = 0.1094

Se apreciaron diferencias clínicamente significativas en el puntaje total de la ESE-VC (Vea tabla 13) pero no en las medianas (Prueba del signo $p = 0.2962$) ni en la distribución de la variable somnolencia (Prueba del rango pareado de Wilcoxon $z = 0.0618$). Al dicotomizar la variable somnolencia y realizar el análisis estadístico no se encontraron diferencias significativas entre la cohorte de asaltadas y las no asaltadas (Exact McNemar significance probability = 0.1094). Vea tabla 18.

Tabla 18. Distribución de las variables dependientes con puntajes totales según normalidad o no en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Variables	Asaltada / No asaltada Freq. – Percent %	OR	[95% Conf. Interval]	p value
Estado civil :				
Solteras/separadas	28/27-(82.35)/(79.41)			
Casadas / unión libre	6/ 7-(17.65)/(20.59)	.75	.1098635-4.43326 (exact)*	1.0000
ESE-VC †				
= o <10	24/30(70.59)/(88.24)			
>10	10/ 4(29.41)/(11.76)	4	.7982524-38.66566 (exact)*	0.1094
ICSP – VC ‡				
= o <5	12/27-(35.29)/(79.41)			
>5	22/ 7-(64.71)/(20.59)	8.5	2.017714-75.85117 (exact)*	0.0007
EIE §				
0 – 19	2 /29-(85.29)/ (5.88)			
20 o +	32/ 5-(14.71)/(94.12)	.	6.830678- . (exact)*	0.0000

*: Exact McNemar significance probability

† : ESE-VC: Escala de Somnolencia de Epworth Versión Colombiana

‡ : ICSP – VC: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh Versión Colombiana

§ : EIE: Escala de Impacto de Eventos

Buen o mal dormir.

Mediante la aplicación del ICSP – VC se logró determinar la presencia de un buen o mal dormir en las mujeres víctimas de asalto sexual y en el grupo pareado de mujeres no asaltadas en el mes anterior a la entrevista realizada. Se encontró que 27/34 (79.41%) mujeres no expuestas y 12/34 (35.29%) de las mujeres víctimas de asalto sexual presentaron puntuaciones totales menores o iguales a 5 en esta escala, puntaje considerado normal para esta población. En los puntajes mayores de 5 en el ICSP – VC, considerados patológicos, se encontró una razón de 3.1:1 (22/34 (64.71%) - 7/34 (20.59%)) entre mujeres expuestas y no expuestas a asalto sexual. Vea tabla 19.

Tabla 19. Distribución comparativa del puntaje total de la variable calidad de sueño medida con el ICSP – VC en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Puntaje total del ICSP – VC*	Asaltada	No asaltada	Total
	No. %	No. %	No. %
0 - 5 (Buen dormir)	12 (35.29)	27 (79.41)	39 (57.35)
6 o más (Mal dormir)	22 (64.71)	7 (20.59)	29 (42.65)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

*: ICSP – VC: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh Versión Colombiana
Exact McNemar significance probability=0.0007

Contrario a la no existencia de diferencias estadísticas significativas encontradas en la variable somnolencia medida con la ESE-VC ($p=0.1094$), en los puntajes totales del ICSP-

VC (asaltadas / no asaltadas, puntaje total 7 / 3, IC95%=5 - 8.228566 / 2 - 4) y en la EIE (asaltadas / no asaltadas, puntaje total 20 / 0, IC95%=46 - 56.6857 / 0 - 0) si hubo diferencias clínicas y estadísticamente significativas, vea tabla 13.

Síntomas por estrés postraumático.

Mediante la aplicación de la EIE de Horowitz se logró determinar la presencia de síntomas por estrés postraumático en las mujeres víctimas de asalto sexual y en el grupo pareado de mujeres no expuestas. Se encontró que 29/34 (85.29%) mujeres no expuestas y 2/34 (5.88%) de las mujeres víctimas de asalto sexual presentaron puntuaciones totales menores o iguales a 19 en esta escala, puntaje considerado normal para esta población. En los puntajes iguales o mayores de 20 en la EIE, considerados patológicos, se encontró una razón de 6.4:1 (32/34 (94.12%) - 5/34 (14.71%)) entre mujeres expuestas y no expuestas a asalto sexual. Vea tabla 20 y 21.

Tabla 20. Distribución del puntaje total de la variable síntomas por estrés postraumático medida con la Escala de Impacto de Eventos en mujeres asaltadas y no asaltadas sexualmente en Bogotá 2004.

EIE* Puntaje total	Asaltada		No asaltada		Total
	No.	%	No.	%	No. %
0 – 19	2	(5.88)	29	(85.29)	31 (45.59)
20 o +	32	(94.12)	5	(14.71)	37 (54.41)
Total	34	(100.00)	34	(100.00)	68 (100.00)

*: EIE: Escala de Impacto de Eventos
Exact McNemar significance probability=0.0000

Tabla 21. Promedio del puntaje total de la variable EIE de las mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

EIE*	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
No asaltada	34	7.352941	16.0395	0	52
Asaltada	34	48.70588	15.86788	9	73
Total	68	28.02941	26.16536	0	73

*: EIE: Escala de Impacto de Eventos

En la evaluación de la variable dependiente síntomas por estrés postraumático, las medianas fueron clínica y estadísticamente diferentes (Prueba del signo $p=0.0000$), adicionalmente también fueron diferentes en la distribución (Prueba del rango pareado de Wilcoxon

$z=0.0000$). Esta variable fue posteriormente dicotomizada según la respuesta dada en un puntaje total “igual o menor de 19” y “mayor de 20” (puntaje que indica presencia importante de síntomas por estrés postraumático según la clasificación realizada por los autores de la EIE). Se encontraron diferencias tanto clínicas como estadísticamente significativas entre mujeres asaltadas y no expuestas a asalto sexual. (Exact McNemar significance probability= 0.0000). Vea tabla 20.

Calidad Subjetiva del Sueño.

Mediante el uso de uno de los componentes del ICSP – VC se logró estimar la calidad subjetiva del sueño en las mujeres víctimas de asalto sexual y en el grupo pareado de mujeres no asaltadas en el mes anterior a la entrevista realizada. Al explorar este dominio de la escala usada se encontró que 33/34 (97.06%) mujeres no expuestas y 16/34 (47.06%) de las mujeres víctimas de asalto sexual presentaron una calidad subjetiva del sueño calificada como: “muy buena o bastante buena” según esta escala, categoría considerada normal para esta población. La calidad subjetiva del sueño “bastante mala o muy mala” según esta escala, considerada patológica, se encontró en una razón de 18:1 (18/34 (52.94%) - 1/34 (2.94%)) entre mujeres asaltadas y no asaltadas. Vea tablas 22 y 23.

Tabla 22. Distribución de la variable calidad subjetiva del sueño en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Calidad subjetiva del sueño	Asaltada	No asaltada	Total
	No. %	No. %	No. %
Muy buena	8 (23.53)	20 (58.82)	28 (41.18)
Bastante buena	8 (23.53)	13 (38.24)	21 (30.88)
Bastante mala	11 (32.35)	1 (2.94)	12 (17.65)
Muy mala	7 (20.59)	0 (0.00)	7 (10.29)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Tabla 23. Distribución de la variable calidad subjetiva del sueño según patrón de normalidad o no en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Calidad subjetiva del sueño	Asaltada	No asaltada	Total
	No. %	No. %	No. %
Muy buena o bastante buena	16 (47.06)	33 (97.06)	49 (72.06)
Bastante mala o muy mala	18 (52.94)	1 (2.94)	19 (27.94)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Exact McNemar significance probability=0.0000

En la evaluación de la variable dependiente Calidad Subjetiva del Sueño, las medianas fueron clínica y estadísticamente diferentes (Prueba del signo $p=0.0001$), adicionalmente también fueron diferentes en la distribución (Prueba del rango pareado de Wilcoxon $z=0.0001$). Esta variable fue posteriormente dicotomizada según la respuesta dada: “muy buena o bastante buena” y “bastante mala o muy mala” y se encontraron diferencias tanto clínicas como estadísticamente significativas (Exact McNemar significance probability=0.0000). Vea tabla 23.

Tabla 24. Calidad subjetiva del sueño en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Variable	Asaltada / No asaltada	z	Prob > z
Calidad del sueño	Freq. – Percent %		
Muy buena o bastante buena	16/33-(47.06)/(97.06)		
Bastante mala o muy mala	18/ 1-(52.94)/ (2.94)	4.034	0.0001

Prueba del rango pareado de Wilcoxon

Latencia del Sueño.

Mediante el uso de uno de los componentes del ICSP – VC se logró estimar la latencia del sueño en las mujeres víctimas de asalto sexual y en el grupo pareado de mujeres no asaltadas en el mes anterior a la entrevista realizada. Una latencia del sueño inadecuada en el último mes se considera de acuerdo con la definición universal como un insomnio de conciliación de tipo crónico, que usualmente se observa en pacientes con trastornos de

ansiedad o síndrome de piernas inquietas (1, 3,5). Al explorar este dominio de la escala usada se encontró que 25/34 (73.53%) mujeres no expuestas y 17/34 (50.00%) de las mujeres víctimas de asalto sexual presentaron una latencia del sueño adecuada según esta escala, categoría considerada normal para esta población. La latencia del sueño inadecuada según esta escala, considerada patológica, se encontró una razón de 1.8:1 (17/34 (50.00%) - 9/34 (26.47%)) entre mujeres expuestas y no expuestas a asalto sexual. Vea tablas 25 y 26.

Tabla 25. Distribución de la variable latencia de sueño en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Latencia de Sueño	Asaltada	No asaltada	Total
	No. %	No. %	No. %
Puntaje = 0	6 (17.65)	10 (29.41)	16 (23.53)
Puntaje = 1-2	11 (32.35)	15 (44.12)	26 (38.24)
Puntaje = 3-4	9 (26.47)	6 (17.65)	15 (22.06)
Puntaje = 5-6	8 (23.53)	3 (8.82)	11 (16.18)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Tabla 26. Distribución de la variable latencia de sueño según patrón de normalidad o no en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Latencia de Sueño	Asaltada	No asaltada	Total
	No. %	No. %	No. %
Adecuada	17 (50.00)	25 (73.53)	42 (61.76)
Inadecuada	17 (50.00)	9 (26.47)	26 (38.24)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Exact McNemar significance probability=0.0768

Las medianas de la variable Latencia de Sueño no fueron diferentes ni en la cohorte de asaltadas ni en las no asaltadas (Prueba del signo $p = 0.0755$), de igual forma la distribución de la variable tampoco fue diferente ni clínica ni estadísticamente significativa (Prueba del rango pareado de Wilcoxon $z = 0.0369$). Esta variable se dicotomizó según la respuesta dada y se agrupó en: “normal y anormal” según el puntaje obtenido en la calificación sugerida por los autores del ICSP (65) y se asimiló a insomnio de conciliación crónico, puesto que este instrumento de medición evalúa la latencia del sueño durante el último mes. Es así como no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la cohorte de asaltadas y no asaltadas (Exact McNemar significance probability= 0.0768). Vea tabla 26.

Tabla 27. Insomnio de conciliación en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004

Variable	Asaltada / No asaltada Freq. – Percent %	OR	[95% Conf. Interval]	p value
Latencia de sueño				
Normal	17/25-(50.00)/(73.53)			
Anormal	17/ 9-(50.00)/(26.47)	3	.909232-12.76234 (exact)*	0.0768

Duración del Sueño.

Mediante el uso de uno de los componentes del ICSP – VC se logró estimar la duración del sueño en mujeres víctimas de asalto sexual y en el grupo pareado de mujeres no asaltadas en el mes anterior a la entrevista realizada. Una duración del sueño inadecuada en el último mes se considera de acuerdo con la definición universal cuando es menor de 7 horas de duración por noche, usualmente se observa en pacientes con insomnio crónico (dado principalmente por trastornos por ansiedad, depresivos o primarios del sueño como MPP o trastornos respiratorios del sueño, etc.), privación voluntaria de sueño y en trastornos del ritmo circadiano, como el trabajo por turnos (1, 3,5). Al explorar este dominio de la escala usada se encontró que 7/34 (20.59%) mujeres no expuestas y 11/34 (32.35%) de las mujeres víctimas de asalto sexual presentaron una duración del sueño adecuada según esta escala, categoría considerada normal para esta población. La duración del sueño inadecuada según esta escala, considerada patológica, se encontró una razón de 1.2:1 (27/34 (79.41%) - 23/34 (67.65%)) entre mujeres expuestas y no expuestas a asalto sexual. Vea tablas 28 y 29.

Tabla 28. Distribución de la variable duración de sueño según tiempo total de sueño en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Duración de sueño	Asaltada	No asaltada	Total
	No. %	No. %	No. %
> de 7 horas	7 (20.59)	11 (32.35)	18 (26.47)
6 a 7 horas	12 (35.29)	14 (41.18)	26 (38.24)
5 a 5.59 horas	10 (29.41)	9 (26.47)	19 (27.94)
< 5 horas	5 (14.71)	0 (0.00)	5 (7.35)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Tabla 29. Distribución de la variable duración de sueño según patrón de normalidad o no en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Duración de sueño	Asaltada	No asaltada	Total
	No. %	No. %	No. %
> de 7 horas	7 (20.59)	11 (32.35)	18 (26.47)
7 horas o menos	27 (79.41)	23 (67.65)	26 (38.24)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Exact McNemar significance probability= 0.4545

Las medianas de la variable Duración del Sueño no fueron diferentes ni en la cohorte de asaltadas ni en las no asaltadas (Prueba del signo $p = 0.1360$), de igual forma la distribución de la variable tampoco fue diferente ni clínica ni estadísticamente significativa (Prueba del rango pareado de Wilcoxon $z = 0.0691$). Esta variable se dicotomizó según la respuesta dada y se agrupó en: aquellas personas que informaron “dormir 7 o más horas” y aquellas

mujeres que “dormían menos de 7 horas” según el puntaje obtenido en la calificación sugerida por los autores del ICSP (65) y se asimiló a insuficiencia crónica de sueño, puesto que este instrumento de medición evalúa la duración del sueño durante el último mes. Es así como no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la cohorte de asaltadas y no asaltadas (Exact McNemar significance probability=0.4545). Vea tabla 29.

Tabla 30. Duración del sueño en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004

Variable	Asaltada / No asaltada Freq. – Percent %	OR	[95% Conf. Interval]	p value
Duración del sueño				
= o >7 horas	7/11-(20.59)/(32.35)			
<7 horas	27/23-(79.41)/(67.65)	1.666667	.5488174-5.579654 exact)*	0.4545

Eficiencia del Sueño.

Mediante el uso de uno de los componentes del ICSP – VC se logró estimar la eficiencia del sueño en mujeres víctimas de asalto sexual y en el grupo pareado de mujeres no expuestas, en el mes anterior a la entrevista realizada. Una eficiencia del sueño ((número total de horas dormida / número total de horas en cama) por 100) inadecuada en el último mes se considera de acuerdo con la definición universal cuando es menor del 85%, usualmente se observa en pacientes con insomnio crónico (dado principalmente por trastornos por ansiedad, depresivos o primarios del sueño como MPP o trastornos respiratorios del sueño, etc.), privación voluntaria de sueño y en trastornos del ritmo

circadiano, como el trabajo por turnos (1, 3,5). Al explorar este dominio de la escala usada se encontró que 27/34 (79.41%) mujeres no asaltadas y 16/34 (47.06%) de las mujeres víctimas de asalto sexual presentaron una eficiencia del sueño adecuada según esta escala, categoría considerada normal para esta población. La eficiencia del sueño inadecuada según esta escala, considerada patológica, se encontró una razón de 2.6:1 (18/34 (52.94%) - 7/34 (20.59%)) entre mujeres asaltadas y no expuestas a asalto sexual. Vea tablas 31 y 32.

