

ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE LA TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL DE LA ESCALA ATENAS DE INSOMNIO

Alejandro Nenclares Portocarrero*, Alejandro Jiménez-Genchi**

SUMMARY

Introduction

Insomnia affects 30% of population; 10% suffers from chronic insomnia. Quantitative approaches have predominated in the clinical assessment of insomnia; however, the importance of evaluating qualitative aspects has been outlined in the last decade. This has been reflected in diagnostic criteria of classification systems. According to DSM-IV-TR, ICD-10, and ICSD, the diagnosis of insomnia does not require the objective quantification of reduced sleep.

For many years, sleep diaries/logs have been used in the measurement of insomnia, and although they contemplate the individual's subjective perception of sleep, they assess only sleep quantity.

In addition to the sleep diaries/logs, several instruments for the measurement of sleep problems have been developed on the basis of different clinical and/or research needs; the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), the Leeds Sleep Questionnaire, and the St. Mary's Hospital Sleep Questionnaire are some of them. Recently, the Athens Insomnia Scale (AIS) has been presented.

In contrast with previous instruments, AIS is based on the International Classification of Diseases (ICD-10) diagnostic criteria for insomnia.

This paper presents the results of a translation into Spanish and the validity study of the AIS with a sample of Mexican population.

Method

The AIS is a self-rating instrument of eight items. In its instructions, the requisites for sleep problems frequency and duration are established, and correspond to criterion B of insomnia (ICD-10). Nevertheless, the time period of study can be modified to adjust it to research and/or clinical interests. The first four items of AIS assess sleep problems from a quantitative point of view, and the fifth item assesses sleep quality. These five items correspond to criterion A. The last three items evaluate the impact of insomnia during the day (criterion C). A simplified version, consisting of the first five items has been proposed by the authors.

Each item can be rated in a 0-3 scale, where zero means the lack of problems and three the most severe condition. Total score is obtained from the sum of scores on eight items (range 0-24).

The guidelines of the World Health Organization (WHO) were followed with the aim of securing the equivalence between Spanish and English versions of the AIS. In this way, a bilingual group of experts revised the conceptual structure of the original scale and approved its susceptibility of translation. The instrument was translated into Spanish and this text was examined by the bilingual group and a monolingual group. Minor corrections were suggested by the monolingual group. Then, the Spanish text was back translated into English by another bilingual expert. After revising this back-translated text, the bilingual group considered that the Spanish version was equivalent to the original.

The sample consisted of a control group (n=146) of high school, undergraduate, and postgraduate students, and a clinical group of psychiatric outpatients (n=48) and inpatients (n=51). After giving their informed consent to participate, all subjects completed the AIS (eight items) with a modification in the time period of assessment.

Internal reliability coefficient, total-item correlations, and differences in scores for gender and group were calculated. Also, the AIS was subjected to factorial analysis.

Results

The sample was composed by young adults with a slightly larger proportion of women (57%) than men. Psychiatric patients showed significantly higher scores than control subjects, and obtained higher scores than men, but this difference was not significant. Age showed a significant but weak positive relation with AIS scores.

The AIS showed a high internal reliability in the whole sample (Cronbach's $\alpha=0.90$). The lowest coefficient (0.77) was observed in the control group and the highest one (0.93) in psychiatric outpatients. Total-item correlations ranged from moderate to high; again, control patients obtained the lowest and psychiatric patients the highest.

In the factorial analysis, the eight items emerged as a single component with a high percentage of explained variance (59.5%) and item-item correlations ranged from 0.38 to 0.75.

Discussion

These findings showed that AIS (Spanish text) is a useful instrument in the assessment of insomnia. Its brief and simple format let the clinician and/or researcher have a numerical index about sleep problems in just a few minutes. Another of the AIS's attributes

Correspondencia: Alejandro Jiménez-Genchi. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Dirección de Servicios Clínicos. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México, D. F. Tel. 5655-7999, ext. 527, 583. E-mail: jimalex@imp.edu.mx

*Médico Residente de Psiquiatría. Dirección de Servicios Clínicos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. E-mail: nenclares_alex@yahoo.com.

** Psiquiatra, Investigador en Ciencias Médicas C. Dirección de Servicios Clínicos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Recibido: 15 de junio de 2005. Aceptado: 19 de julio de 2005.

is the possibility of changing the time period of assessment. This contrasts with some other instruments which require longer times for rating and scoring. Besides, some questionnaires are less flexible and are designed to assess predetermined time periods.