Tabla 31. Distribución de la variable eficiencia de sueño discriminada según porcentaje en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Eficiencia de sueño	Asaltada	No asaltada	Total
	No. %	No. %	No. %
> 85%	16 (47.06)	27 (79.41)	43 (63.24)
75% - 84%	7 (20.59)	5 (14.71)	12 (17.65)
65% - 74%	4 (11.76)	2 (5.88)	6 (8.82)
< 65%	7 (20.59)	0 (0.00)	7 (10.29)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Tabla 32. Distribución de la variable eficiencia de sueño según patrón de normalidad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Eficiencia de	Asaltada	No asaltada	Total
----------------------	-----------------	--------------------	--------------

sueño	No. %	No. %	No. %
> o = 85%	16 (47.06)	27 (79.41)	43 (63.24)
< 85%	18 (52.94)	7 (20.59)	25 (36.76)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Exact McNemar significance probability=0.0266

En la evaluación de la variable dependiente Eficiencia del Sueño, las medianas fueron clínica y estadísticamente diferentes (Prueba del signo $p=0.0169$), adicionalmente también fueron diferentes en la distribución (Prueba del rango pareado de Wilcoxon $z=0.0056$). Esta variable fue posteriormente dicotomizada según la respuesta dada y agrupada para un porcentaje “mayor o igual a 85%” y “menor que éste” y se encontraron diferencias tanto clínicas como estadísticamente significativas entre la cohorte de asaltadas y no asaltadas (Exact McNemar significance probability=0.0266). Vea tabla 32.

Tabla 33. Eficiencia del sueño en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004

Variable	Asaltada / No asaltada Freq. – Percent %	z	Prob > z
Eficiencia del sueño inadecuada			
> 85%	16/27-(47.06)/(79.41)		
< 85%	18/ 7-(52.94)/(20.59)	2.770	0.0056

Prueba del rango pareado de Wilcoxon

Puntaje Total de las Perturbaciones del Sueño.

Mediante el uso de uno de los componentes del ICSP – VC se logró estimar las perturbaciones del sueño en mujeres víctimas de asalto sexual y en el grupo pareado de mujeres no expuestas, en el mes anterior a la entrevista realizada. Un puntaje total de perturbaciones del sueño inadecuado en el último mes, se considera de acuerdo con la calificación del ICSP cuando es mayor de 10 puntos, usualmente se observa en pacientes con insomnio crónico (dado principalmente por trastornos por ansiedad, depresivos o primarios del sueño como MPP o trastornos respiratorios del sueño, etc.), privación voluntaria de sueño y en trastornos del ritmo circadiano, como el trabajo por turnos (1, 3,5). Al explorar este dominio de la escala usada se encontró que 31/34 (91.18%) mujeres no asaltadas y 14/34 (41.18%) de las mujeres víctimas de asalto sexual presentaron un puntaje total de perturbaciones del sueño no mayor de 10 puntos según esta escala, categoría considerada normal para esta población. Un puntaje total de perturbaciones del sueño

mayor de 10 puntos según esta escala, considerado patológico, se encontró en una razón de 6.7:1 (20/34 (52.94%) - 3/34 (8.82%)) entre mujeres asaltadas y no. Vea tablas 34 y 35.

Tabla 34. Distribución del puntaje total de la variable perturbaciones de sueño en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Perturbaciones de sueño	Asaltada		No asaltada		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Puntaje = 0	0	(0.00)	3	(8.82)	3	(4.41)
Puntaje = 1 - 9	14	(41.18)	28	(82.35)	42	(61.76)
Puntaje = 10 - 18	16	(47.06)	3	(8.82)	19	(27.94)
Puntaje = 19 - 27	4	(11.76)	0	(0.00)	4	(5.88)
Total	34	(100.00)	34	(100.00)	68	(100.00)

Tabla 35. Distribución del puntaje total de la variable perturbaciones de sueño según patrón de normalidad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Perturbaciones de sueño	Asaltada		No asaltada		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Puntaje <9	14	(41.18)	31	(91.18)	45	(66.18)
Puntaje >10	20	(58.82)	3	(8.82)	23	(33.82)
Total	34	(100.00)	34	(100.00)	68	(100.00)

Exact McNemar significance probability= 0.0001

En la evaluación de la variable dependiente puntaje total de Perturbaciones del Sueño, las medianas fueron clínica y estadísticamente diferentes (Prueba del signo $p=0.0001$), adicionalmente también fueron diferentes en la distribución (Prueba del rango pareado de Wilcoxon $z=0.0001$). Esta variable y las otras que tenían que ver con este mismo componente del ICSP, fueron posteriormente dicotomizadas, según la existencia de un patrón de normalidad o no, de acuerdo con las repuestas obtenidas en la población estudiada: “Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana” y “Una o más veces a la semana” y se encontraron diferencias tanto clínicas como estadísticamente significativas (Exact McNemar significance probability= 0.0001). En esta variable se encontró que la cohorte de asaltadas tienen un Odds Ratio McNemar que muestra 18 veces más riesgo de tener un puntaje total de Perturbaciones del sueño en la cohorte de las mujeres asaltadas sexualmente que en las que no lo fueron (OR=18, IC95%(2.842007-749.96 (exact). Vea tabla 35.

En la tabla 36 se aprecia de manera discriminada cada una de las variables que corresponden a las Perturbaciones del sueño evaluadas por el ICSP-VC, las cuales se dicotomizaron como se anotó en el párrafo anterior.

Tabla 36. Distribución de la variable perturbaciones del sueño en mujeres asaltadas y no asaltadas sexualmente en Bogotá 2004.

Variables	Asaltada / No asaltada Freq. – Percent %	OR	[95% Conf. Interval]	p value
Tener problemas para dormir a causa de:				
tener que levantarse para ir al baño				
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la sem. †	25/30-(73.53)/(88.24)	2.25	.6279707- 9.998632 (exact)*	0.2668
Una o más veces a la sem. †	9/ 4 -(26.47)/(11.76)			
no poder respirar bien				
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la sem. †	24/34-(70.59)/(100.00)	.	2.241521- . (exact)*	0.0020
Una o más veces a la sem. †	10/ 0-(29.41)/ (0.00)			
toser o roncar ruidosamente				
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la sem. †	25/33-(97.06)/(73.53)	9	1.24711-394.4791 (exact)*	0.0215
Una o más veces a la sem. †	9/ 1- (2.94)/(26.47)			
sentir frío				
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la sem. †	11/26-(76.47)/(32.35)	6	1.751607-31.79875 (exact)*	0.0015
Una o más veces a la sem. †	23/ 8-(23.53)/(67.65)			
sentir calor				
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la sem. †	24/24-(70.59)/(70.59)	.	1.706971- . (exact)*	0.0078
Una o más veces a la sem. †	10/10-(29.41)/(29.41)			
“tener malos sueños” o pesadillas				
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la sem. †	11/26-(76.47)/(32.35)	6	1.751607- 31.79875 (exact)*	0.0015
Una o más veces a la sem. †	23/ 8-(23.53)/(67.65)			
tener dolores				
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la sem. †	24/29-(85.29)/(70.59)	2	.6228596-7.457296 (exact)*	0.3018
Una o más veces a la sem. †	10/ 5-(14.71)/(29.41)			

*: Exact McNemar significance probability

†: sem: semana

Tener problemas para dormir a causa de despertarse durante la noche o de madrugada.

Mediante el uso de uno de los componentes del ICSP – VC se logró estimar la variable “tener problemas para dormir a causa de despertarse durante la noche o de madrugada” en mujeres víctimas de asalto sexual y en el grupo pareado de mujeres no expuestas, en el mes anterior a la entrevista realizada. Si la respuesta fue “una o más veces a la semana”, se consideró de acuerdo con la calificación del ICSP, como un patrón de sueño inadecuado que usualmente se observa en pacientes con insomnio crónico intermitente o de despertar temprano (dado principalmente por trastornos psicóticos, depresivos, ansiedad, o primarios del sueño como MPP o trastornos respiratorios del sueño, etc.), privación voluntaria de sueño y en trastornos del ritmo circadiano, como el trabajo por turnos (1, 3,5). Al explorar este dominio de la escala usada se encontró que 21/34 (61.76%) mujeres no asaltadas y 11/34 (32.35%) de las mujeres víctimas de asalto sexual presentaron un patrón de sueño adecuado según esta escala, dado por respuestas como “ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana”, categoría considerada normal para esta población. Cuando la respuesta fue “una o más veces a la semana” según esta escala, considerado como patológico, se encontró en una razón de 1.8:1 (23/34 (67.65%) - 13/34 (38.24%) entre mujeres expuestas y no expuestas a asalto sexual. Vea tablas 37 y 38.

Tabla 37. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de despertarse durante la noche o de madrugada en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Despertarse durante la noche o de madrugada	Asaltada	No asaltada	Total
	No. %	No. %	No. %
Ninguna vez en el último mes	6 (17.65)	9 (26.47)	15 (22.06)
Menos de una vez a la semana	5 (14.71)	12 (35.29)	17 (25.00)
Una o dos veces a la semana	6 (17.65)	9 (26.47)	15 (22.06)
Tres o mas veces a la semana	17 (50.00)	4 (11.76)	21 (30.88)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Tabla 38. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de despertarse durante la noche o de madrugada según patrón de normalidad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Despertarse durante la noche o de madrugada	Asaltada	No asaltada	Total
	No. %	No. %	No. %
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana	11 (32.35)	21 (61.76)	32 (47.06)
Una o más veces a la semana	23 (67.65)	13 (38.24)	36 (52.94)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Exact McNemar significance probability=0.0213

En la evaluación de la variable dependiente “tener problemas para dormir a causa de despertarse durante la noche o de madrugada”, las medianas fueron clínica pero no estadísticamente diferentes (Prueba del signo $p=0.0755$), adicionalmente fueron diferentes

en la distribución (Prueba del rango pareado de Wilcoxon $z=0.0162$). Esta variable fue posteriormente dicotomizada según la respuesta dada y agrupada “ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana” y “una o más veces a la semana” y se encontraron diferencias tanto clínicas como estadísticamente significativas (Exact McNemar significance probability= 0.0213). En esta variable se encontró que la cohorte de asaltadas tienen un Odds Ratio McNemar que muestra 4.333333 veces más riesgo de “tener problemas para dormir a causa de despertarse durante la noche o de madrugada”, evento asimilable a insomnio crónico de despertares múltiples o de despertar temprano en la cohorte de las mujeres asaltadas sexualmente que en las que no lo fueron $OR=4.333333$, $IC95\%=(1.190789 - 23.70738$ (exact)). Vea tabla 36

Tener problemas para dormir a causa de tener que levantarse para ir al baño.

Mediante el uso de uno de los componentes del ICSP – VC se logró estimar la variable tener problemas para dormir a causa de tener que levantarse para ir al baño en mujeres víctimas de asalto sexual y en el grupo pareado de mujeres no expuestas en el mes anterior a la entrevista realizada. Si la respuesta fue “una o más veces a la semana”, se consideró de acuerdo con la calificación del ICSP, como un patrón de sueño inadecuado que usualmente se observa en pacientes con insomnio crónico (dado principalmente por trastornos depresivos, ansiedad, o primarios del sueño como MPP o trastornos respiratorios del sueño, etc.), y enfermedades médicas generales (1, 3,5). Al explorar este dominio de la escala usada se encontró que 30/34 (88.24%) mujeres no expuestas y 25/34 (73.53%) de las mujeres víctimas de asalto sexual presentaron un patrón de sueño adecuado según esta

pregunta de la escala, dado por respuestas como “ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana”, categoría considerada normal para esta población. Cuando la respuesta fue “una o más veces a la semana” según esta pregunta de la escala, considerado como patológico, se encontró una razón de 2.3:1 (9/34 (26.47%) - 4/34 (11.76%)) entre mujeres expuestas y no expuestas a asalto sexual. Vea tablas 39 y 40.

Tabla 39. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de tener que levantarse para ir al baño en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tener que levantarse para ir al baño	Asaltada	No asaltada	Total
	No. %	No. %	No. %
Ninguna vez en el último mes	16 (47.06)	24 (70.59)	40 (58.82)
Menos de una vez a la semana	9 (26.47)	6 (17.65)	15 (22.06)
Una o dos veces a la semana	3 (8.82)	2 (5.88)	5 (7.35)
Tres o mas veces a la semana	6 (17.65)	2 (5.88)	8 (11.76)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Tabla 40. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de tener que levantarse para ir al baño según patrón de normalidad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tener que levantarse para ir al baño	Asaltada	No asaltada	Total
	No. %	No. %	No. %

Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana	25 (73.53)	30 (88.24)	55 (80.88)
Una o más veces a la semana	9 (26.47)	4 (11.76)	13 (19.12)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Exact McNemar significance probability=0.2668

En la evaluación de la variable dependiente tener problemas para dormir a causa de tener que levantarse para ir al baño, las medianas no fueron clínica ni estadísticamente diferentes (Prueba del signo $p=0.0931$), adicionalmente tampoco fueron diferentes en la distribución (Prueba del rango pareado de Wilcoxon $z=0.1967$). Esta variable fue dicotomizada, según la existencia de un patrón de normalidad o no, de acuerdo con las repuestas obtenidas en la población estudiada: “Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana” y “Una o más veces a la semana” y no se encontraron diferencias ni clínicas ni estadísticamente significativas (Exact McNemar significance probability=0.2668). Vea tabla 36.

Tener problemas para dormir a causa de no poder respirar bien.

Mediante el uso de uno de los componentes del ICSP – VC se logró estimar la variable tener problemas para dormir a causa de no poder respirar bien en mujeres víctimas de asalto sexual y en el grupo pareado de mujeres no expuestas en el mes anterior a la entrevista realizada. Si la respuesta fue “una o más veces a la semana”, se consideró de acuerdo con la calificación del ICSP, como un patrón de sueño inadecuado que usualmente se observa en pacientes con insomnio crónico (dado principalmente por trastornos de ansiedad, o primarios del sueño como trastornos respiratorios del sueño como: SAHOS, SRAVAS, etc.), y enfermedades médicas generales como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis, enfisema pulmonar, asma) (1, 3,5). Al explorar esta pregunta de la escala usada se encontró que 34/34 (100.00%) mujeres no expuestas y 24/34 (70.59%) de las mujeres víctimas de asalto sexual presentaron un patrón de sueño adecuado según esta pregunta de la escala, dado por respuestas como “ninguna vez en el último mes” y “menos de una vez a la semana”, categoría considerada normal para esta población. Cuando la respuesta fue “una o más veces a la semana” según esta pregunta de la escala, considerado como patológico, se encontró en una razón de 10:0 (10/34 (29.41%) - 0/34 (0.00%)) entre mujeres expuestas y no expuestas a asalto sexual. Vea tablas 41 y 42.

Tabla 41. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de no poder respirar bien en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

No poder respirar bien	Asaltada No. %	No asaltada No. %	Total No. %
Ninguna vez en el último mes	19 (55.88)	32 (94.12)	51 (75.00)
Menos de una vez a la semana	5 (14.71)	2 (5.88)	7 (10.29)
Una o dos veces a la semana	7 (20.59)	0 (0.00)	7 (10.29)
Tres o más veces a la semana	3 (8.82)	0 (0.00)	3 (4.41)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Tabla 42. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de no poder respirar bien en mujeres según patrón de normalidad asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

No poder respirar bien	Asaltada No. %	No asaltada No. %	Total No. %
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana	24 (70.59)	34 (100.00)	58 (85.29)
Una o más veces a la semana	10 (29.41)	0 (0.00)	10 (14.71)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Exact McNemar significance probability=0.0020

En la evaluación de la variable dependiente tener problemas para dormir a causa de no poder respirar bien, las medianas fueron clínica y estadísticamente diferentes (Prueba del signo $p=0.0001$), adicionalmente también fueron diferentes en la distribución (Prueba del rango pareado de Wilcoxon $z=0.0002$). Esta variable fue dicotomizada, según la existencia de un patrón de normalidad o no, de acuerdo con las repuestas obtenidas en la población estudiada: “Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana” y “Una o más veces a la semana” y se encontraron diferencias clínicas y estadísticamente significativas (Exact McNemar significance probability= 0.0020). Vea tabla 36.

Tener problemas para dormir a causa de toser o roncar ruidosamente.

Mediante el uso de uno de los componentes del ICSP – VC se logró estimar la variable tener problemas para dormir a causa de toser o roncar ruidosamente en mujeres víctimas de asalto sexual y en el grupo pareado de mujeres no expuestas en el mes anterior a la entrevista realizada. Si la respuesta fue “una o más veces a la semana”, se consideró de acuerdo con la calificación del ICSP, como un patrón de sueño inadecuado que usualmente se observa en pacientes con insomnio e somnolencia crónicos (dado principalmente por trastornos primarios del sueño de tipo respiratorios como SAHOS, SRAVAS, etc.), y enfermedades médicas generales como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis, enfisema pulmonar, asma) (1, 3,5). Al explorar esta pregunta de la escala usada se encontró que 33/34 (97.06%) mujeres no expuestas y 25/34 (73.53%) de las mujeres víctimas de asalto sexual presentaron un patrón de sueño adecuado según esta pregunta de la escala, dado por respuestas como “ninguna vez en el último mes” y “menos de una vez a

la semana”, categoría considerada normal para esta población. Cuando la respuesta fue “una o más veces a la semana” según esta pregunta de la escala, considerado como patológico, se encontró en una razón de 9:1 (9/34 (26.47%) - 1/34 (2.94%)) entre mujeres expuestas y no expuestas a asalto sexual. Vea tablas 43 y 44.

Tabla 43. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de toser o roncar ruidosamente en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Toser o roncar ruidosamente	Asaltada No. %	No asaltada No. %	Total No. %
Ninguna vez en el último mes	22 (64.71)	32 (94.12)	54 (79.41)
Menos de una vez a la semana	3 (8.82)	1 (2.94)	4 (5.88)
Una o dos veces a la semana	3 (8.82)	1 (2.94)	4 (5.88)
Tres o mas veces a la semana	6 (17.65)	0 (0.00)	6 (8.82)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Tabla 44. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de toser o roncar ruidosamente en mujeres según patrón de normalidad asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Toser o roncar ruidosamente	Asaltada No. %	No asaltada No. %	Total No. %
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana	25 (73.53)	33 (97.06)	58 (85.29)
Una o más veces a la semana	9 (26.47)	1 (2.94)	10 (14.71)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

(Exact McNemar significance probability=0.0215).

En la evaluación de la variable dependiente tener problemas para dormir a causa de Toser o roncar ruidosamente, las medianas fueron clínica y estadísticamente diferentes (Prueba del signo $p=0.0129$), adicionalmente también fueron diferentes en la distribución (Prueba del rango pareado de Wilcoxon $z=0.0057$). Esta variable fue dicotomizada, según la existencia de un patrón de normalidad o no, de acuerdo con las repuestas obtenidas en la población estudiada: “Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana” y “Una o más veces a la semana” y se encontraron diferencias clínicas y estadísticamente significativas (Exact McNemar significance probability=0.0215). En esta variable se encontró que la cohorte de asaltadas tienen un Odds Ratio McNemar que muestra 9 veces más riesgo de Toser o roncar ruidosamente en la cohorte de las mujeres asaltadas sexualmente que en las que no lo fueron $OR=9$, $IC95\%=(1.24711-394.4791)$ (exact)). Vea tabla 36.

Tener problemas para dormir a causa de sentir frío.

Mediante el uso de uno de los componentes del ICSP – VC se logró estimar la variable tener problemas para dormir a causa de sentir frío en mujeres víctimas de asalto sexual y en el grupo pareado de mujeres no expuestas en el mes anterior a la entrevista realizada. Si la respuesta fue “una o más veces a la semana”, se consideró de acuerdo con la calificación del ICSP, como un patrón de sueño inadecuado que usualmente se observa en pacientes con insomnio crónico de origen ambiental (1, 3,5). Al explorar esta pregunta de la escala usada se encontró que 26/34 (76.47%) mujeres no expuestas y 11/34 (32.35%) de las mujeres víctimas de asalto sexual presentaron un patrón de sueño adecuado según esta pregunta de la escala, dado por respuestas como “ninguna vez en el último mes” o “menos de una vez a la semana”, categoría considerada normal para esta población. Cuando la respuesta fue “una o más veces a la semana” según esta pregunta de la escala, considerado como patológico, se encontró en una razón de 2.9:1 (23/34 (67.65%) - 8/34 (23.53%)) entre mujeres expuestas y no expuestas a asalto sexual. Vea tablas 45 y 46.

Tabla 45. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de sentir frío en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Sentir frío	Asaltada No. %	No asaltada No. %	Total No. %
Ninguna vez en el último mes	4 (11.76)	14 (41.18)	18 (26.47)
Menos de una vez a la semana	7 (20.59)	12 (35.29)	19 (27.94)
Una o dos veces a la semana	10 (29.41)	6 (17.65)	16 (23.53)
Tres o mas veces a la semana	13 (38.24)	2 (5.88)	15 (22.06)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Tabla 46. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de sentir frío según patrón de normalidad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Sentir frío	Asaltada No. %	No asaltada No. %	Total No. %
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana	11 (32.35)	26 (76.47)	37 (54.41)
Una o más veces a la semana	23 (67.65)	8 (23.53)	31 (45.59)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Exact McNemar significance probability=0.0015.

En la evaluación de la variable dependiente tener problemas para dormir a causa de sentir frío, las medianas fueron clínica y estadísticamente diferentes (Prueba del signo $p=0.0081$), adicionalmente también fueron diferentes en la distribución (Prueba del rango pareado de Wilcoxon $z=0.0008$). Esta variable fue dicotomizada, según la existencia de un patrón de normalidad o no, de acuerdo con las repuestas obtenidas en la población estudiada:

“Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana” y “Una o más veces a la semana” y se encontraron diferencias clínicas y estadísticamente significativas (Exact McNemar significance probability=0.0015). En esta variable se encontró que la cohorte de asaltadas tienen un Odds Ratio McNemar que muestra 6 veces más riesgo de sentir frío en la cohorte de las mujeres asaltadas sexualmente que en las que no lo fueron OR=6, IC95%= (1.751607-31.79875) (exact)), Vea tabla 36.

Tener problemas para dormir a causa de sentir calor.

Mediante el uso de uno de los componentes del ICSP – VC se logró estimar la variable tener problemas para dormir a causa de sentir calor en mujeres víctimas de asalto sexual y en el grupo pareado de mujeres no expuestas en el mes anterior a la entrevista realizada. Si la respuesta fue “una o más veces a la semana”, se consideró de acuerdo con la calificación del ICSP, como un patrón de sueño inadecuado que usualmente se observa en pacientes con insomnio crónico de origen ambiental o en mujeres menopaúsicas (1, 3,5). Al explorar esta pregunta de la escala usada se encontró que 24/34 (70.59%) mujeres no expuestas y 24/34 (70.59%) de las mujeres víctimas de asalto sexual presentaron un patrón de sueño adecuado según esta pregunta de la escala, dado por respuestas como “ninguna vez en el último mes” o “menos de una vez a la semana”, categoría considerada normal para esta población. Cuando la respuesta fue “una o más veces a la semana” según esta pregunta de la escala, considerado como patológico, se encontró en una razón de 1:1 (10/34 (29.41%) - 10/34 (29.41%)) en mujeres expuestas y no expuestas a asalto sexual. Vea tablas 47 y 48.

Tabla 47. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de sentir calor en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Sentir calor	Asaltada	No asaltada	Total
	No. %	No. %	No. %
Ninguna vez en el último mes	16 (47.06)	21 (61.76)	37 (54.41)
Menos de una vez a la semana	8 (23.53)	3 (8.82)	11 (16.18)
Una o dos veces a la semana	5 (14.71)	8 (23.53)	13 (19.12)
Tres o mas veces a la semana	5 (14.71)	2 (5.88)	7 (10.29)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Tabla 48. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de sentir calor según patrón de normalidad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Sentir calor	Asalto sexual		Total
	Asaltada	No asaltada	
	No. %	No. %	No. %
Ninguna vez en el último mes o Menos de una vez a la semana	24 (70.59)	24 (70.59)	48 (70.59)
Una o más veces a la semana	10 (29.41)	10 (29.41)	20 (29.41)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Exact McNemar significance probability=0.0078.

En la evaluación de la variable dependiente tener problemas para dormir a causa de sentir calor, las medianas fueron clínica y estadísticamente diferentes (Prueba del signo

$p=0.0000$), adicionalmente también fueron diferentes en la distribución (Prueba del rango pareado de Wilcoxon $z=0.0000$). Esta variable fue dicotomizada, según la existencia de un patrón de normalidad o no, de acuerdo con las repuestas obtenidas en la población estudiada: “Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana” y “Una o más veces a la semana” y se encontraron diferencias clínicas y estadísticamente significativas (Exact McNemar significance probability= 0.0078). Vea tabla 36.

Tener problemas para dormir a causa de “tener malos sueños” o pesadillas.

Mediante el uso de uno de los componentes del ICSP – VC se logró estimar la variable tener problemas para dormir a causa de “tener malos sueños” o pesadillas en mujeres víctimas de asalto sexual y en el grupo pareado de mujeres no expuestas en el mes anterior a la entrevista realizada. Si la respuesta fue “una o más veces a la semana”, se consideró de acuerdo con la calificación del ICSP, como un patrón de sueño inadecuado que usualmente se observa en pacientes con insomnio crónico de origen psiquiátrico dado por trastornos de ansiedad, entre ellos las reacciones agudas a estrés y el trastorno por estrés postraumático, depresión y en mujeres con antecedentes de abuso y/o asalto sexual (1, 3, 5,6). Al explorar esta pregunta de la escala usada se encontró que 26/34 (76.47%) mujeres no expuestas y 11/34 (32.35%) de las mujeres víctimas de asalto sexual presentaron un patrón de sueño adecuado según esta pregunta de la escala, dado por respuestas como “ninguna vez en el último mes” o “menos de una vez a la semana”, categoría considerada normal para esta población. Cuando la respuesta fue “una o más veces a la semana” según esta pregunta de la

escala, considerado como patológico, se encontró en una razón de 2.9:1 (23/34 (67.65 %) - 8/34 (23.53%)) entre mujeres expuestas y no expuestas a asalto sexual. Vea tablas 49 y 50.

Tabla 49. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de “tener malos sueños” o pesadillas en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

“Tener malos sueños” o pesadillas	Asaltada No. %	No asaltada No. %	Total No. %
Ninguna vez en el último mes	6 (17.65)	18 (52.94)	24 (35.29)
Menos de una vez a la semana	5 (14.71)	8 (23.53)	13 (19.12)
Una o dos veces a la semana	10 (29.41)	7 (20.59)	17 (25.00)
Tres o mas veces a la semana	13 (38.24)	1 (2.94)	14 (20.59)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Tabla 50. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de “tener malos sueños” o pesadillas según patrón de normalidad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

“Tener malos sueños” o pesadillas	Asaltada No. %	No asaltada No. %	Total No. %
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana	11 (32.35)	26 (76.47)	37 (54.41)
Una o más veces a la semana	23 (67.65)	8 (23.53)	31 (45.59)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Exact McNemar significance probability=0.0015.

En la evaluación de la variable dependiente tener problemas para dormir a causa de tener “malos sueños” o pesadillas, las medianas fueron clínica y estadísticamente diferentes (Prueba del signo $p=0.0009$), adicionalmente también fueron diferentes en la distribución (Prueba del rango pareado de Wilcoxon $z=0.0000$). Esta variable fue dicotomizada, según la existencia de un patrón de normalidad o no, de acuerdo con las repuestas obtenidas en la población estudiada: “Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana” y “Una o más veces a la semana” y se encontraron diferencias clínicas y estadísticamente significativas (Exact McNemar significance probability=0.0015). En esta variable se encontró que la cohorte de asaltadas tienen un Odds Ratio McNemar que muestra 6 veces más riesgo de tener “malos sueños” o pesadillas en la cohorte de las mujeres asaltadas

sexualmente que en las que no lo fueron $OR=6$, $IC95\%=(1.751607-31.79875)$ (exact)). Vea tabla 36

Tener problemas para dormir a causa de tener dolores.

Mediante el uso de uno de los componentes del ICSP – VC se logró estimar la variable tener problemas para dormir a causa de tener dolores en mujeres víctimas de asalto sexual y en el grupo pareado de mujeres no expuestas en el mes anterior a la entrevista realizada. Si la respuesta fue “una o más veces a la semana”, se consideró de acuerdo con la definición universal, como un patrón de sueño inadecuado que usualmente se observa en pacientes con insomnio crónico de origen médico general (fibromialgia, enfermedades reumáticas, etc.) y psiquiátrico dado por trastornos depresivos y ansiosos principalmente (1, 3, 5,6). Al explorar esta pregunta de la escala usada se encontró que 29/34 (85.29%) mujeres no expuestas y 24/34 (70.59%) de las mujeres víctimas de asalto sexual presentaron un patrón de sueño adecuado según esta pregunta de la escala, dado por respuestas como “ninguna vez en el último mes” o “menos de una vez a la semana”, categoría considerada normal para esta población. Cuando la respuesta fue “una o más veces a la semana” según esta pregunta de la escala, considerado como patológico, se encontró una razón de 2:1 (10/34 (29.41%) - 5/34 (14.71%)) entre mujeres expuestas y no expuestas a asalto sexual. Vea tablas 51 y 52.