Internal reliability obtained with the whole sample and with each group is almost identical to that obtained in the original report with a translation into Greek. This finding supports the efficiency of WHO's guidelines for translation of instruments, documents the cultural stability of certain constructs, and facilitates the integration of data from different investigations.

Even when several instruments are available for the evaluation of sleep problems, the PSQI is probably the most used, and as far as we know the only one which translation into Spanish has been subjected to a validity study. In comparison with AIS, the Spanish versions of PSQI have shown a less stable internal consistency. Furthermore, total-item and item-item correlations have been less satisfactory for the PSQI than for AIS.

The high degree of internal homogeneity of AIS is also supported by the results of factorial analysis where the eight items emerge as a single component, and total-item correlations ranged from moderate to high.

As an additional evidence for AIS validity, women and psychiatric patients showed higher scores, and age-related positively, but weakly, with AIS scores.

Recently, the results of a diagnostic validity study with AIS have been published and a cutoff score of six has shown to be the best balance between sensitivity and specificity for a correct case identification.

Future research should focus on the relation between AIS scores, age, and gender; the applicability of AIS in samples of patients with specific sleep disorders or different psychiatric disorders, and the AIS sensitivity to change (e.g., with or without pharmacological and/or no pharmacological interventions).

In conclusion, the AIS is a brief and reliable instrument for the measurement of insomnia in clinical practice and sleep research.

Key words: Insomnia, Athens Insomnia Scale, internal homogeneity, reliability.

RESUMEN

Introducción

El insomnio afecta a 30% de la población y un 10% de ésta lo padece en forma crónica. Tradicionalmente, en la evaluación del insomnio han predominado las aproximaciones cuantitativas; sin embargo, recientemente se ha hecho hincapié en la necesidad de explorar los aspectos cualitativos. Así lo demuestran los criterios diagnósticos de los principales sistemas de clasificación nosológica que incluyen a esta entidad.

Actualmente se dispone, además de los diarios de sueño, de algunos otros instrumentos para la medición de las dificultades para dormir. Basados en diferentes necesidades clínicas y de investigación se han desarrollado instrumentos como el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh, el Cuestionario de Evaluación del Dormir de Leeds y el Cuestionario del Dormir del Hospital de St. Mary, entre otros y, recientemente, la Escala Atenas de Insomnio (EAI). Esta última tiene su fundamento en los criterios diagnósticos para insomnio no orgánico de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, 10ª ed.

El presente trabajo presenta los resultados de un estudio de validación de la traducción al español de la escala antes mencionada con población mexicana.

Método

La Escala Atenas de Insomnio consta de ocho reactivos. Los primeros cuatro abordan el dormir cuantitativamente, el quinto reactivo la calidad del dormir y los últimos tres el impacto diurno. El instrumento fue diseñado para evaluar el mes previo; sin embargo, ofrece la posibilidad de ajustar dicho periodo a las necesidades clínicas o de investigación. Ha demostrado tener una consistencia interna y una confiabilidad prueba-reprueba satisfactorias.

En el proceso de traducción y homologación del instrumento original en inglés a su versión en español se siguieron los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud. De tal forma, un grupo de expertos bilingües revisó la escala original y dictaminó favorablemente la factibilidad de que fuera traducida. Se realizó la traducción al español, la cual fue revisada por el grupo bilingüe así como por un grupo monolingüe. Posteriormente, otro experto bilingüe (independiente del grupo bilingüe) realizó una traducción del español al inglés. Tras revisar esta última, el grupo bilingüe consideró que la versión en español era equivalente a la original.

La escala se aplicó a sujetos control (n=146), pacientes psiquiátricos hospitalizados (n=51) y ambulatorios (n=45). Se calcularon el coeficiente de consistencia interna global y, por grupo, los coeficientes de correlación entre la puntuación total y los reactivos y la edad, así como las diferencias en puntuación por sexo y por grupo. También se sometió el instrumento a análisis factorial.

Resultados

En general, la muestra estuvo conformada por población adulta joven con una proporción de mujeres ligeramente mayor de 59%.

Como se esperaba, los pacientes psiquiátricos presentaron puntuaciones significativamente mayores que los sujetos control. Algo similar sucedió con las mujeres, aunque esta diferencia no fue significativa. La edad se relacionó de manera significativa aunque en bajo grado con la puntuación en la EAI.