Tabla 51. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de tener dolores en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tener dolores	Asaltada No. %	No asaltada No. %	Total No. %
Ninguna vez en el último mes	15 (44.12)	24 (70.59)	39 (57.35)
Menos de una vez a la semana	9 (26.47)	5 (14.71)	14 (20.59)
Una o dos veces a la semana	4 (11.76)	4 (11.76)	8 (11.76)
Tres o mas veces a la semana	6 (17.65)	1 (2.94)	7 (10.29)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Tabla 52. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de tener dolores o pesadillas según patrón de normalidad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tener dolores	Asaltada No. %	No asaltada No. %	Total No. %
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana	24 (70.59)	29 (85.29)	53 (77.94)
Una o más veces a la semana	10 (29.41)	5 (14.71)	15 (22.06)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Exact McNemar significance probability=0.3018

En la evaluación de la variable dependiente tener problemas para dormir a causa de tener dolores, las medianas no fueron clínica ni estadísticamente diferentes (Prueba del signo

$p=0.3018$), adicionalmente tampoco fueron diferentes en la distribución (Prueba del rango pareado de Wilcoxon $z=0.0687$). Esta variable fue dicotomizada, según la existencia de un patrón de normalidad o no, de acuerdo con las repuestas obtenidas en la población estudiada: “Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana” y “Una o más veces a la semana” y no se encontraron diferencias ni clínicas ni estadísticamente significativas (Exact McNemar significance probability= 0.3018). Vea tabla 36.

Tener problemas para dormir a causa de otras razones.

Mediante el uso de uno de los componentes del ICSP – VC se logró estimar la variable tener problemas para dormir a causa de otras razones (por favor, descríbalas): encontrando tres tipos de quejas: ansiedad, miedo y preocupaciones en mujeres víctimas de asalto sexual y en el grupo pareado de mujeres no asaltadas en el mes anterior a la entrevista realizada. Si la respuesta fue “una o más veces a la semana”, se consideró de acuerdo con la definición de la escala, como un patrón de sueño inadecuado que usualmente se observa en pacientes con insomnio crónico de origen psiquiátrico dado por trastornos depresivos y ansiosos principalmente (1, 3, 5,6) como se puede apreciar en las tablas 53-55.

Tabla 53. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de otras razones): ansiedad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Otras razones (por favor, describalas): ansiedad	Asaltada	No asaltada	Total
	No. %	No. %	No. %
Ninguna vez en el último mes	0	0	0
Menos de una vez a la semana	0	0	0
Una o dos veces a la semana	1 (33.33)	0	1 (33.33)
Tres o mas veces a la semana	2 (66.67)	0	2 (66.67)
Total	3 (100.00)	0	3 (100.00)

Tabla 54. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de otras razones: miedo en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Otras razones (por favor, describalas): miedo	Asaltada	No asaltada	Total
	No. %	No. %	No. %
Ninguna vez en el último mes	0	0	0
Menos de una vez a la semana	1 (16.67)	0	1 (16.67)
Una o dos veces a la semana	0	0	0
Tres o mas veces a la semana	5 (83.33)	0	5 (83.33)
Total	6 (100.00)	0	6 (100.00)

Tabla 55. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de otras razones: preocupaciones en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Otras razones (por favor, describalas): preocupaciones	Asaltada	No asaltada	Total
	No. %	No. %	No. %
Ninguna vez en el último mes	0	0	0
Menos de una vez a la semana	0	1 (50.00)	1 (50.00)
Una o dos veces a la semana	0	0	0
Tres o mas veces a la semana	0	1 (50.00)	1 (50.00)
Total	0	2 (100.00)	2 (100.00)

Uso de medicación para dormir.

Mediante el uso de uno de los componentes del ICSP – VC se logró estimar la variable uso de medicación para dormir en mujeres víctimas de asalto sexual y en el grupo pareado de mujeres no expuestas en el mes anterior a la entrevista realizada. Si la respuesta fue “menos o más de una vez a la semana”, se consideró de acuerdo con la definición de la escala, como un consumo de hipnóticos positivo, que usualmente se observa en pacientes con insomnio crónico de origen psiquiátrico dado por trastornos psicóticos, afectivos, depresivos y ansiosos principalmente (1, 3, 5,6). Al explorar esta pregunta de la escala usada se encontró que 33/34 (97.06%) mujeres no expuestas y 25/34 (73.53%) de las mujeres víctimas de asalto sexual no consumieron hipnóticos formulados o auto recetados durante el último mes antes de la entrevista realizada. Cuando la respuesta fue “menos o más de una vez a la semana”, según esta pregunta de la escala, considerado como positivo para consumo de hipnóticos en el último mes antes de la entrevista, se encontró en una razón de 9:1 (9/34

(26.47%) - 1/34 (2.94%)) entre mujeres expuestas y no expuestas a asalto sexual. Vea tablas 56 y 57.

Tabla 56. Distribución de la variable uso de medicación para dormir en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Uso de medicación para dormir	Asaltada No. %	No asaltada No. %	Total No. %
Ninguna vez en el último mes	25 (73.53)	33 (97.06)	58 (85.29)
Menos de una vez a la semana	2 (5.88)	0 (0.00)	2 (2.94)
Una o dos veces a la semana	4 (11.76)	0 (0.00)	4 (5.88)
Tres o mas veces a la semana	3 (8.82)	1 (2.94)	4 (5.88)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Tabla 57. Distribución de la variable uso de medicación para dormir según patrón de normalidad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Uso de medicación para dormir	Asaltada	No asaltada	Total
	No. %	No. %	No. %
Ninguna vez en el último mes	25 (73.53)	33 (97.06)	58 (85.29)
Menos de una vez a la semana o más de una vez a la semana	9 (26.47)	1 (2.94)	10 (14.71)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Exact McNemar significance probability= 0.0215).

En la evaluación de la variable dependiente Uso de medicación para dormir, las medianas fueron clínica y estadísticamente diferentes (Prueba del signo $p=0.0215$), adicionalmente también fueron diferentes en la distribución (Prueba del rango pareado de Wilcoxon $z=0.0141$). Esta variable fue dicotomizada, según la existencia de un patrón de normalidad o no, de acuerdo con las repuestas obtenidas en la población estudiada: “Ninguna vez en el último mes” y “menos de una vez a la semana o más de una vez a la semana”, es decir, si había o no consumido hipnóticos en el último mes, según lo sugerido por los autores del ICSP y se encontraron diferencias clínicas y estadísticamente significativas (Exact McNemar significance probability=0.0215). El Odds Ratio McNemar muestra 9 veces más riesgo de uso de medicación para dormir en la cohorte de las mujeres asaltadas sexualmente que en las que no lo fueron (OR=9, IC95%(1.24711 - 394.4791 (exact)), Vea tabla 57.

Disfunción diurna.

Mediante el uso de uno de los componentes del ICSP – VC se logró estimar la variable disfunción diurna en mujeres víctimas de asalto sexual y en el grupo pareado de mujeres no asaltadas en el mes anterior a la entrevista realizada. Si la respuesta fue una o más veces a la semana, se consideró de acuerdo con la definición de la escala, como una calidad de la vigilia alterada, que usualmente se observa en pacientes con insomnio o somnolencia crónicos de origen psiquiátrico dado por trastornos depresivos y ansiosos, privación voluntaria de sueño, trastornos del ritmo circadiano y trastornos respiratorios del sueño (SAHOS, SRAVAS) principalmente, (1, 3, 5,6). Al explorar esta pregunta de la escala usada se encontró que 29/34 (85.29%) mujeres no asaltadas y 15/34 (44.12%) de las mujeres víctimas de asalto sexual no tuvieron disfunción diurna durante el último mes. Cuando la respuesta fue una o más veces a la semana, según esta pregunta de la escala, considerado como disfunción diurna, se encontró en una razón de 3.8:1 (19/34 (55.88%) - 5/34 (14.71%)) entre mujeres expuestas y no expuestas a asalto sexual. Vea tablas 58 y 59.

Tabla 58. Distribución comparativa de la variable disfunción diurna en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Disfunción diurna	Asaltada No. %	No asaltada No. %	Total No. %
Ninguna vez en el último mes	3 (8.82)	20 (58.82)	23 (33.82)
Menos de una vez a la semana	12 (35.29)	9 (26.47)	21 (30.88)
Una o dos veces a la semana	15 (44.12)	5 (14.71)	20 (29.41)
Tres o mas veces a la semana	4 (11.76)	0 (0.00)	4 (5.88)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Tabla 59. Distribución comparativa de la variable disfunción diurna según patrón de normalidad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Disfunción diurna	Asaltada No. %	No asaltada No. %	Total No. %
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana	15 (44.12)	29 (85.29)	44 (64.71)
Una o más veces a la semana	19 (55.88)	5 (14.71)	24 (35.29)
Total	34 (100.00)	34 (100.00)	68 (100.00)

Exact McNemar significance probability= 0.0002

En la evaluación de la variable dependiente disfunción diurna, las medianas fueron clínica y estadísticamente diferentes (Prueba del signo $p=0.0000$), adicionalmente también fueron diferentes en la distribución (Prueba del rango pareado de Wilcoxon $z=0.0000$). Esta variable fue dicotomizada, según la existencia de un patrón de normalidad o no, de acuerdo con las repuestas obtenidas en la población estudiada: “Ninguna vez en el último mes” y “menos de una vez a la semana o más de una vez a la semana”, es decir, si había o no

consumido hipnóticos en el último mes, según lo sugerido por los autores del ICSP y se encontraron diferencias clínicas y estadísticamente significativas (Exact McNemar significance probability= 0.0002). El Odds Ratio McNemar muestra 9.5 veces más riesgo de sufrir disfunción diurna en la cohorte de las mujeres asaltadas sexualmente que en las que no lo fueron (OR=9, IC95%(2.291917 - 84.11132 (exact)), Vea tabla 59.

Finalmente, se muestran los resultados de la diferencia en días de la fecha de ocurrencia del asalto sexual y la fecha en que se entrevistó a las víctimas tanto las medias como los promedios en las tablas 60 y 61. También la diferencia de fechas en medias respecto a los puntajes normales y patológicos de los instrumentos de medición usados en el estudio EIE, ICSP-VC y ESE-VC en la tabla 62.

Tabla 60. Diferencia en días entre la fecha del asalto sexual y la fecha de la entrevista de las mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Variable	Obs	Percentile	Centile	[95% Conf. Interval]
Diferencia de fechas	34	50	58.5	30.3143 - 105.0571

Tabla 61. Promedio en días entre la fecha del asalto sexual y la fecha de la entrevista de las mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Diferencia de fechas	34	82.91176	70.47431	5	222

Tabla 62. Diferencia en días entre la fecha del asalto sexual y la fecha de la entrevista en relación con el puntaje total de la EIE, ICSP-VC y ESE-VC de las mujeres asaltadas en Bogotá 2004.

Diferencia de fechas	Obs	Percentile	Centile	[95% Conf. Interval]
ESE-VC* = 0 <10	24	50	54	13.89084 - 132.4655
ESE-VC* >10	10	50	103	26.57143 - 218.2286
ICSP-VC† = 0 <5	12	50	78	16.08455 - 205.9364
ICSP-VC† >5	22	50	51.5	21.86066 - 104.3238
EIE‡ = 0 <19	2	50	126	42 - 210
EIE‡ >19	32	50	58.5	27.97954 - 103.0307

*: ESE-VC: Escala de Somnolencia de Epworth Versión Colombiana

† : ICSP – VC: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh Versión Colombiana

‡ : EIE: Escala de Impacto de Eventos

En esta última parte de análisis de resultados de la fase descriptiva del estudio se muestran los porcentajes y las razones de los mismos según las diferentes variables estudiadas mediante el uso de los instrumentos de medición (EIE, ICSP-VC y ESE-VC). Vea tabla 63.

Tabla 63. Razón de las variables estudiadas según patrón de normalidad o no en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

	Asaltada	No asaltada	Razón
	No. %	No. %	Asaltada /no asaltada
ESE-VC* >10	12/34 (35.29%)	6/34 (17.64%)	2.0:1
ICSP – VC† >5	22/34 (64.71%)	7/34 (20.59%)	3.1:1
EIE‡ >19	32/34 (94.12%)	5/34 (14.71%)	6.4:1
Calidad del sueño inadecuada	18/34 (52.94%)	1/34 (2.94%)	18.0:1
Insomnio de conciliación	17/34 (50.00%)	9/34 (26.47%)	1.8:1
Insomnio crónico intermitente o de despertar temprano	23/34 (67.65%)	13/34 (38.24%)	1.8:1
Duración del sueño inadecuada	27/34 (79.41%)	23/34 (67.65%)	1.2:1
Eficiencia del sueño inadecuada	18/34 (52.94%)	7/34 (20.59%)	2.6:1
Perturbaciones del sueño >10	20/34 (52.94%)	3/34 (8.82%)	6.7:1
Tener problemas para dormir a causa de:			
tener que levantarse para ir al baño	9/34 (26.47%)	4/34 (11.76%)	2.3:1
no poder respirar bien	10/34 (29.41%)	0/34 (0.00%)	10.0:0
toser o roncar ruidosamente	9/34 (26.47%)	1/34 (2.94%)	9.0:1
sentir frío	23/34 (67.65%)	8/34 (23.53%)	2.9:1
sentir calor	10/34 (29.41%)	10/34 (29.41%)	1.0:1
“tener malos sueños” o pesadillas	23/34 (67.65%)	8/34 (23.53%)	2.9:1
tener dolores	10/34 (29.41%)	5/34 (14.71%)	2.0:1
Otras razones (por favor, descríbalas): miedo	5/34 (14.70%)	0/34 (0.00%)	5.0:0
Uso de medicación para dormir	9/34 (26.47%)	1/34 (2.94%)	9.0:1
Disfunción diurna	19/34 (55.88%)	5/34 (14.71%)	3.8:1

*: ESE-VC: Escala de Somnolencia de Epworth Versión Colombiana

† : ICSP – VC: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh Versión Colombiana

‡ : EIE: Escala de Impacto de Eventos

Es así como se logró estimar la calidad del sueño en mujeres víctimas de asalto sexual y en un grupo de mujeres no asaltadas, como se observa en los puntajes del ICSP-VC. También se determinó la presencia de insomnio crónico (insomnio de conciliación e insomnio crónico intermitente o de despertar temprano) en mujeres víctimas de asalto sexual y en un grupo de mujeres no asaltadas como se aprecia en la tabla 63.

Las prevalencias puntuales para el último mes de trastornos del sueño y síntomas por estrés postraumático en la población estudiada se determinó y se muestran los porcentajes en esta misma tabla 63. Por otra parte, se puede observar en la tabla 64 y 65 los resultados de las variables puntuados para las mujeres expuestas y no expuestas a asalto sexual que sirven para determinar trastornos respiratorios del sueño (SAHOS, SRAVAS).

Tabla 64. Razón de las variables estudiadas según patrón de normalidad o no en mujeres asaltadas y no asaltadas en relación con trastornos respiratorios del sueño (SAHOS, SRAVAS) en Bogotá 2004.

	Asaltada	No asaltada	Razón
	No. %	No. %	Asaltada/ No asaltada
ESE-VC* >10	12/34 (35.29%)	6/34 (17.64%)	2.0:1
Perturbaciones del sueño >10	20/34 (52.94%)	3/34 (8.82%)	6.7:1
Tener problemas para dormir a causa de:			
tener que levantarse para ir al baño	9/34 (26.47%)	4/34 (11.76%)	2.3:1
no poder respirar bien	10/34 (29.41%)	0/34 (0.00%)	10.0:0
toser o roncar ruidosamente	9/34 (26.47%)	1/34 (2.94%)	9.0:1
Disfunción diurna	19/34 (55.88%)	5/34 (14.71%)	3.8:1

Tabla 65. Distribución de las variables estudiadas según patrón de normalidad o no en mujeres asaltadas y no asaltadas en relación con trastornos respiratorios del sueño (SAHOS, SRAVAS) en Bogotá 2004.

Variables	Asaltada / No asaltada Freq. – Percent %	OR	[95% Conf. Interval]	p value
ESE-VC †				
= o <10	24/30(70.59)/(88.24)	4	.7982524-38.66566	0.1094
>10	10/ 4(29.41)/(11.76)		(exact)*	
Perturbaciones del sueño				
<10 puntos	14/31-(41.18)/(91.18)	18	2.842007-749.96	0.0001
= o >10 puntos	20/ 3-(58.82)/ (8.82)		(exact)*	
Tener problemas para dormir a causa de:				
tener que levantarse para ir al baño				
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la sem.	25/30-(73.53)/(88.24)	2.25	.6279707-9.998632	0.2668
Una o más veces a la sem.	9/ 4 -(26.47)/(11.76)		(exact)*	
Tener problemas para dormir a causa de:				
no poder respirar bien				
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la sem.	24/34-(70.59)/(100.00)			
Una o más veces a la sem.	10/ 0-(29.41)/ (0.00)	.	2.241521- . (exact)*	0.0020
toser o roncar ruidosamente				
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la sem.	25/33-(97.06)/(73.53)	9	1.24711-394.4791	0.0215
Una o más veces a la sem.	9/ 1- (2.94)/(26.47)		(exact)*	
ICSP – VC ‡				
= o <5	12/27-(35.29)/(79.41)		2.017714-75.85117	
>5	22/ 7-(64.71)/(20.59)	8.5	(exact)*	0.0007
EIE §				
0 – 19	2 /29-(85.29)/ (5.88)			
20 o +	32/ 5-(14.71)/(94.12)	.	6.830678- . (exact)*	0.0000

*: Exact McNemar significance probability

† : ESE-VC: Escala de Somnolencia de Epworth Versión Colombiana

‡ : ICSP – VC: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh Versión Colombiana

§ : EIE: Escala de Impacto de Eventos

Tabla 66. Componentes estudiados del ICSP-VC en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Variables	Asalto sexual Expuesta / No expuesta Freq. – Percent %	OR	[95% Conf. Interval]	p value
ICSP – VC*				
= o <5	12/27-(35.29)/(79.41)		2.017714-75.85117	
>5	22/ 7-(64.71)/(20.59)	8.5	(exact) †	0.0007
Calidad del sueño				
Muy buena o bastante buena	16/33-(47.06)/(97.06)		4.126514 - . (exact)	
Bastante mala o muy mala	18/ 1-(52.94)/ (2.94)	.	†	0.0000
Insomnio de conciliación:				
LS normal ‡	17/25-(50.00)/(73.53)		.909232-12.76234	
LS anormal ‡	17/ 9-(50.00)/(26.47)	3	(exact) †	0.0768
Insomnio crónico intermitente o de despertar temprano				
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana	11/21-(32.35)/(61.76)			
Una o más veces a la semana	23/13- (67.65)/(38.24)	4.333333	1.190789-23.70738 (exact) †	0.0213
Duración del sueño inadecuada				
= o >7 horas	7/11-(20.59)/(32.35)		.5488174-5.579654	
<7 horas	27/23-(79.41)/(67.65)	1.666667	(exact) †	0.4545
Eficiencia del sueño inadecuada				
> 85%	16/27-(47.06)/(79.41)		1.120172-11.16902	
< 85%	18/ 7-(52.94)/(20.59)	3.2	(exact) †	0.0266
Uso de medicación para dormir				
Ninguna vez en el último mes	25/33-(97.06)/(73.53)			
Menos de una vez a la semana o más de una vez a la semana	9/ 1- (2.94)/(26.47)	9	1.24711-394.4791 (exact) †	0.0215
Disfunción diurna				
Ninguna vez en el último mes o menos de una vez a la semana	3/20- (8.82)/(58.82)			
Una o más veces a la semana	31/14-(91.18)/(41.18)	15	2.307745-631.4664 (exact) †	0.0005

*: ICSP – VC: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh Versión Colombiana

†: Exact McNemar significance probability

‡: LS: latencia del sueño

CAPITULO 5. DISCUSIÓN

Este es uno de los pocos estudios que se encuentran en la literatura que examina la relación existente entre asalto sexual en mujeres adultas y los desenlaces obtenidos (trastornos del sueño y síntomas por estrés postraumático). Los resultados hallados para la mayoría de las variables dependientes estudiadas rechazaron la hipótesis nula: “no existen diferencias estadísticamente significativas en las alteraciones del sueño y los síntomas postraumáticos presentes en mujeres víctimas de asalto sexual comparadas con un grupo de mujeres no expuestas” aceptándose en la mayoría de las variables dependientes, la hipótesis alterna al momento de realizar el análisis estadístico. Vea tablas 65 y 66.

La muestra estudiada consistió en dos cohortes pareadas de mujeres residentes en Bogotá, de 18 a 44 años, recogidas durante 7 meses en el año 2004, de similar estrato socioeconómico, estado civil, ÍMC, talla y peso. La cohorte de mujeres expuestas a asalto sexual fue integrada por 34 personas, número idéntico al de las mujeres no asaltadas (Muestra = 68 mujeres) y su distribución no fue normal. En cuanto se refiere a la diferencia en días entre la fecha del asalto sexual y la fecha de la entrevista en relación con el puntaje total de las escalas usadas (EIE, ICSP-VC y ESE-VC) en las mujeres asaltadas no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas dadas según patrón de normalidad o no de acuerdo con la categorización de cada una de estas variables. Vea tablas 7-15, 17 y 50.

Las variables estudiadas que resultaron diferentes clínica y estadísticamente significativas fueron las siguientes: Calidad Subjetiva del sueño (Exact McNemar significance probability = 0.0000), Eficiencia del sueño (Exact McNemar significance probability = 0.0266), Perturbaciones del sueño: despertarse durante la noche o de madrugada” (Exact McNemar significance probability = 0.0213), Perturbaciones del sueño puntaje total (Exact McNemar significance probability = 0.0001), Perturbaciones del sueño: (no poder respirar bien) (Exact McNemar significance probability = 0.0020), Perturbaciones del sueño: (tosir o roncar ruidosamente) (Exact McNemar significance probability = 0.0215), Perturbaciones del sueño: (sentir frío) (Exact McNemar significance probability = 0.0015), Perturbaciones del sueño: (sentir calor) (Exact McNemar significance probability = 0.0078), Perturbaciones del sueño: (tener “malos sueños” o pesadillas) (Exact McNemar significance probability = 0.0015), Uso de medicación para dormir (Exact McNemar significance probability = 0.0215), Disfunción diurna (Exact McNemar significance probability = 0.0002), Calidad del sueño puntaje total (Exact McNemar significance probability = 0.0007) y Síntomas por estrés postraumático (Exact McNemar significance probability = 0.0000). Las variables que no resultaron diferentes estadísticamente significativas fueron: Latencia de sueño (Exact McNemar significance probability = 0.0768), Duración del sueño (Exact McNemar significance probability = 0.4545), Perturbaciones del sueño: (tener que levantarse para ir al baño) (Exact McNemar significance probability = 0.2668), Perturbaciones del sueño: (tener dolores) (Exact McNemar significance probability = 0.3018) y Somnolencia (Exact McNemar significance probability = 0.1094).

Si se comparan los resultados obtenidos en este estudio (malas dormidoras: 22/34 (64.71%), calidad del sueño inadecuada: 18/34 (52.94%), insomnio de conciliación: 17/34 (50.00%), insomnio crónico intermitente o de despertar temprano: 23/34 (67.65%), duración del sueño inadecuada: 27/34 (79.41%), eficiencia del sueño inadecuada: 18/34 (52.94%), tener malos sueños o pesadillas: 23/34 (67.65%) con los datos aportados por Krakow et al en sus recientes estudios sobre el tema, se encontraron hallazgos un poco menores en la incidencia de trastornos de sueño en mujeres asaltadas sexualmente, pero en general similares (8,9, 13-17). Krakow informó de la presencia subjetiva en mujeres sobrevivientes de asalto sexual de un 77% con síntomas para trastornos respiratorios y del movimiento durante el sueño e indirectamente calculó una presencia potencial de trastornos respiratorios del sueño del 52% y del movimiento en un 60%. Correlacionó el potencial para trastornos respiratorios del sueño con el IMC, un incremento en los síntomas de hiperactividad y una mayor severidad del TEPT. En esta tesis, la cohorte estudiada de mujeres asaltadas sexualmente, en las variables relacionadas con trastornos respiratorios del sueño, mostraron incidencias menores dadas por somnolencia excesiva diurna 12/34 (35.29%), perturbaciones del sueño >10 puntos: 20/34 (52.94%), tener problemas para dormir a causa de: tener que levantarse para ir al baño: 9/34 (26.47%), no poder respirar bien: 10/34 (29.41%), toser o roncar ruidosamente: 9/34 (26.47%) y disfunción diurna: 19/34 (55.88%) que potencialmente se pueden correlacionar con trastornos respiratorios del dormir como el SAHOS, SRAVAS y MPP. Es probable que las incidencias menores en estos síntomas potenciales encontrados, correspondan a la presencia de un IMC para las mujeres asaltadas y no asaltadas normal bajo (asaltadas / no asaltadas, IMC = 21.28195 /

20.83226, IC95%=20.16978 - 21.77765 / 20.18168 - 22.38815) diferente a la población norteamericana.

Los estudios sobre frecuencia de los trastornos del sueño en mujeres víctimas de asalto sexual son escasos. Existen informes publicados de las investigaciones del grupo de investigación encabezado por Krakow y otros, quienes han sido los primeros en discutir el paradigma tradicional sobre el insomnio y las pesadillas, presentes en víctimas de asalto sexual con estrés postraumático (8,9, 13-17). Este autor plantea la existencia de comorbilidad somnológica en el estrés postraumático y afirma que no se puede achacar siempre el insomnio y las pesadillas, principales alteraciones del sueño en esta entidad mental, como propias de la misma patología, sino que se debe investigar y descartar otros trastornos del sueño primarios como el SAHOS, el SRVAS, los MPP y el SPI. En este estudio se avanzó en tal sentido, es así como se encontró que las variables asimilables a insomnio crónico (perturbaciones del sueño: despertarse durante la noche o de madrugada” ($p = 0.0213$) y latencia de sueño ($p = 0.0768$), resultó la primera diferente estadísticamente mientras que la segunda no. Si se tiene en cuenta que la variable somnolencia ($p = 0.1094$) expresada como excesiva diurna (si el puntaje total de la ESE-VC era mayor de 10) se distribuyó de forma similar estadísticamente en las dos cohortes y si se observa la incidencia en ambas cohortes (asaltadas / no asaltadas, 10 / 4 (29.41%) / (11.76%)), se encuentra una diferencia clínica importante en el grupo de las asaltadas que podría explicar en parte, el porque del resultado del insomnio crónico clínica y estadísticamente significativo, con una incidencia de (asaltadas / no asaltadas 23 (67.65%) / 13 (38.24%)). Incidencias de todas formas elevadas para ambas cohortes estudiadas si se compara con las poblacionales generales. Como se conoce que las causas mas importantes de somnolencia

excesiva diurna son el síndrome de insuficiencia crónica del sueño y los trastornos respiratorios del sueño (SAHOS, SRAVAS, etc.) (72), Es decir, que un monto importante de la variable relacionada somnolencia excesiva diurna con insomnio crónico y síntomas por estrés postraumático, necesariamente tendría explicación en comorbilidad con dicha patología, hallazgo muy importante en esta tesis que desvirtúa el paradigma que relaciona el insomnio del TEPT como un síntoma primario del mismo. En este estudio se demostró que el insomnio crónico de despertares múltiples y temprano encontrado ($p=0.0213$) no solo corresponde a la comorbilidad con TEPT sino que un porcentaje no establecido en este estudio correspondería a alteraciones primarias del sueño como SAHOS, SRAVAS, MPP, trastornos del sueño que se encuentran correlacionados con puntajes mayores de 10 en la ESE-VC. Obviamente, un estudio basado en instrumentos de medición objetivos como el PSG o la PLMS podría comprobar o descartar esta nueva hipótesis en el futuro. Vea tablas 64 y 65.

Otro hallazgo importante del estudio y no mencionado en la literatura revisada es la presencia de perturbaciones del sueño: (sentir frío) ($p = 0.0015$) que se encontró en la cohorte de asaltadas con un Odds Ratio McNemar que muestra 6 veces más riesgo de sentir frío en la cohorte de las mujeres asaltadas sexualmente que en las que no lo fueron ($OR=6$, $IC95\% = (1.751607 - 31.79875)$ (exact)) y algo similar en la variable Perturbaciones del sueño: (sentir calor) ($p = 0.0078$), síntomas relacionados principalmente con cambios ambientales (Bogotá DC se encuentra a 2.600 metros sobre el nivel del mar y la temperatura promedio nocturna es de 6 a 10 grados centígrados) y situación socioeconómica pobre (48 / 68 (70.59%) de la muestra fue de estrato bajo (estrato 1 – 2 en un rango de 1 a 6). El tener

problemas para dormir a causa de sentir frío o calor también puede corresponder a los síntomas de hiperactivación asociados a la ansiedad, teniendo en cuenta que el grupo de asaltadas, presentó síntomas por estrés postraumático de manera significativa ($= 0.0000$). Estos síntomas fáciles de indagar durante el examen psiquiátrico forense de las víctimas de asalto sexual, permitirán corroborar de manera bastante acertada, la presencia de síntomas por estrés postraumático y/o alteraciones del sueño como consecuencia directa del factor de riesgo asociado (asalto sexual).

Este estudio permitió estimar la importancia de los trastornos del sueño en la población afectada a un bajo costo comparado con otros medios, aunque para las víctimas de asalto sexual es una queja muy importante y consultada con frecuencia, muchas veces es subtratada y mal diagnosticada. Existen pocos estudios que usen el PSG en muestras poblacionales grandes que demuestren estas alteraciones desde el punto de vista etiológico en víctimas de asalto sexual, debido al alto costo de los mismos y lo dispendioso del estudio. Mediante el uso de instrumentos de medición validados en nuestro medio se pudo establecer que las víctimas de asalto sexual tienen alteraciones del sueño producidas por este factor de riesgo de manera importante como se puede observar en las tablas 36, 65 y 66.

Este estudio encontró comorbilidad entre trastornos del sueño primarios y TEPT, encontrando una proporción importante de trastornos del sueño primarios en estas pacientes de manera similar a lo mencionado por diversos autores desde hace varios lustros como Nofzinger et al, Aldrich et al, Ancoli-Israel et al, Youakim et al y Millman et al, quienes

comenzaron a cuestionar el paradigma de entender al insomnio y a las pesadillas en el TEPT como síntomas primarios simplemente (53, 55,59-61).