La EAI mostró un alto grado de homogeneidad interna y obtuvo un alfa de Cronbach de 0.90 para toda la muestra, de 0.77 para los sujetos control y de 0.88 y 0.93 para los pacientes psiquiátricos hospitalizados y ambulatorios, respectivamente. Los coeficientes de correlación entre el valor de cada reactivo y la puntuación total en la escala fueron de moderados a altos.

En el análisis factorial, los reactivos de la EAI surgieron como un solo componente con un porcentaje de la varianza explicada de 59.2% y coeficientes de correlación entre los reactivos de 0.38 a 0.75.

Discusión

Estos resultados muestran que la versión en español de la Escala de Insomnio de Atenas es un instrumento de formato breve y sencillo que se puede utilizar en dos versiones: la de cinco reactivos para valorar solamente dificultades en el dormir y la de ocho reactivos que incluye la medición del impacto diurno provocado por el insomnio. Es una escala con una elevada confiabilidad, por lo que puede emplearse en áreas clínicas y de investigación. Estos datos contrastan con las versiones en español del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh -el instrumento más utilizado en la evaluación de las dificultades para dormir- que ha mostrado ser menos consistente y tener un formato más complejo.

Palabras clave: Insomnio, Escala de Insomnio de Atenas, homogeneidad interna, confiabilidad.

INTRODUCCIÓN

Se estima que el insomnio afecta a 30% de la población, y que un 10% de ésta lo padece en forma crónica (8).

En la evaluación para diagnosticar el insomnio, los sistemas de clasificación actuales conceden una importancia mayor a la percepción subjetiva del paciente (1, 2, 13). De hecho, ninguna de estas taxonomías requiere la documentación objetiva del insomnio.

Por muchos años, en la medición del insomnio se han incluido los diarios de sueño, los cuales aun cuando son evaluaciones subjetivas, sólo abordan el dormir en términos cuantitativos, aunque para una evaluación completa del problema se deben incluir los aspectos cualitativos y el impacto diurno. Actualmente, se dispone de más instrumentos que evalúan las dificultades en el dormir como el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (3), el Cuestionario de Evaluación del Dormir de Leeds (7), el Cuestionario del Dormir del Hospital de St. Mary (6) y, en forma más reciente, la Escala Atenas de Insomnio (EAI) (11).

A diferencia de otros instrumentos, la EAI está basada en los criterios diagnósticos para insomnio no orgánico de la Clasificación Internacional de las Enfermedades 10ª ed. (CIE-10) (13). Algunos de sus atributos, como la aproximación a la percepción subjetiva del insomnio, la sencillez de aplicación y de calificación y su elevada confiabilidad hacen atractiva su aplicación en ambientes clínicos y de investigación. Por estas razones, realizamos un estudio de validación de su traducción al español en población mexicana, cuyos resultados presentamos a continuación.

MÉTODO

Descripción del instrumento

La EAI es un instrumento autoaplicable de ocho reactivos desarrollado por Soldatos y cols. (11). En sus instrucciones se establecen los requisitos de frecuencia y duración de las dificultades para dormir, que corresponden al criterio B para el diagnóstico de insomnio no orgánico de la CIE-10 (13). No obstante, la duración del periodo que se ha de evaluar puede modificarse para ajustarla a las necesidades clínicas o de investigación. Los primeros cuatro reactivos evalúan las dificultades para dormir desde un punto de vista cuantitativo y el reactivo 5 evalúa el dormir cualitativamente. Estos cinco reactivos corresponden al criterio A. Los últimos tres reactivos evalúan el impacto diurno del insomnio (criterio C). El autor ha propuesto una versión simplificada en la que se omiten estos últimos tres reactivos.

Los reactivos se responden en una escala de 0 a 3, donde cero significa ausencia de problema y tres la mayor severidad; la calificación total se obtiene de la suma de las calificaciones en cada reactivo, con un rango de 0 a 24.

Soldatos y cols. (11) han documentado una consistencia interna elevada (alfa de Cronbach=0.89), con índices de 0.90 en sujetos insomnes y 0.75 en sujetos control. Así también, han informado que hay una confiabilidad prueba-reprueba de 0.89.