El insomnio y las pesadillas tan frecuentes en el TEPT pueden estar enmascarando otro tipo de alteraciones primarias del sueño, como los trastornos respiratorios ligados al sueño (SAHOS, SRAVAS) o el SPI y de MPP (13-17, 20). El no diagnosticar apropiadamente estas alteraciones del sueño primarias asociadas con el TEPT u otras alteraciones mentales, conlleva al tratamiento inadecuado, dado que sólo se estaría tratando algunos síntomas del cuadro clínico, es así como, en este estudio se demuestra esta sospecha como cierta por primera vez en Colombia, puesto que si se relacionan las variables, que soportan dichas alteraciones primarias del sueño (SAHOS, SRAVAS, SPI y MPP) como se aprecia en la tabla 65, la variable: “tener problemas para dormir a causa de: no poder respirar bien” ($p=0.0020$) y “tosar o roncar ruidosamente” ($OR= 9$ $IC_{95\%}=1.24711 - 394.4791$ (exact)), contribuyen indudablemente a que un porcentaje importante del insomnio y de la somnolencia excesiva diurna presente en la muestra corresponda a trastornos primarios del sueño no determinado por este estudio, pero que representan un problema de salud importante para prevenir y tratar adecuadamente en esta población. Krakow et al trataron con terapia cognitiva comportamental y una más novedosa la terapia de ensayo con imágenes, a una población con TEPT, víctimas de crímenes que presentaron insomnio y pesadillas. Relacionaron el éxito del tratamiento de estas alteraciones del sueño con una mejoría en los síntomas por estrés postraumático, ansiedad y depresión (18).

La razón establecida para todas las variables estudiadas según patrón de normalidad o no en mujeres asaltadas y no asaltadas fueron mayores que uno, lo cual indica diferencias clínicas entre las dos cohortes, siendo estadísticamente significativas en la mayoría de las variables excepto las siguientes: latencia de sueño ($p = 0.0768$), duración del sueño ($p = 0.4545$), perturbaciones del sueño: (tener que levantarse para ir al baño) ($p = 0.2668$), perturbaciones del sueño: (tener dolores) ($p = 0.3018$) y somnolencia excesiva diurna ($p = 0.1094$). Situación que se podría explicar por la alta incidencia de alteraciones del sueño encontradas en la población de no asaltadas para estas variables. La latencia del sueño alterada se asimila a la presencia de insomnio de conciliación crónico cuyas causas principales más frecuentes son los trastornos por ansiedad (como el TEPT) y el SPI y la duración del sueño menor de 7 horas se puede explicar por factores ambientales, privación voluntaria de sueño o trastornos ansiosos y depresivos principalmente, variables que tuvieron razones mayores que uno respecto a la cohorte de no asaltadas, indicando diferencias clínicas pero no estadísticamente significativas. Vea tabla 63.

Es interesante comparar la variable perturbaciones del sueño: (tener dolores) ($p = 0.3018$) obtenida en este estudio con los hallazgos realizados por Clum et al, quien informa de un incremento en las quejas somáticas, en mujeres que buscan tratamiento, luego de un asalto sexual y su relación con las alteraciones del sueño presentes en el TEPT que actuarían como factor predisponente para la aparición futura de estos síntomas. Relación que en este estudio no fue estadísticamente significativa (19).

El asalto sexual es uno de los delitos más traumáticos que conoce la humanidad. Muchas víctimas de ataque sexual quedan muy alteradas no sólo por la humillación de la violación física, sino por el miedo de resultar gravemente lesionadas o muertas, siendo descritas alteraciones del sueño y estrés postraumático como consecuencia directa de dicha agresión. Estas quejas de sueño son comunes en el TEPT y están incluidas en los criterios del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM IV). Algunos autores han conducido estudios polisomnográficos en muestras pequeñas con sujetos víctimas de situaciones traumáticas excepto el realizado por Breslau este año, sin embargo, estos estudios continúan aportando resultados con hallazgos conflictivos (73,74).

Los resultados obtenidos en este estudio en comparación con la reciente investigación basada en una cohorte que relaciona alteraciones del sueño con TEPT con base en estudios PSG publicado este año por Breslau et al, concluye el autor que no encontraron evidencia objetiva para trastornos del sueño clínicamente relevantes, aunque si informan de diferencias estadísticamente significativas en un número aumentado de micro despertares durante el sueño con movimientos oculares rápidos (MOR) en los sujetos con TEPT y menciona el autor que las quejas subjetivas de sueño en el TEPT podrían representar percepciones amplificadas de los micro despertares del sueño MOR (74). Es decir, que las alteraciones informadas en este estudio podrían corresponder a percepciones aumentadas durante el sueño MOR desencadenadas por el asalto sexual, principalmente el insomnio crónico con múltiples despertares o de madrugada y las pesadillas.

De las tres variables dependientes principales estudiadas con el uso de las escalas anotadas anteriormente, según la existencia de un patrón de normalidad o no, se encontró que en los puntajes totales del ICSP-VC (asaltadas / no asaltadas, puntaje total 7 / 3, IC95% = 5 - 8.228566 / 2 - 4) y en la EIE (asaltadas / no asaltadas, puntaje total 20 / 0, IC95% = 46 - 56.6857 / 0 - 0) hubo diferencias clínicas y estadísticamente significativas. No así en la ESE-VC (asaltadas / no asaltadas, puntaje total 8.5 / 6, IC95% = 5.771434 - 10 / 5 - 7.228566) donde la diferencia fue clínica únicamente. Vea tabla 7. De manera similar Faravelli et al informan en un estudio realizado este año en el cual evaluaron las consecuencias psicopatológicas del asalto sexual en mujeres adultas comparadas con víctimas de accidentes de tránsito, ataques físicos y robos, encontró una incidencia mayor de TEPT, trastornos sexuales, de la alimentación y del ánimo (75).

Las limitaciones en este estudio se refieren principalmente al uso de instrumentos de medición de auto reporte que son subjetivos y la no utilización de estudios de laboratorio de sueño, que son dispendiosos y costosos como el PSG y la PLMS. En el análisis de la influencia de posibles fuentes de error que pudieran explicar los resultados encontrados, se tuvo en cuenta probables fuentes de error o de sesgos, factores de confusión y el peso del azar en los resultados finales. En cuanto al sesgo de selección fue nulo, puesto que las mujeres asaltadas sexualmente fueron escogidas con base en un dictamen pericial confirmado y en la cohorte de mujeres no asaltadas se excluyeron aquellas mujeres que habían sido víctimas de eventos similares en el pasado. La clasificación de los individuos ingresados al estudio fue rigurosa, la muestra se calculó con un adecuado poder estadístico y se incluyeron en la muestra los casos requeridos.

Se identificaron en el estudio nuevas hipótesis surgidas de los resultados obtenidos, por ejemplo, al inicio del estudio se planteó la posibilidad de encontrar diferencias, entre la cohorte de asaltadas y no asaltadas, respecto a la presencia de somnolencia excesiva diurna. Sin embargo, los hallazgos no fueron estadísticamente significativos aunque hubo una diferencia clínica leve, sin embargo, por tratarse de información obtenida a través de la ESE-VC de auto reporte y no mediante estudios de laboratorio de sueño objetivos como un PSG o una PLMS existe la posibilidad a futuro de corroborar o no esta hipótesis.

La utilidad de los resultados obtenidos para la práctica clínica son evidentes puesto que se ha identificado que mujeres expuestas a asalto sexual tienen un riesgo alto de presentar trastornos del sueño (mala calidad subjetiva de sueño ($p=0.0000$), mayor número de “tener problemas para dormir a causa de: no poder respirar bien ($p = 0.0020$), toser o roncar ruidosamente ($p = 0.0215$), sentir frío ($p = 0.0015$), sentir calor ($p = 0.0078$) y tener “malos sueños” o pesadillas ($p=0.0015$)) asociados a síntomas por estrés postraumático en los meses siguientes al evento desencadenante. Todas las incidencias de las variables estudiadas fueron más altas en las mujeres asaltadas que en las no asaltadas. Vea tabla 63. En el ámbito de la investigación estos resultados obtenidos van a permitir continuar estudios que aclaren la relación estrecha existente entre síntomas como el insomnio, las pesadillas, los trastornos respiratorios del sueño (SAHOS y SRAVAS principalmente) y la comorbilidad con los síntomas por estrés postraumático.

Esta investigación ha logrado aportar elementos significativos en el manejo y comprensión del ente patológico, dado que se ha logrado establecer desenlaces importantes en el ámbito de los trastornos del sueño y los síntomas de estrés postraumático asociados con asalto sexual en mujeres adultas jóvenes.

Para las ciencias forenses y jurídicas los resultados de esta investigación ayudaran a determinar más objetivamente la condición mental de las víctimas de asalto sexual, ya que evidencia la presencia de alteraciones específicas del dormir y síntomas de estrés postraumático, que se podrían catalogar según el caso como secuelas psíquicas, y favorecen a la víctima para compensarla de manera más justa por el daño recibido. En este estudio se usaron instrumentos de medición validados en Colombia que ayudan a objetivizar el daño psíquico, tipo de perturbación psíquica en este tipo de evaluaciones forenses, aunque vale advertir que no son instrumentos validados en poblaciones forenses donde la simulación es importante de encontrar, ya que como son mediciones de auto reporte fácilmente alguien entrenado puede falsear los datos.

CAPITULO 6. CONCLUSIONES

La presencia de alteraciones del sueño (Calidad Subjetiva del sueño inadecuada ($p = 0.0000$), Eficiencia del sueño inadecuada ($p = 0.0266$), Perturbaciones del sueño: despertarse durante la noche o de madrugada ($p = 0.0213$), Perturbaciones del sueño puntaje total ($p = 0.0001$), Perturbaciones del sueño: no poder respirar bien ($p = 0.0020$), Perturbaciones del sueño: toser o roncar ruidosamente ($p = 0.0215$), Perturbaciones del sueño: sentir frío ($p = 0.0015$), Perturbaciones del sueño: sentir calor ($p = 0.0078$), Perturbaciones del sueño: tener “malos sueños” o pesadillas ($p = 0.0015$), Uso de medicación para dormir ($p = 0.0215$), Disfunción diurna ($p = 0.0002$), Calidad del sueño puntaje total de mal dormidor ($p = 0.0007$) y síntomas por estrés postraumático ($p = 0.0000$) en víctimas de asalto sexual son estadísticamente significativas en comparación con una cohorte pareada de mujeres no asaltadas en Bogotá.

Las variables que no resultaron diferentes estadísticamente significativas fueron: Latencia de sueño ($p = 0.0768$), Duración del sueño ($p = 0.4545$), Perturbaciones del sueño: tener que levantarse para ir al baño ($p = 0.2668$), Perturbaciones del sueño: tener dolores ($p = 0.3018$) y Somnolencia excesiva diurna ($p = 0.1094$).

BIBLIOGRAFIA

1. **Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH.** (1985). Insomnia and its treatment, prevalence and correlates. *Arch Gen Psich* 42: 225-232.
2. **Gallup Organization.** (1991). *Sleep in America*. 1991. Princeton, NJ: The Gallup Organization.
3. **Walsh J, Ustun TB.** (1999). Prevalence and Health Consequences of Insomnia. *Sleep* 22(3): 427-436.
4. **Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, Gillin JC.** (1992). Sleep and Psychiatric Disorders: a Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 49:651-658.
5. **Escobar-Córdoba F, Echeverry-Chabur J, Lorenzana-Pombo P.** (2001). Evaluación clínica del insomnio. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb* 49(2):81-88.
6. **Escobar-Córdoba F.** (1999). Trastornos del sueño asociados a alteraciones psiquiátricas. En: Osuna SE. *Enfoque del paciente con trastornos del sueño*. Asociación Colombiana de Medicina del Sueño. Bogotá, 57-69.
7. **Vela-Bueno A, de Iceta M, Fernández C.** (1999). Prevalencia de los trastornos del sueño en la ciudad de Madrid. *Gaceta Sanitaria* 13 (6):441-48

8. **Kendall-Tackett K.** (2002). The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse Negl* 26(6-7):715-29.

9. **Krakov B, Germain A, Warner TD, Schrader R, Koss M, Hollifield M, Tandberg D, Melendrez D, Johnston L.** (2001). The relationship of sleep quality and posttraumatic stress to potential sleep disorders in sexual assault survivors with nightmares, insomnia, and PTSD. *J Trauma Stress* 14(4):647-65.

10. **White DP.** (2001). Tragedy and insomnia. *N Engl J Med* 345(25):1846-8.

11. **Lavie P.** (2001). Sleep disturbances in the wake of traumatic events. *N Engl J Med* 345(25):1825-32.

12. **Nishith P, Resick PA, Mueser KT.** (2001). Sleep difficulties and alcohol use motives in female rape victims with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 14(3):469-79

13. **Krakov B, Melendrez D, Warner TD, Dorin R, Harper R, Hollifield M.** (2002). To breathe, perchance to sleep: sleep-disordered breathing and chronic insomnia among trauma survivors. *Sleep Breath* 6(4):189-202.

14. **Krakov B, Artar A, Warner TD, Melendrez D, Johnston L, Hollifield M, Germain A, Koss M.** (2000). Sleep disorder, depression, and suicidality in female sexual assault survivors. *Crisis* 21(4):163-170.
15. **Krakov B, Melendrez D, Johnston L, Warner TD, Clark JO, Pacheco M, Pedersen B, Koss M, Hollifield M, Schrader R.** (2002). Sleep-disordered breathing, psychiatric distress, and quality of life impairment in sexual assault survivors. *J Nerv Ment Dis* 190(7):442-52.
16. **Krakov B, Melendrez D, Pedersen B, Johnston L, Hollifield M, Germain A, Koss M, Warner TD, Schrader R.** (2001). Complex insomnia: insomnia and sleep-disordered breathing in a consecutive series of crime victims with nightmares and PTSD. *Biol Psychiatry* 49(11):948-53.
17. **Krakov B, Germain A, Tandberg D, Koss M, Schrader R, Hollifield M, Cheng D, Edmond T.** (2000). Sleep breathing and sleep movement disorders masquerading as insomnia in sexual-assault survivors. *Compr Psychiatry* 41(1):49-56.
18. **Krakov B, Johnston L, Melendrez D, Hollifield M, Warner TD, Chavez-Kennedy D, Herlan MJ.** (2001). An open-label trial of evidence-based cognitive behavior therapy for nightmares and insomnia in crime victims with PTSD. *Am J Psychiatry* 158(12):2043-7.

19. **Clum GA, Nishith P, Resick PA.** (2001). Trauma-related sleep disturbance and self-reported physical health symptoms in treatment-seeking female rape victims. *J Nerv Ment Dis* 189(9):618-22.

20. **Krakov B, Hollifield M, Johnston L, Koss M, Schrader R, Warner TD, Tandberg D, Lauriello J, McBride L, Cutchen L, Cheng D, Emmons S, Germain A, Melendrez D, Sandoval D, Prince H.** (2001). Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *JAMA* 286(5):537-45.

21. **Krakov B, Sandoval D, Schrader R, Keuhne B, McBride L, Yau CL, Tandberg D.** (2001). Treatment of chronic nightmares in adjudicated adolescent girls in a residential facility. *J Adolesc Health* 29(2):94-100.

22. **Montgomery E, Foldspang A.** (2001). Traumatic experience and sleep disturbance in refugee children from the Middle East. *Eur J Public Health* 11(1):18-22.

23. **Van Winkle E.** (2000). The toxic mind: the biology of mental illness and violence. *Med Hypotheses* 55(4):356-68.

24. **Krakov B, Hollifield M, Schrader R, Koss M, Tandberg D, Lauriello J, McBride L, Warner TD, Cheng D, Edmond T, Kellner R.** (2000). A controlled study

of imagery rehearsal for chronic nightmares in sexual assault survivors with PTSD: a preliminary report. *J Trauma Stress* 13(4):589-609.

25. **Williams M.** (1987). Reconstruction of an early seduction and its aftereffects. *J Am Psychoanal Assoc* 35(1):145-63.

26. **Krakov BJ, Melendrez DC, Johnston LG, Clark JO, Santana EM, Warner TD, Hollifield MA, Schrader R, Sisley BN, Lee SA.** (2002). Sleep Dynamic Therapy for Cerro Grande Fire evacuees with posttraumatic stress symptoms: a preliminary report. *J Clin Psychiatry* 63(8):673-84.

27. **Koren D, Arnon I, Lavie P, Klein E.** (2002). Sleep complaints as early predictors of posttraumatic stress disorder: a 1-year prospective study of injured survivors of motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry* 159(5):855-7.

28. **Tobin JJ, Friedman J.** (1983). Spirits, shamans, and nightmare death: survivor stress in a Hmong refugee. *Am J Orthopsychiatry* 53(3):439-48.

29. **Berkowitz CD.** (1998). Medical consequences of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 22(6):541-50.

30. **Sadavoy J.** (1997). Survivors. A review of the late-life effects of prior psychological trauma. *Am J Geriatr Psychiatry* 5(4):287-301.

31. **Glod CA, Teicher MH, Hartman CR, Harakal T.** (1997). Increased nocturnal activity and impaired sleep maintenance in abused children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36(9):1236-43.
32. **Fenwick P.** (1996). Sleep and sexual offending. *Med Sci Law* 36(2):122-34.
33. **Sadeh A, McGuire JP, Sachs H, Seifer R, Tremblay A, Civita R, Hayden RM.** (1995). Sleep and psychological characteristics of children on a psychiatric inpatient unit. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34(6):813-9.
34. **Wells RD, McCann J, Adams J, Voris J, Ensign J.** (1995). Emotional, behavioral, and physical symptoms reported by parents of sexually abused, nonabused, and allegedly abused prepubescent females. *Child Abuse Negl* 19(2):155-63.
35. **Zweben JE, Clark HW, Smith DE.** (1994). Traumatic experiences and substance abuse: mapping the territory. *J Psychoactive Drugs* 26(4):327-44.
36. **Sadeh A, Hayden RM, McGuire JP, Sachs H, Civita R.** (1994). Somatic, cognitive and emotional characteristics of abused children in a psychiatric hospital. *Child Psychiatry Hum Dev* 24(3):191-200.

37. **Martinez P, Richter JE.** (1993). The NIMH community violence project: II. Children's distress symptoms associated with violence exposure. *Psychiatry* 56(1):22-35.
38. **Williams HJ, Wagner HL, Calam RM.** (1992). Eating attitudes in survivors of unwanted sexual experiences. *Br J Clin Psychol* 31(Pt 2):203-6.
39. **Kuch K, Cox BJ.** (1992). Symptoms of PTSD in 124 survivors of the holocaust. *Am J Psychiatry* 149(3):337-40.
40. **Rosen J, Reynolds CF 3rd, Yeager AL, Houck PR, Hurwitz LF.** (1991). Sleep disturbances in survivors of the Nazi Holocaust. *Am J Psychiatry* 148(1):62-6.
41. **Peters J, van Kammen DP, van Kammen WB, Neylan T.** (1990). Sleep disturbance and computerized axial tomographic scan findings in former prisoners of war. *Compr Psychiatry* 31(6):535-9.
42. **Rona E, Moya G.** (1989). [General and psychopathologic aspects of sexual abuse in children] *Rev Chil Pediatr* 1989; 60(2):71-5. Erratum in: *Rev Chil Pediatr* 60(4):251.
43. **Astrom C, Lunde I, Ortmann J, Boysen G, Trojaborg W.** (1989). Sleep disturbances in torture survivors. *Acta Neurol Scand* 79(2):150-4.

44. **Hefez A, Metz L, Lavie P.** (1987). Long-term effects of extreme situational stress on sleep and dreaming. *Am J Psychiatry* 144(3):344-7.
45. **Adams-Tucker C.** (1982). Proximate effects of sexual abuse in childhood: a report on 28 children. *Am J Psychiatry* 139(10):1252-6.
46. **Burgess AW, Holmstrom LL.** (1974). Rape trauma syndrome. *Am J Psychiatry* 131(9):981-6.
47. **Eitinger L.** (1969). Psychosomatic problems in concentration camp survivors. *J Psychosom Res* 13(2):183-9.
48. **Koranyi EK.** (1969). Psychodynamic theories of the "survivor syndrome". *Can Psychiatr Assoc J* 14(2):165-74.
49. **Berenbaum H.** (1999). Peculiarity and reported childhood maltreatment. *Psychiatry* 62(1):21-35.
50. **Levitan RD, Parikh SV, Lesage AD, Hegadoren KM, Adams M, Kennedy SH, Goering PN.** (1998). Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender. *Am J Psychiatry* 155(12):1746-52.

51. **Hinds S.** (1997). Once upon a time... therapeutic stories as a psychiatric nursing intervention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 35(5):46-7.
52. **Chambers E, Belicki K.** (1998). Using sleep dysfunction to explore the nature of resilience in adult survivors of childhood abuse or trauma. *Child Abuse Negl* 22(8):753-8.
53. **Nofzinger BA, Buysse DJ, Reynolds CF III, Kupfer DJ.** (1993). Sleep disorders related to another mental disorder (no substance/primary): A DSM-IV literature review. *J Clin Psychiatry* 54:244-55
54. **Casas MJ.** (2001) Hallazgos característicos del y en el sistema estomatognático en casos de delitos sexuales. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Odontología. Postgrado Odontología Legal y Forense. Trabajo Final de Grado. Bogotá DC.
55. **Aldrich MS, Brower KJ, Hall JM.** (1999). Sleep-disordered breathing in alcoholics. *Alcoholism, Clin Exp Res*; 23:134-40.
56. **Torres GY, Montoya ID.** (1998). II Estudio de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas Colombia 1997. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud.
57. **Centro de Referencia Nacional sobre Violencia.** (2002) Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Medicina Legal en Cifras*. Bogotá.

58. **Urrego MZ.** Vicisitudes de una víctima de violencia sexual y de su terapeuta, a la luz de la legislación sobre salud mental en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr Supl 1*; 23: 47S-54S.

59. **Ancoli-Israel S, Martin J, Jones DW, Caligiuri M, Patterson T, Harris MJ, Jeste DV.** (1999). Sleep-disordered breathing and periodic limb movements in sleep in older patients with schizophrenia. *Biol Psychiatry*; 20:406-422.

60. **Youakim JM, Doghramji K, Schutte SL.** (1998). Posttraumatic stress disorder and obstructive sleep apnea. *Psychosomatics*; 39:168-171.

61. **Millman RP, Fogel BS, McNamara ME, Carlisle CC.** (1989). Depression as a manifestation of obstructive sleep apnea: reversal with nasal continuous positive airway pressure. *J Clin Psychiatry*; 50:348-51.

62. **Escobar-Córdoba F. y Eslava-Schmalbach J.** (2004) Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg versión colombiana. En prensa.

63. **Chica-Urzola H, Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J.** (2003). Escala de Somnolencia de Epworth actualmente en proceso de validación. Ganador del premio a mejor trabajo de investigación presentado por residentes de psiquiatría en el XLII Congreso Colombiano de Psiquiatría, Cali - Colombia.

64. **Horowitz MJ, Wilner N, Álvarez W.** (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective distress. *Psychosom Med*; 41:209-218.
65. **Buysse DJ, Reynolds III ChF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ.** (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research*; 28:193-213.
66. **Royuela RA, Macías FJ.** (1997). Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño*; 9(2): 81-94.
67. **Johns MW.** (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*; 14: 540-545
68. **Johns MW.** (1951). Polysomnography at a sleep disorders in Melbourne. *Med J*; 155:303-8.
69. **Johns MW.** (1994). Sleepiness in different situations measured by Epworth Sleepiness Scale. *Sleep* 17 (8): 703-10
70. **Chiner E, Arriero JM, Signes-Costa J, Marco J, Fuentes I.** (1999). Validación de la versión española del Test de Somnolencia Epworth en pacientes con síndrome de apnea de sueño. *Arch Bronconeumol*; 35:422-27.

71. **Organización Panamericana de la Salud. Instituto Nacional de Salud.** (2004) Estudio de Perfil Epidemiológico de población desplazada y población estrato uno no desplazada en cuatro ciudades de Colombia. Versión Electrónica. Accedida en febrero de 2004 en <http://disaster-info.net/desplazados/informes>.
72. **Chica-Urzola H, Escobar-Córdoba F, Echeverry-Chabur J.** Evaluación clínica del hipersomnio. Rev Colomb Psiquiatr 2004; 23 (1): 45-63
73. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** - Fourth Edition (DSM-IV), American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994.
74. **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(5):508-16.
75. **Faravelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V.** Psychopathology after rape. Am J Psychiatry. 2004; 161(8):1483-5.

4. ANEXOS

CONTENIDO:

- 1. Escala de somnolencia de Epworth versión colombiana**
- 2. Índice de calidad de sueño de Pittsburgh versión colombiana**
- 3. Escala de impacto de eventos de Horowitz**
- 4. Declaración de Helsinki**
- 5. Modelo de consentimiento informado**
- 6. Derechos de las Víctimas de Asalto Sexual**
- 7. Lista de tablas**
- 8. Glosario**
- 9. Siglas**

1. ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH VERSION COLOMBIANA

¿Que tan probable es que usted se sienta somnoliento o se duerma en las siguientes situaciones? Use la siguiente escala para escoger el número más apropiado para esta situación:

0: Nunca se queda dormido

1: Escasa probabilidad de quedarse dormido

2: Moderada probabilidad de quedarse dormido

3: Alta probabilidad de quedarse dormido

(MARQUE CON UNA X)

SITUACIÓN	0. Nunca se queda dormido	1. Escasa probabilidad de quedarse dormido	2. Moderada probabilidad de quedarse dormido	3. Alta probabilidad de quedarse dormido
Sentado leyendo				
Mirando TV				
Sentado e inactivo en un lugar público				
Como pasajero en un carro durante una hora de marcha continua				
Acostado, descansando en la tarde				
Sentado y conversando con alguien				
Sentado, tranquilo, después de un almuerzo sin alcohol				
En un carro, mientras se detiene unos minutos en un trancón				

**2. ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH VERSIÓN
COLOMBIANA (ICSP-VC)**

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren a su forma habitual de dormir únicamente durante el último mes en promedio. Sus respuestas intentarán ajustarse a la manera más exacta a lo ocurrido durante la mayoría de los días y noches del último mes. Por favor intente responder a todas las preguntas.

Durante el último mes,

1. ¿A qué hora se acostó normalmente en la noche?

ESCRIBA LA HORA HABITUAL EN QUE SE ACUESTA: / ___/___/

2. ¿Cuánto tiempo se demoró en quedarse dormido en promedio?

ESCRIBA EL TIEMPO EN MINUTOS: / ___/___/___/

3. ¿A qué hora se levantó habitualmente por la mañana?

ESCRIBA LA HORA HABITUAL DE LEVANTARSE: / ___/___/

4. ¿Cuántas horas durmió cada noche? (El tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en la cama)

ESCRIBA LAS HORAS QUE CREA QUE DURMIÓ: / ___/___/

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajusta a su caso. Por favor conteste a todas las preguntas:

5. Durante el mes pasado, cuantas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de.....	0. Ninguna vez en el último mes	1. Menos de una vez a la semana	2. Una o dos veces a la semana	3. Tres o más veces a la semana
a. No pudo quedarse dormido en la primera media hora				
b. Despertarse durante la noche o de madrugada				
c. Tener que levantarse para ir al baño				
d. No poder respirar bien				
e. Toser o roncar ruidosamente				
f. Sentir frío				
g. Sentir calor				
h. Tener “malos sueños” o pesadillas				
i. Tener dolores				
j. Otras razones (por favor, descríbalas)				
6. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tomado medicinas (recetadas por el médico o por su cuenta) para dormir?				
7. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido problemas para permanecer despierto mientras conducía, comía, trabajaba, estudiaba o desarrollaba alguna otra actividad social?				
	0. Nada problemático	1. Sólo ligeramente problemático	2. Moderadamente problemático	3. Muy problemático
8. Durante el último mes, ¿El “tener ánimos” qué tanto problema le ha traído a usted para realizar actividades como conducir, comer, trabajar, estudiar o alguna actividad social?				
	0. Muy buena	1. Bastante buena	2. Bastante mala	3. Muy mala
9. Durante el último mes, ¿Cómo calificaría en conjunto la calidad de su sueño?				

3. ESCALA DE IMPACTO DE EVENTOS

El día: ___/___/2004 (fecha), Usted experimentó un asalto sexual: SI: _____ NO: _____. Abajo encontrará una lista de comentarios hechos por personas después de haber sufrido, situaciones de estrés. Por favor, léalos y marque con una X con qué frecuencia ha experimentado Usted lo mismo **EN LA ULTIMA SEMANA (ULTIMOS 7 DÍAS)**.

1. Me surgieron pensamientos acerca de lo ocurrido sin que yo lo quisiera			
0. Nunca <input type="checkbox"/>	1. Raramente <input type="checkbox"/>	3. Algunas veces <input type="checkbox"/>	5. Frecuentemente <input type="checkbox"/>
2. Traté de evitar perturbarme cuando pensaba en lo ocurrido o algo me lo recordaba.			
0. Nunca <input type="checkbox"/>	1. Raramente <input type="checkbox"/>	3. Algunas veces <input type="checkbox"/>	5. Frecuentemente <input type="checkbox"/>
3. Hice esfuerzos para borrarlo de mi memoria.			
0. Nunca <input type="checkbox"/>	1. Raramente <input type="checkbox"/>	3. Algunas veces <input type="checkbox"/>	5. Frecuentemente <input type="checkbox"/>
4. Tuve problemas para dormirme o para mantenerme dormida porque me surgieron en la mente, imágenes o pensamientos acerca de lo ocurrido.			
0. Nunca <input type="checkbox"/>	1. Raramente <input type="checkbox"/>	3. Algunas veces <input type="checkbox"/>	5. Frecuentemente <input type="checkbox"/>
5. Me surgieron sentimientos intensos del tipo de los que sentí cuando me ocurrió aquel hecho.			
0. Nunca <input type="checkbox"/>	1. Raramente <input type="checkbox"/>	3. Algunas veces <input type="checkbox"/>	5. Frecuentemente <input type="checkbox"/>
6. Soñé con lo ocurrido.			
0. Nunca <input type="checkbox"/>	1. Raramente <input type="checkbox"/>	3. Algunas veces <input type="checkbox"/>	5. Frecuentemente <input type="checkbox"/>
7. Traté de evitar estar cerca de todo aquello que me recordara lo ocurrido.			
0. Nunca <input type="checkbox"/>	1. Raramente <input type="checkbox"/>	3. Algunas veces <input type="checkbox"/>	5. Frecuentemente <input type="checkbox"/>
8. Sentí como si aquel hecho no hubiera ocurrido o no hubiera sido real.			
0. Nunca <input type="checkbox"/>	1. Raramente <input type="checkbox"/>	3. Algunas veces <input type="checkbox"/>	5. Frecuentemente <input type="checkbox"/>
9. Traté de evitar hablar acerca de lo ocurrido			
0. Nunca <input type="checkbox"/>	1. Raramente <input type="checkbox"/>	3. Algunas veces <input type="checkbox"/>	5. Frecuentemente <input type="checkbox"/>
10. Me surgieron en la mente, imágenes acerca de lo ocurrido			
0. Nunca <input type="checkbox"/>	1. Raramente <input type="checkbox"/>	3. Algunas veces <input type="checkbox"/>	5. Frecuentemente <input type="checkbox"/>
11. Hubo circunstancias que me mantuvieron pensando en lo ocurrido			
0. Nunca <input type="checkbox"/>	1. Raramente <input type="checkbox"/>	3. Algunas veces <input type="checkbox"/>	5. Frecuentemente <input type="checkbox"/>
12. Traté de evitar los sentimientos vinculados con lo ocurrido			
0. Nunca <input type="checkbox"/>	1. Raramente <input type="checkbox"/>	3. Algunas veces <input type="checkbox"/>	5. Frecuentemente <input type="checkbox"/>
13. Traté de no pensar acerca de lo ocurrido			
0. Nunca <input type="checkbox"/>	1. Raramente <input type="checkbox"/>	3. Algunas veces <input type="checkbox"/>	5. Frecuentemente <input type="checkbox"/>
14. Cualquier hecho que me lo recordaba, me hacia sentir lo mismo que había sentido en aquella situación.			
0. Nunca <input type="checkbox"/>	1. Raramente <input type="checkbox"/>	3. Algunas veces <input type="checkbox"/>	5. Frecuentemente <input type="checkbox"/>

15. Estuve como si mis sentimientos acerca de lo ocurrido estuvieran anestesiados			
0. Nunca <input type="checkbox"/>	1. Raramente <input type="checkbox"/>	3. Algunas veces <input type="checkbox"/>	5. Frecuentemente <input type="checkbox"/>

4. DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. Adoptadas por la décima octava Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964, y enmendada por la vigésima novena Asamblea Médica Mundial realizada en Tokio en octubre de 1975, trigésima quinta Asamblea Médica Mundial en Venecia, octubre de 1983 y la cuadragésima primera Asamblea Médica Mundial en Hong Kong, septiembre de 1989 y la cuadragésima octava Asamblea General Somerset West, República de Sudáfrica, octubre de 1996.