Traducción del instrumento

Con el objeto de asegurar la mayor equivalencia de la traducción al español, se siguieron los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (10):

1. Un grupo bilingüe (tres expertos) revisó la estructura conceptual del instrumento en el idioma original (inglés) y aprobó su factibilidad para ser traducido.
2. El primer autor realizó la traducción al español.
3. El grupo bilingüe y un grupo monolingüe (tres expertos) revisaron la traducción. El grupo monolingüe propuso algunas modificaciones menores.
4. Un experto bilingüe tradujo al inglés la versión en español.
5. El grupo bilingüe revisó la traducción al inglés y finalmente consideró que la versión en español (anexo 1) era equivalente a la original en inglés.

Sujetos

La muestra se conformó con un grupo control (n=146) de estudiantes de bachillerato, universidad y posgrado, y otro de población clínica constituido por pacientes psiquiátricos hospitalizados (n=52) y ambulatorios (n=48).

Procedimiento

Tras otorgar su consentimiento para participar, todos los sujetos completaron la EAI en su versión de ocho reactivos con una modificación en la duración del periodo de evaluación. Las instrucciones del instrumento original establecen: "...siempre que haya ocurrido por lo menos tres veces por semana durante el último mes". En este estudio se cambió por: "...siempre que haya ocurrido en la última semana".

Análisis

Para el análisis de la homogeneidad interna del instrumento se calcularon el alfa de Cronbach y las correlaciones de Pearson entre los reactivos y la suma total de la EAI.

La EAI se sometió a análisis factorial por el método de extracción del componente principal, y se estableció el valor eigen en 1.

Además, se compararon las calificaciones entre los grupos y por género mediante la prueba U de Mann-Whitney. También se estimó la relación entre las puntuaciones en la EAI y la edad mediante la correlación de Pearson.

RESULTADOS

La muestra quedó finalmente constituida por 242 sujetos. Se excluyó a cuatro pacientes psiquiátricos (tres ambulatorios y uno hospitalizado) debido a que existían errores en la forma en que se llenó el instrumento.

En general, se trató de una muestra de población adulta joven, con una proporción de mujeres ligeramente mayor. La información demográfica de toda la muestra y para cada grupo aparece en el cuadro 1.

Como se esperaba, los pacientes psiquiátricos obtuvieron calificaciones significativamente más altas que el grupo control (9.79 ± 5.87 vs 4.75 ± 3.24 ; $U=3492.5$, $p < 0.0001$). Las mujeres presentaron puntuaciones más altas que los hombres aunque esta diferencia no fue significativa (mujeres 7.2 ± 5.4 vs hombres 6.1 ± 4.5 ; $U=6474.0$, $p=0.192$). La edad mostró una relación positiva significativa pero muy pobre con las puntuaciones en la EAI ($r=0.123$, $p=0.05$).

El coeficiente de confiabilidad de la EAI para la totalidad de la muestra fue de 0.90. Como se esperaba, la estimación de consistencia interna más baja se presentó en el grupo control (alfa de Cronbach=0.77) y la más alta en los pacientes psiquiátricos (hospitalizados=0.88 y ambulatorios = 0.93).

Los coeficientes de correlación entre el valor de cada reactivo y la puntuación total en la escala fueron de moderados a altos. De manera similar, el grupo control presentó las correlaciones más bajas y los pacientes psiquiátricos ambulatorios las más elevadas (cuadro 2).

En el análisis factorial, los ocho reactivos de la escala surgieron como un solo componente con un porcen-

CUADRO 1. Características demográficas y puntuaciones en la Escala Atenas de Insomnio

	Sexo (%)	Edad		Escala Atenas	
		Media (DE)	Rango	Media (DE)	Rango
Sujetos control (n=146)	53.4	24.7 ± 7.9	15-57	4.7 ± 3.2	0-22
Pacientes psiquiátricos ambulatorios (n=45)	68.9	35.1 ± 11.2	16-58	11.0 ± 6.1	1-22
Pacientes psiquiátricos hospitalizados (n=51)	56.9	33.9 ± 10.8	17-66	8.6 ± 5.4	0-21
Muestra total (n=242)	57.0	28.6 ± 10.4	15-66	6.7 ± 5.1	0-22

CUADRO 2. Correlación de Pearson entre las puntuaciones por reactivo y la suma total de la Escala Atenas de Insomnio

	Sujetos control (n=146)	Pacientes psiquiátricos ambulatorios (n=45)	Pacientes psiquiátricos hospitalizados (n=51)	Muestra total (n=242)
Inducción del dormir	0.57*	0.87*	0.79*	0.77*
Despertares en la noche	0.53*	0.87*	0.72*	0.76*
Despertar final temprano	0.53*	0.70*	0.51*	0.66*
Duración total del dormir	0.63*	0.90*	0.82*	0.76*
Calidad del dormir	0.73*	0.84*	0.85*	0.80*
Bienestar en el día	0.70*	0.86*	0.80*	0.83*
Funcionamiento diurno	0.61*	0.81*	0.82*	0.79*
Somnolencia diurna	0.68*	0.80*	0.63*	0.74*

* $p < 0.001$

taje de la varianza explicada de 59.2, y los coeficientes de correlación entre los reactivos fueron de 0.38 a 0.75.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que la EAI es un instrumento útil en la evaluación del insomnio. Su formato breve y sencillo permite obtener en pocos minutos un índice numérico de los problemas para dormir. Otro de sus atributos es la opción de cambiar el periodo que se desea evaluar. De hecho, la redacción de los reactivos permite evaluar periodos tan cortos como las 24 horas previas o tan largos como de un mes o incluso mayores.

Esto contrasta con otros instrumentos como el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (ICSP) (3), que requiere más tiempo para ser respondido y para cuya calificación es necesario realizar algunos cálculos aritméticos, los cuales, aunque son sencillos, terminan por demorar todo el procedimiento; además, algunos de los cuestionarios existentes son menos flexibles ya que están diseñados para evaluar periodos de tiempo predeterminados (por ejemplo, solamente el mes o la noche previa) (3, 6, 7).

La consistencia interna obtenida en la muestra total y en los distintos subgrupos de la versión en español de la EAI es casi idéntica a la obtenida en el informe original con una versión en griego (11). Este hallazgo es relevante por varias razones. En primer lugar, respalda la utilidad y eficiencia de los lineamientos de la OMS para la traducción de instrumentos; en segundo, documenta la existencia de características estables de un

constructo -en este caso, el insomnio- entre diferentes culturas y, en tercero, posibilita la comparación e integración de los resultados entre diferentes estudios.

Aunque se han desarrollado varios instrumentos para la medición de las dificultades para dormir, el ICSP es probablemente el más utilizado y, hasta donde sabemos, el único que ha sido objeto de validación al español (5, 9). Al menos en su traducción a este idioma, el ICSP ha demostrado ser menos consistente que la EAI. Mientras que en inglés el ICSP ha demostrado una consistencia interna más estable de entre 0.83 y 0.80 (3, 4), en las traducciones al español ha oscilado desde 0.67 en muestras de estudiantes y 0.77 en población heterogénea hasta 0.81 en poblaciones clínicas (5, 9). En la versión del ICSP validada en Colombia (5), las correlaciones entre los reactivos y la puntuación total oscilaron de 0.48 a 0.71 y las correlaciones entre reactivos de 0.30 a 0.38, resultado menos satisfactorio que las que hemos obtenido con la EAI.

El alto grado de homogeneidad de la EAI es, además, respaldado por los resultados del análisis factorial en donde surgió un solo factor, y por los coeficientes de correlación entre las puntuaciones de los reactivos y la suma total que fueron, en su mayoría, de moderados a altos. Ningún otro instrumento de este tipo en su versión en español -incluyendo el ICSP- se ha sometido a análisis factorial.

Como evidencias adicionales de la validez de la EAI, las mujeres y los pacientes psiquiátricos -poblaciones en quienes se ha descrito consistentemente una mayor prevalencia de insomnio (8)- obtuvieron calificaciones más altas. Incluso, la edad se relacionó significativamente, aunque en forma muy débil con las puntuaciones de los EAI (lo cual puede deberse a que 77.7% de la muestra tenía entre 15 y 34 años).

Recientemente, Soldatos y cols. (12) publicaron los resultados del estudio de validación diagnóstica de la EAI y propusieron una calificación igual o mayor de seis puntos para distinguir a los sujetos insomnes de aquellos sin insomnio.

En estudios posteriores será recomendable abordar las relaciones de la EAI con la edad y el género, su utilidad en poblaciones con trastornos específicos del dormir u otros trastornos psiquiátricos y su susceptibilidad de cambio (por ejemplo, al introducir una maniobra conductual o farmacológica).

En conclusión, la EAI es un instrumento sencillo y confiable para evaluar el insomnio en la práctica clínica cotidiana así como en el campo de la investigación.

Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento al grupo bilingüe (Joan Weisenberger, Joanna Landeros, Angeli Landeros), al grupo monolingüe (Martha Ontiveros, Danelia Mendieta, Alejandro Caballero) y a Mario Aranda (traducción al inglés de la versión en español) por su colaboración en el proceso de traducción y equivalencia de la EAI. Asimismo, agradecemos la colaboración de Francisco Pellicer, Armando Patrón y Pedro Camacho, en la aplicación de la EAI.

REFERENCIAS

1. AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE: *International Classification of Sleep Disorders, Revised: Diagnostic and Coding Manual*. American Academy of Sleep Medicine. Chicago, 2001.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. Cuarta edición. APA Press. Washington, 1994.
3. BUYSSE DJ, REYNOLDS III CF, MONK TH, BERMAN SR, KUPFER DJ: The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*, 28:193-213, 1989.
4. CARPENTER JS, ANDRYKOWSKI MA: Psychometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *J Psychosom Res*, 45:5-13, 1998
5. ESCOBAR-CORDOBA F, ESLAVA-SCHMALBACH J: Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Rev Neurol*, 40:150-155, 2005
6. ELLIS BW, JOHNS MW, LANCASTER R, RAPTOPOULOS P y cols.: The St. Mary's Hospital Sleep Questionnaire: a study of reliability. *Sleep*, 4:93-97, 1981.
7. PARROT AC, HINDMARCH I: The Leeds Sleep Evaluation Questionnaire in psychopharmacological investigations - a review. *Psychopharmacology*, 71:173-179, 1980.
8. PARTINEN M, HUBLIN C: Epidemiology of sleep disorders. En: Kryger M, Roth T, Dement W (eds.). *Principles and Practice of Sleep Medicine*. WB Saunders, 558-579, Philadelphia, 2000.
9. ROYUELA A, MACIAS JA: Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh, *Vigilia-Sueño*, 9:81-94, 1997.
10. SARTORIUS N, JANCA A: Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 31:55-69, 1996.
11. SOLDATOS CR, DIKEOS DG, PAPARRIGOPOULOS TJ: Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res*, 48:555-560, 2000.
12. SOLDATOS CR, DIKEOS DG, PAPARRIGOPOULOS TJ: The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *J Psychosom Res*, 55:263-267, 2003.
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Ginebra, 1992.

ANEXO 1

Escala Atenas de Insomnio

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

INSTRUCCIONES:

Esta escala está diseñada para registrar su propia percepción de cualquier dificultad en el dormir que usted pudiera haber experimentado. Por favor marque (encerrando en un círculo el número correspondiente) la opción debajo de cada enunciado para indicar su estimación de cualquier dificultad, siempre que haya ocurrido durante la última semana.

Inducción del dormir (tiempo que le toma quedarse dormido una vez acostado).

0. Ningún problema.
1. Ligeramente retrasado.
2. Marcadamente retrasado.
3. Muy retrasado o no durmió en absoluto.

Despertares durante la noche.

0. Ningún problema.
1. Problema menor.
2. Problema considerable.
3. Problema serio o no durmió en absoluto.

Despertar final más temprano de lo deseado.

0. No más temprano.
1. Un poco más temprano.
2. Marcadamente más temprano.
3. Mucho más temprano o no durmió en lo absoluto.

Duración total del dormir.

0. Suficiente.
1. Ligeramente insuficiente.
2. Marcadamente insuficiente.
3. Muy insuficiente o no durmió en absoluto.

Calidad general del dormir (no importa cuánto tiempo durmió usted).

0. Satisfactoria.
1. Ligeramente insatisfactoria.
2. Marcadamente insatisfactoria.
3. Muy insatisfactoria o no durmió en absoluto.

Sensación de bienestar durante el día.

0. Normal.
1. Ligeramente disminuida.
2. Marcadamente disminuida.
3. Muy disminuida.

Funcionamiento (físico y mental) durante el día.

0. Normal.
1. Ligeramente disminuido.
2. Marcadamente disminuido.
3. Muy disminuido.

Somnolencia durante el día.

0. Ninguna.
1. Leve.
2. Considerable.
3. Intensa.