INTRODUCCIÓN

Es misión del médico salvaguardar la salud de las personas. Su conocimiento y conciencia están dedicados al cumplimiento de esta misión.

La declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico a la aseveración: “La salud de mi paciente será mi empeño principal”, y el Código Internacional de Ética Médica declara que: “Cuando un médico proporcione una asistencia médica que pudiera tener un efecto de debilitamiento del estado físico y mental del paciente, el médico deberá actuar únicamente en interés del paciente”.

La finalidad de la investigación biomédica que implica a personas debe ser la de mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.

En la práctica médica actual, la mayoría de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o profilácticos implican riesgos. Esto rige especialmente en la investigación biomédica.

El progreso médico se basa en la investigación que, en última instancia, debe apoyarse en parte en la experimentación realizada en personas.

Deben adoptarse precauciones especiales en la realización de investigaciones que puedan afectar al medio ambiente, y debe respetarse el bienestar de los animales utilizados en la investigación.

Puesto que es esencial que los resultados de las pruebas de laboratorio se apliquen a seres humanos para obtener nuevos conocimientos científicos y ayudar a la humanidad enferma, la Asociación Médica Mundial ha preparado las siguientes recomendaciones como guía para todo médico que realice investigaciones biomédicas en personas. Esta guía debería revisarse en el futuro. Debe destacarse que las normas tal como se describen, constituyen únicamente una guía para los médicos de todo el mundo. Los médicos no quedan exonerados de las responsabilidades penales, civiles y éticas que recogen las leyes de sus propios países.

I. PRINCIPIOS BÁSICOS

1. La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica.

2. El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental.

La investigación biomédica que implique a personas debe ser realizada únicamente por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente cualificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento.

La investigación biomédica que implique a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde razón con el riesgo inherente para las personas.

Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos previsibles en razón con el riesgo inherente para el sujeto.

Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y sobre la personalidad del sujeto.

El médico debe abstenerse de comprometerse en proyectos de investigación que impliquen a personas a menos que crean fehacientemente que los riesgos involucrados son previsibles. El médico debe suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.

En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son

libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. El médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.

En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.

En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado será otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional, la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona.

Siempre y cuando el niño menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.

II. INVESTIGACIÓN MÉDICA COMBINADA CON ASISTENCIA PROFESIONAL (Investigación clínica)

1. En el tratamiento de una persona enferma, el médico debe tener la libertad de utilizar un nuevo procedimiento diagnóstico y terapéutico, si a su juicio, ofrece una esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.
2. Los posibles beneficios, riesgos y molestias de un nuevo procedimiento deben sopesarse frente a las ventajas de los mejores procedimientos diagnósticos y terapéuticos disponibles.
3. En cualquier estudio médico, todo paciente - inclusive los de un eventual grupo de control - debe tener la seguridad de que se le aplica el mejor procedimiento diagnóstico y terapéutico confirmado.
4. La negativa del paciente a participar en un estudio jamás debe perturbar la relación con su médico.
5. Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado, las razones concretas de esta decisión deben consignarse en el protocolo experimental para conocimiento del comité independiente (I.2).
6. El médico podrá combinar investigación médica con asistencia profesional, con la finalidad de adquirir nuevos conocimientos médicos, únicamente en la medida en que la investigación médica esté justificada por su posible utilidad diagnóstica o terapéutica para el paciente.

III: INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA NO TERAPÉUTICA QUE IMPLIQUE A PERSONAS (Investigación biomédica no clínica)

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en personas, es deber del médico seguir siendo el protector de la vida y la salud de la persona participante en la investigación biomédica.

2. Las personas participantes deben ser voluntarias, o bien personas sanas o pacientes cuya enfermedad no esté relacionada con el protocolo experimental.

3. El investigador o el equipo investigador debe suspender la investigación si estimasen que su continuación podría ser dañina para las personas.

4. En investigaciones en el hombre, el interés de la ciencia y la sociedad jamás debe prevalecer sobre consideraciones relacionadas con el bienestar de las personas.

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he sido informada que la Universidad Nacional de Colombia y el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses están realizando un estudio que permitirá conocer los factores que se relacionan con la presencia de alteraciones del sueño y síntomas por estrés postraumático. Se me informó que dentro de la investigación no se me realizarán estudios, ni exámenes clínicos de ningún tipo.

Yo he elegido libremente participar en el estudio. Entiendo que para esto debo participar en una entrevista y responder una encuesta que durará alrededor de 15 minutos.

Entiendo que mi participación es enteramente voluntaria y que si me rehúso a contestar cualquier pregunta se respetará mi elección, así como que puedo retirarme voluntariamente en cualquier momento del estudio sin que esto ocasione algún tipo de sanción.

Entiendo que participar en el estudio no conlleva riesgo alguno, que no obtendré beneficio individual y que se espera que el beneficio sea recibido por los pacientes mediante el conocimiento ganado por medio del presente estudio.

Entiendo que la información obtenida de mí será tratada de manera confidencial y que yo no voy a ser personalmente identificado en los resultados del estudio.

Se me ha preguntado si tengo alguna duda acerca del estudio en este momento.

Sé que si en un futuro tuviera alguna duda del mismo puedo contactar al Dr. Franklin Escobar Córdoba, en el Grupo de Neuropsiquiatría Forense Regional Bogota en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el teléfono 2896000 extensión 221 – 212 o al celular 300 558 85 64.

Firma de la entrevistada
C.C. No.

Firma de la entrevistadora
C.C. No.

Firma del testigo
C.C. No.

Firma del testigo
C.C. No.

6. DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS DE ASALTO SEXUAL

En la Ley 360 de 1997 sobre Delitos Sexuales (modificada por la Ley 599 de julio 24 de 2000) continúan vigentes los derechos de las víctimas contemplados en el Artículo 15 ratificando 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
- Ser informadas 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
- Información y tratamiento sobre anticoncepción de emergencia.

7. LISTA DE TABLAS

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

Tabla 2. Prevalencia de alteraciones del sueño y síntomas por estrés postraumático

Tabla 3. Cálculo del tamaño muestral mínimo para la variable dependiente alteraciones del sueño.

Tabla 4. Cálculo del tamaño muestral mínimo para la variable dependiente síntomas por estrés postraumático.

Tabla 5. Cálculo del tamaño muestral mínimo para alteraciones del sueño en el estudio descriptivo transversal.

Tabla 6. Operacionalización de las variables

Tabla 7. Promedio de edad de las mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 8. Mediana de la edad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 9. Distribución de la edad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 10. Distribución de la variable estrato socioeconómico en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 11. Distribución del estado civil en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 12. Distribución de las variables talla, peso, IMC y puntajes totales de las escalas: ESE-VC, ICSP-VC y EIE en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004

Tabla 13. Distribución de las variables talla, peso, IMC y puntajes totales de las escalas: ESE-VC, ICSP-VC y EIE en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 14. Distribución de la fecha del asalto sexual en las víctimas en Bogotá 2004.

Tabla 15. Distribución de la fecha de entrevista de las mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 16. Distribución de las variables en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 17. Distribución de la variable somnolencia según puntaje total de la ESE-VC en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 18. Distribución de las variables dependientes con puntajes totales según normalidad o no en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 19. Distribución del puntaje total de la variable calidad de sueño medida con el ICSP – VC en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 20. Distribución del puntaje total de la variable síntomas por estrés postraumático medida con la Escala de Impacto de Eventos en mujeres asaltadas y no asaltadas sexualmente en Bogotá 2004.

Tabla 21. Promedio del puntaje total de la variable EIE de las mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 22. Distribución de la variable calidad subjetiva del sueño en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 23. Distribución de la variable calidad subjetiva del sueño según patrón de normalidad o no en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 24. Calidad subjetiva del sueño en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 25. Distribución de la variable latencia de sueño en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 26. Distribución de la variable latencia de sueño según patrón de normalidad o no en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 27. Insomnio de conciliación en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004

Tabla 28. Distribución de la variable duración de sueño según tiempo total de sueño en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 29. Distribución de la variable duración de sueño según patrón de normalidad o no en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 30. Duración del sueño en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004

Tabla 31. Distribución de la variable eficiencia de sueño discriminada según porcentaje en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004

Tabla 32. Distribución de la variable eficiencia de sueño según patrón de normalidad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 33. Eficiencia del sueño en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004

Tabla 34. Distribución del puntaje total de la variable perturbaciones de sueño en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 35. Distribución del puntaje total de la variable perturbaciones de sueño según patrón de normalidad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 36. Distribución de la variable perturbaciones del sueño en mujeres asaltadas y no asaltadas sexualmente en Bogotá 2004.

Tabla 37. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de despertarse durante la noche o de madrugada en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 38. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de despertarse durante la noche o de madrugada según patrón de normalidad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 39. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de tener que levantarse para ir al baño en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 40. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de tener que levantarse para ir al baño según patrón de normalidad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 41. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de no poder respirar bien en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 42. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de no poder respirar bien en mujeres según patrón de normalidad asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 43. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de toser o roncar ruidosamente en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 44. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de toser o roncar ruidosamente en mujeres según patrón de normalidad asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 45. Distribución comparativa de la variable tener problemas para dormir a causa de sentir frío en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 46. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de sentir frío según patrón de normalidad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 47. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de sentir calor en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 48 Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de sentir calor según patrón de normalidad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 49. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de “tener malos sueños” o pesadillas en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 50. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de “tener malos sueños” o pesadillas según patrón de normalidad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 51. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de tener dolores en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 52. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de tener dolores o pesadillas según patrón de normalidad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 53. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de otras razones: ansiedad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 54. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de otras razones: miedo en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 55. Distribución de la variable tener problemas para dormir a causa de otras razones: preocupaciones en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 56. Distribución de la variable uso de medicación para dormir en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 57. Distribución de la variable uso de medicación para dormir según patrón de normalidad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 58. Distribución comparativa de la variable disfunción diurna en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 59. Distribución comparativa de la variable disfunción diurna según patrón de normalidad en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 60. Diferencia en días entre la fecha del asalto sexual y la fecha de la entrevista de las mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 61. Promedio en días entre la fecha del asalto sexual y la fecha de la entrevista de las mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 62. Diferencia en días entre la fecha del asalto sexual y la fecha de la entrevista en relación con el puntaje total de la EIE, ICSP-VC y ESE-VC de las mujeres asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 63. Razón de las variables estudiadas según patrón de normalidad o no en mujeres asaltadas y no asaltadas en Bogotá 2004.

Tabla 64. Razón de las variables estudiadas según patrón de normalidad o no en mujeres asaltadas y no asaltadas en relación con trastornos respiratorios del sueño (SAHOS, SRAVAS) en Bogotá 2004.

8. GLOSARIO DE TERMINOS

Abuso sexual: contacto o interacción entre un niño-a y un adulto, en el que el niño-a es utilizado para la satisfacción sexual del adulto o de terceros, desconociendo el desarrollo psicosexual del menor de edad. (Republica de Colombia. Ministerios de Salud. Guía para la atención del menor maltratado. Resolución 412 de 2000).

Asalto sexual: modalidad de delito sexual con agresión y violencia física y que puede estar acompañada de otro delito. (Niño F. (2001). Atención Víctimas de Delitos Sexuales. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses).

Prueba pericial: medio probatorio por el cual un experto en una materia o una ciencia informa a la autoridad sobre un hecho específico, materia de investigación. (República de Colombia. Ministerio de Justicia. Decreto 2700/91. Código de Procedimiento Penal).

Trastorno del Sueño: son condiciones caracterizadas por perturbaciones de los patrones usuales del sueño o sus conductas. Los trastornos del sueño se pueden dividir en tres categorías mayores: Los disomnios (por Ej. Los trastornos caracterizados por insomnio o Somnolencia), parasomnios: (conductas anormales durante el sueño) y los trastornos del sueño secundarios a trastornos médicos o psiquiátricos. (Thorpy MJ, (1994) Sleep Disorders Medicine; 187)

Trastorno de estrés postraumático: surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes, combates, accidentes graves, el ser víctima de tortura, terrorismo o de una violación). Las características típicas son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez. Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante. El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). (Criterios Diagnósticos Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10)

9. SIGLAS UTILIZADAS:

CRNV: Centro de Referencia Nacional sobre Violencia

CRD: cuaderno recolector de datos

CPAP: continued positive airway pressure. Presión positiva continua en la vía aérea superior

DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ENSM: Estudio Nacional de Salud Mental

EIE: escala de evaluación de impacto de eventos

ESE: escala de somnolencia de Epworth

IAH: índice de apnea hipopnea

ICSP: índice de calidad de sueño de Pittsburg

INMLCF: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

MOR: movimientos oculares rápidos

MPP: movimientos periódicos de las piernas o extremidades

PLMS: Prueba de Latencia Múltiple del Sueño

PSG: Polisomnografía

SAHOS: síndrome de apnea hipopnea de sueño

SPI: síndrome de piernas inquietas

SRAVAS: síndrome de resistencia aumentada de la vía aérea superior

TEPT: trastorno por estrés postraumático

TIMS: trastorno de iniciación y/o mantenimiento del sueño

TSE: trastorno de somnolencia excesiva

UL - RB - INMLCF: Unidades Locales Regional Bogotá del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses