

Confiabilidad y análisis factorial de la Escala de Creencias y Actitudes Disfuncionales acerca del Dormir en población mexicana

Reliability and factorial analysis of the Dysfunctional Beliefs and Attitudes Scale About Sleep in Mexican population

Carlos Olivera-López y Alejandro Jiménez-Genchi*

Resumen

Introducción: Los comportamientos y pensamientos que un individuo tiene acerca del sueño tienen influencia en la persistencia o la resolución del insomnio. Con el fin de evaluarlos se desarrolló la Escala de Actitudes y Creencias Disfuncionales acerca del Dormir (DBAS, Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale).

Objetivo: Evaluar la confiabilidad y la composición factorial de la versión en español de 16 reactivos de la DBAS.

Método: Se utilizó un diseño transversal de dos muestras independientes: un grupo clínico con insomnio y un grupo control. Se estimó el coeficiente de consistencia interna, se hizo el análisis factorial exploratorio de la escala y se compararon las puntuaciones entre los grupos.

Resultados: Se incluyeron 166 pacientes con insomnio y 115 individuos control que completaron la DBAS. La escala mostró un coeficiente de confiabilidad satisfactorio (con un alfa de Cronbach de 0.85) y una estructura de tres factores que explicaron el 49.2% de la varianza. Los pacientes con insomnio tuvieron calificaciones significativamente mayores que los sujetos control en la puntuación total y en los tres factores.

Abstract

Background: The behaviors and thoughts that individuals have about sleep have an influence on the persistence or improvement of insomnia. The Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS) was developed with the aim to measure them.

Objective: To assess the reliability and factorial composition of the Spanish version of the 16-item DBAS.

Method: A cross-sectional design of two independent samples was used: one group with insomnia and a control group without it. We estimated the DBAS internal consistency coefficient and compared scores between groups; we also performed an exploratory factorial analysis of the scale.

Results: 166 patients with insomnia and 115 control individuals filled-out the DBAS. The scale showed a satisfactory reliability coefficient (with a Cronbach's alpha of 0.85) and we found it was composed by three factors which explained 49.2% of the variance. Insomnia patients had significantly higher scores on the total DBAS score and in each one of the 3 factors.

Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Clínica de Sueño. Ciudad de México, México

Correspondencia:

*Alejandro Jiménez-Genchi

E-mail: jimalex@imp.edu.mx; alejgenchi@gmail.com

2448-5667 / © 2020 Instituto Mexicano del Seguro Social. Publicado por Permayer. Éste es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 06/02/2019

Fecha de aceptación: 06/07/2020
DOI: 10.24875/RMIMSS.M2000085

Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2020;58(5):557-565

<http://revistamedica.imss.gob.mx/>

Conclusiones: La versión en español de la DBAS de 16 reactivos es un instrumento confiable para evaluar algunos comportamientos y creencias relacionadas con el dormir que se presentan en el insomnio.

Palabras clave: Creencias; Sueño; Trastornos del Inicio y del Mantenimiento del Sueño; Confiabilidad de los Resultados; Medición

Introducción

El insomnio crónico es un trastorno caracterizado por dificultades persistentes para iniciar o mantener el sueño, las cuales ocurren a pesar de tener las condiciones adecuadas para dormir y se acompañan de consecuencias diurnas, como fatiga, malestar, ansiedad, irritabilidad y fallas en la atención y la memoria, entre otras.¹

El insomnio, ya sea como síntoma o como trastorno, es la alteración del sueño más frecuente en la población. En México, se estima que entre el 35% y el 40% de los adultos presentan síntomas de insomnio, y alrededor del 18% presentan el trastorno por insomnio.^{2,3} La presencia de insomnio se asocia con un alto costo personal y social que incluye ausentismo en el trabajo, mayor costo de atención en salud, disminución de la calidad de vida⁴ y un riesgo elevado para desarrollar un trastorno depresivo mayor⁵ y enfermedades cardiovasculares⁶ y metabólicas.⁷ De hecho, el insomnio crónico con gran frecuencia coexiste con otras condiciones médicas y con trastornos psiquiátricos.⁸ Por estas razones, se le reconoce como un problema de salud pública.

Las causas del insomnio crónico son diversas, complejas y todavía no bien conocidas. Entre los modelos hipotéticos para explicar el insomnio se encuentra el cognitivo. En su forma más simple, el modelo cognitivo desarrollado por Beck⁹ en la década de 1960 propone que los trastornos mentales tienen en común una distorsión del pensamiento, es decir, una deformación en la interpretación de ciertas experiencias, la cual influye en el estado de ánimo y en la conducta del sujeto. Partiendo de ello, la terapia cognitiva tiene como objetivo producir cambios en los pensamientos y sistemas de creencias de los individuos, y en consecuencia, en las emociones y comportamientos. De acuerdo con los modelos cognitivos del insomnio, tanto los comportamientos y los pensamientos que un individuo tiene acerca del sueño así como aquellos que se presentan en respuesta a las noches de insomnio tienen un papel determinante en su persistencia o su resolución. En

Conclusions: The Spanish version of the 16-item DBAS is a reliable instrument to measure several behaviors and beliefs about sleep in insomnia patients.

Keywords: Beliefs; Sleep; Sleep Initiation and Maintenance Disorders; Reliability of Results; Measurement

este sentido, Morin *et al.*¹⁰ observaron que en los pacientes con insomnio eran más fuertes las creencias sobre las consecuencias negativas del insomnio, era mayor la desesperanza ante la amenaza de perder el control de su sueño y sentían más desamparo ante la impredecibilidad del sueño. A partir de estos hallazgos y con el fin de identificar estas cogniciones relacionadas con el insomnio, los autores desarrollaron la Escala de Actitudes y Creencias Disfuncionales acerca del Sueño (DBAS, *Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale*).¹¹ La DBAS se compone de 30 reactivos que se agrupan en cinco dimensiones o categorías: 1) consecuencias del insomnio sobre el estado de ánimo, la salud o la actividad diaria; 2) preocupaciones sobre la pérdida de control y predicción del sueño; 3) expectativas irreales sobre la necesidad del sueño; 4) atribuciones causales del insomnio; y 5) creencias sobre hábitos o conductas que favorecen el sueño.

Morin *et al.*¹¹ reportaron una consistencia interna para la DBAS de 0.80 y una correlación ítem-total de 0.37. Las versiones en francés e italiano de la escala también mostraron confiabilidades satisfactorias: alfa = 0.90 y alfa = 0.85, respectivamente.¹² Se encontró, además, que el instrumento permitía discriminar entre sujetos insomnes y no insomnes,¹³ y podía ayudar a identificar distintos subgrupos de individuos con insomnio.¹⁴ También se observó que la escala era sensible a los cambios producidos por la terapia cognitivo-conductual para el insomnio.^{15,16}

Sin embargo, en otras investigaciones se han obtenido coeficientes de confiabilidad ligeramente más bajos y se ha cuestionado la composición factorial original de la DBAS, así como la pertinencia de algunos de los reactivos.^{17,18} Por esto, Espie *et al.*¹⁷ propusieron una versión reducida, de 10 reactivos, la cual conserva una confiabilidad aceptable y también distingue a los individuos con insomnio, pero es más sensible al cambio producido por una intervención terapéutica.¹⁸ En consonancia con lo anterior, pocos años más tarde Morin *et al.*,¹⁹ basándose en un análisis

tanto conceptual como estadístico de la escala, propusieron una versión abreviada con el fin de ampliar su uso entre los investigadores. Esta versión de 16 reactivos presenta propiedades psicométricas satisfactorias y comparables con el instrumento original de 30 reactivos.¹⁹

Sierra y Delgado-Domínguez²⁰ evaluaron las propiedades psicométricas de la versión en español de la DBAS en una muestra de estudiantes universitarios. Encontraron que solo dos de las dimensiones originales mostraban coeficientes de confiabilidad aceptables y que las correlaciones ítem-total eran bajas en, por lo menos, la mitad de los reactivos. Además, en el análisis factorial exploratorio hallaron que únicamente uno de los factores presentaba una consistencia interna adecuada ($\alpha = 0.85$), con lo que plantearon, al igual que en estudios anteriores, que la escala podría reducirse a este factor compuesto por 15 reactivos. En un estudio subsecuente, con una muestra de trabajadores con distintos horarios laborales, obtuvieron resultados similares y señalaron que solo 18 reactivos agrupados en cuatro dimensiones presentaban propiedades psicométricas satisfactorias.²¹ Aunque estos hallazgos coinciden parcialmente con los de otros estudios realizados con la versión original de la DBAS,^{17,18} la ausencia de una muestra de individuos con insomnio limita la validez de sus resultados.

La DBAS ha sido un instrumento muy valioso en la construcción del conocimiento sobre los mecanismos psicológicos del insomnio, y también puede ser de utilidad en la práctica, al auxiliar al clínico en la identificación de pensamientos y actitudes mal adaptativas relacionadas con el sueño. Esto último es de particular importancia porque las creencias disfuncionales relacionadas con el sueño son una de las dianas del tratamiento cognitivo conductual para el insomnio, considerado actualmente la intervención terapéutica de primera línea ante este padecimiento.²² Sin embargo, dada la variabilidad observada en algunas de las cualidades psicométricas de la escala, en el presente estudio nos propusimos evaluar la confiabilidad y la composición factorial de la versión en español de la DBAS de 16 reactivos en una población con insomnio y en sujetos control.

Método

El diseño del estudio fue transversal y estuvo conformado por dos muestras independientes: un grupo clínico con insomnio y un grupo control.

Participantes

El grupo de pacientes con insomnio se obtuvo de la población referida al programa de tratamiento cognitivo conductual para insomnio de la Clínica de Sueño del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en el periodo comprendido entre marzo de 2010 y enero de 2012. Se incluyeron hombres y mujeres, con una edad ≥ 18 años y una calificación > 6 puntos en la Escala Atenas de insomnio.^{23,24} Los sujetos del grupo control se seleccionaron entre estudiantes de dos universidades públicas de la Ciudad de México, familiares de pacientes de dos instituciones públicas de salud de la Ciudad de México, así como conocidos de los investigadores, y se incluyeron hombres y mujeres ≥ 18 años que obtuvieron una calificación < 10 puntos en el Índice de gravedad del insomnio²⁵ y que proporcionaron su consentimiento verbal para participar.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (número de aprobación CEI/C/078/2016), y se consideró como investigación de riesgo mínimo.

Instrumento

La DBAS es una escala desarrollada por Morin *et al.*^{10,19} en sus versiones de 30 y 16 reactivos. Se trata de un cuestionario autoaplicable diseñado para identificar y evaluar diversas cogniciones relacionadas con el dormir y el insomnio (por ejemplo, creencias, actitudes, expectativas, valoraciones, atribuciones). La escala original se construyó a partir de la conceptualización del insomnio crónico y de la experiencia clínica de su autor en torno a las creencias, los pensamientos, las evaluaciones y las preocupaciones expresadas por los pacientes con insomnio. La naturaleza de estas creencias se agrupó en cuatro factores: consecuencias del insomnio, preocupación acerca del sueño, expectativas del sueño y medicación. El sujeto evaluado debe indicar el grado de acuerdo o desacuerdo que muestra ante la afirmación que cada reactivo presenta. En la versión original de 30 reactivos, el formato de respuesta consiste en una escala análoga visual, sobre la cual la persona debe indicar, por medio de una marca, su grado de acuerdo o desacuerdo en una línea de 10 cm. En la versión de 16 reactivos se modificó y adoptó la forma de una escala tipo Likert que va de 0 (fuertemente en desacuerdo) a 10 (fuertemente de acuerdo). En el presente estudio se

empleó la traducción al español realizada por Sierra y Delgado-Domínguez,²⁰ que incluye una modificación en el formato de respuesta, que consiste en una escala tipo Likert de 5 puntos, que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), aunque se decidió conservar la dirección original, es decir, que a mayor puntuación, más pensamientos y actitudes disfuncionales. La puntuación total o de cada factor se obtiene sumando la calificación de cada reactivo y promediándola con el número de reactivos. La versión de 16 reactivos muestra una adecuada consistencia interna (alfa = 0.77-0.79) y una estabilidad temporal de $r = 0.83$.¹⁹ La puntuación total de esta versión reducida ha mostrado una validez concurrente significativa con otras medidas de autorreporte, como la gravedad del insomnio, la ansiedad y la depresión.

Como parte de la adaptación de la DBAS de 16 reactivos, se hicieron modificaciones mínimas en dos reactivos con el fin de contar con una equivalencia cultural (por ejemplo, se sustituyó «espabilado» por «despabilado» en el reactivo 6).²⁶ Posteriormente se realizó una revisión por cuatro jueces especialistas en sueño, quienes compararon el reactivo original en inglés y la versión adaptada en español. Los jueces hicieron algunas observaciones y se realizaron cambios mínimos (por ejemplo, en el formato de presentación). Posteriormente se hizo una prueba piloto con la escala para confirmar la comprensión de cada reactivo y tener información sobre las posibles dificultades que se podrían presentar al contestar la escala.

Procedimiento

Los pacientes con insomnio completaron la versión adaptada de la DBAS de 16 reactivos como parte de la evaluación del programa de tratamiento cognitivo conductual, mientras que los individuos control lo hicieron inmediatamente después de aceptar participar.

Análisis

Con respecto a las características generales de la muestra, para las variables nominales (sexo) se obtuvieron los porcentajes del total de pacientes y controles que participaron en el estudio; además, se realizó un análisis no paramétrico con la prueba de ji al cuadrado para determinar las diferencias entre el grupo de pacientes y los controles. Para las variables continuas se obtuvo la asimetría y se realizó un análisis visual del histograma de frecuencias con el fin de determinar la distribución de los valores dentro de la curva normal.

La edad no presentó una distribución normal, por lo que se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para calcular las diferencias significativas en esta variable entre el grupo de pacientes y el grupo de controles. La escolaridad y las puntuaciones en el Índice de gravedad del insomnio y en la DBAS de 16 reactivos presentaron una distribución normal, por lo que se utilizó la prueba paramétrica t de Student para comparar estas variables entre el grupo de pacientes y el grupo de controles.

En cuanto al análisis psicométrico de los reactivos del instrumento, se llevaron a cabo las siguientes pruebas: 1) se incurrió en un sesgo para identificar la variabilidad que tienen los reactivos dentro de la curva normal; 2) se realizó la prueba t de Student para muestras independientes entre los dos cuartiles extremos para comprobar la discriminación de reactivos; 3) se hizo el análisis de tablas de contingencia con la variable de grupo extremo para contrastar reactivo por reactivo y analizar si las frecuencias estaban en la dirección adecuada; y 4) se llevó a cabo la correlación reactiva total para identificar el grado de asociación entre los reactivos y de esa manera elegir un método de rotación.

Con las pruebas estadísticas efectuadas se determinó que todos los reactivos discriminaban ($p < 0.01$) y presentaban una direccionalidad adecuada, así como correlaciones reactivototal entre 0.27 y 0.64. También se realizaron la prueba de esfericidad de Bartlett y el índice de adecuación muestral de KaiserMeyerOlkin (KMO) para saber si la matriz de correlaciones podía factorizarse. Tomando en cuenta lo anterior, se efectuó un análisis factorial con rotación ortogonal para obtener la estructura factorial de la escala. En la conformación de los factores, se eligieron los reactivos con cargas factoriales ≥ 0.40 con valores propios > 1 . Una vez obtenidos los factores, se calcularon los índices de confiabilidad total y por factor de la escala (alfa de Cronbach). Posteriormente se compararon las puntuaciones totales y por factor de la escala entre los grupos. Finalmente, se calculó la confiabilidad (alfa de Cronbach) de los factores propuestos por Morin *et al.*¹⁹ en su escala.

Todos los análisis se realizaron con SPSS, versión 22, para Windows.

Resultados

Participaron en el estudio 299 individuos, de los cuales se incluyeron 281 (Fig. 1). De esta manera, la muestra final estuvo conformada por 166 pacientes y 115 sujetos control. En la composición por sexo no se

Cuadro I. Características sociodemográficas de la muestra de pacientes y controles para la DBAS de 16 reactivos

Variables	Pacientes (n = 166)		Controles (n = 115)		p
	n	%	n	%	
Sexo					
Mujeres	109	65.7	74	64.3	0.89*
Hombres	57	34.3	41	35.7	
	Mediana	RI	Mediana	RI	
Edad (años)	45.5	23-54.2	23	20-40	< 0.01 [†]
	Media ± DE		Media ± DE		
Años de escolaridad	13.31 ± 3.64		15.64 ± 1.7		< 0.01 [‡]
DBAS-16	53.50 ± 11.97		39.34 ± 9.79		< 0.01 [‡]
Índice de gravedad del insomnio	14.85 ± 3.54		5.17 ± 2.82		< 0.01 [‡]

DBAS16: Escala de Creencias y Actitudes Disfuncionales acerca del Dormir; DE: desviación estándar; RI: rango intercuartílico.

*Prueba de ji al cuadrado.

[†]Prueba U de Mann-Whitney.

[‡]Prueba t de Student para muestras independientes.

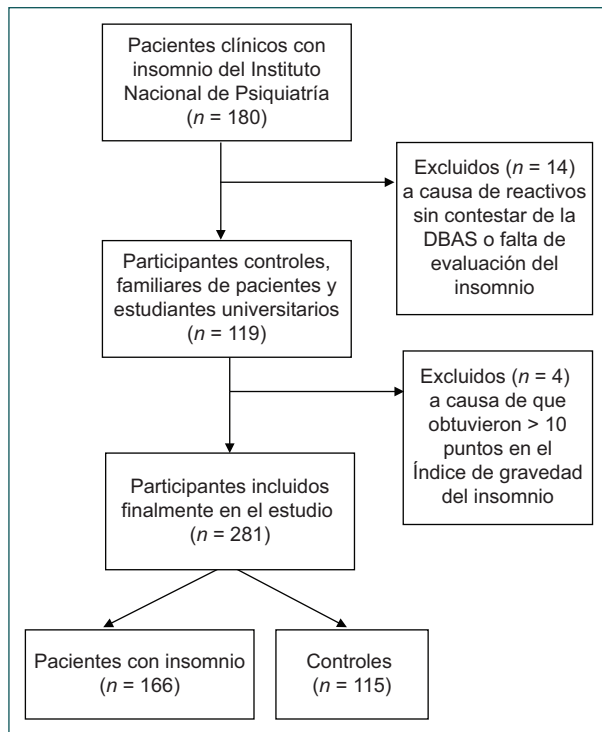


Figura 1. Flujograma de participantes.

observaron diferencias significativas entre el grupo con insomnio y el grupo control (mujeres: 65.6% frente a 64.3%; hombres: 34.3% frente a 35.7%, respectivamente: ji al cuadrado = 0.05; gl 1; p = 0.89). En cambio, los pacientes con insomnio tuvieron una edad

significativamente mayor que los controles (Md = 45.5 y 23, respectivamente; z = -5.38; p < 0.01), y el grupo control tuvo una mayor escolaridad (13.3 ± 3.6 frente a 15.6 ± 1.7 años; p < 0.01) (Cuadro I).

Con respecto al instrumento, los resultados de la prueba de esfericidad de Bartlett (1231.123; gl 120; p ≤ 0.000) y el índice de adecuación muestral de KMO (0.882) indicaron que el análisis factorial era viable. Con el análisis factorial se agruparon los 16 reactivos en tres factores: 1) consecuencias de dormir mal, 2) preocupaciones sobre el impacto del insomnio y sus posibles soluciones, y 3) preocupación acerca del tiempo de sueño. Los tres factores explicaron el 49.23% de la varianza total con un alfa de Cronbach de 0.85 y para cada factor de 0.54 a 0.78. La distribución de reactivos por factor, los pesos factoriales, la varianza explicada, el alfa de Cronbach, las medias y las desviaciones estándar se presentan en el cuadro II.

De acuerdo con la distribución de los reactivos, se puede apreciar que los pesos factoriales más altos corresponden a los factores denominados *Consecuencias de dormir mal* y *Preocupación acerca del tiempo de sueño*. Esto indica que las personas parecen tener una mayor preocupación por el impacto que tendrá una mala noche de sueño y anticipan las consecuencias físicas o emocionales que perjudican sus actividades diurnas, y la poca capacidad que tienen para sobrellevar estas consecuencias de su mal dormir; además, los resultados sugieren que la preocupación por las horas que la persona logra dormir

Cuadro II. Reactivos y pesos factoriales de los factores que integran la DBAS de 16 reactivos

Reactivos	Factores		
	1	2	3
21. Cuando me siento cansado/a, sin fuerzas o simplemente me parece que no rindo durante el día generalmente es porque no pude dormir bien por la noche	0.740	0.151	0.209
18. Si no duermo correctamente por la noche, apenas puedo funcionar al día siguiente	0.669	0.316	0.161
19. Nunca puedo prever si voy a dormir bien o si pasaré una mala noche	0.634	0.201	-0.189
12. Cuando estoy irritable, deprimido/a, ansioso/a, durante el día, casi siempre es porque la noche anterior no he dormido bien	0.642	0.233	0.183
5. Me preocupa que el insomnio crónico pueda tener consecuencias graves sobre mi salud física	0.632	-0.009	0.174
20. Tengo poca capacidad para sobrellevar las consecuencias negativas de dormir mal	0.506	0.391	-0.030
10. Después de una mala noche, sé que la falta de sueño interferirá en mi actividad normal durante el día	0.462	0.028	0.419
26. Cuando he dormido mal por la noche, evito o cancelo mis obligaciones (sociales, familiares, de trabajo, etc.)	0.236	0.719	0.011
28. Probablemente la medicación es la única solución para el insomnio	0.039	0.696	0.040
11. Para estar alerta y funcionar bien durante el día es mejor que me tome una pastilla para dormir, en lugar de tener una mala noche de sueño	0.174	0.662	0.023
24. Creo que el insomnio es esencialmente el resultado de un desequilibrio químico	0.052	0.616	0.243
25. Me parece que el insomnio está destruyendo mi capacidad para disfrutar de la vida y que me impide hacer lo que yo quiero	0.507	0.553	0.053
8. Me preocupa que pueda perder el control de mi capacidad de dormir	0.386	0.464	0.142
17. Si una noche duermo mal sé que esto alterará mi ritmo de sueño durante toda la semana	0.299	0.424	0.318
2. Si una noche no consigo dormir lo necesario, necesito recuperar el sueño haciendo una siesta al día siguiente o durmiendo más a la siguiente noche	0.021	0.119	0.781
1. Necesito dormir 8 horas para sentirme despejado/a y funcionar bien durante el día	0.166	0.100	0.727
Alfa de Cronbach	0.787	0.781	0.544
Varianza explicada	32.6%	8.8%	7.8%
Media \pm desviación estándar	3.32 \pm 1.43	2.53 \pm 1.53	3.58 \pm 1.12

tiene un impacto en su buen funcionamiento durante el día. La definición de los factores y los reactivos que integran cada uno se presentan en el **cuadro III**.

El cálculo de la consistencia interna de los factores siguiendo la propuesta de Morin *et al.*¹⁹ produjo los siguientes resultados: factor 1, consecuencias: 0.75;

factor 2, preocupación/desamparo: 0.73; factor 3, expectativas: 0.54; y factor 4, medicamentos: 0.57.

Una vez obtenidos los factores, se realizó un análisis de varianza (ANCOVA) para determinar si había diferencias entre las puntuaciones de los factores obtenidos en la escala entre pacientes y controles, y si la

Cuadro III. Definición y reactivos de los factores de la DBAS de 16 reactivos

Factores	Definición	Reactivos
Consecuencias de dormir mal (siete reactivos)	Hace referencia a las consecuencias que la persona asocia con un mal sueño nocturno o que anticipa al dormir mal	5, 10, 12, 18, 19, 20 y 21
Preocupaciones sobre el impacto del insomnio y sus posibles soluciones (siete reactivos)	Indica las preocupaciones magnificadas sobre el impacto que tiene el insomnio en las actividades diurnas y las soluciones que pueden aminorarlo	8, 11, 17, 24, 25, 26 y 28
Preocupación acerca del tiempo de sueño (dos reactivos)	Se caracteriza por la preocupación insistente de dormir suficiente tiempo o recuperarlo durmiendo durante el día. Este indicador destaca la importancia que se da a la duración que debe tener el sueño	1 y 2

edad de los participantes era una variable que influía en esas creencias. En el [cuadro IV](#) se puede observar que hay diferencias significativas en la puntuación total, así como en los tres factores que componen la escala. Las puntuaciones son significativamente más altas en los pacientes con insomnio que en los controles. La edad no fue una variable que influyera en dichas diferencias [F 1.74, (279); $p = 0.18$].

Discusión

Los resultados del presente estudio indican que la versión en español de la DBAS de 16 reactivos posee una consistencia interna satisfactoria y una estructura factorial de tres componentes. Asimismo, los datos obtenidos reproducen los resultados observados en distintas poblaciones respecto a una mayor presencia de creencias y pensamientos disfuncionales acerca del sueño entre los pacientes con insomnio.^{9,27}

Los componentes que se obtuvieron en el análisis factorial no coinciden del todo con los que plantearon Morin *et al.*¹⁹ para la escala, ya que, a diferencia de los cuatro factores propuestos por ellos, nosotros obtuvimos tres factores. En dos de estos factores hubo una coincidencia en cerca de la mitad de los reactivos que los integran, y otro más fue idéntico. El primer factor que se identificó, *Consecuencias de dormir mal*, pone

de manifiesto los efectos que se esperan de tener un mal sueño o las consecuencias que se le atribuyen. En este componente se puede apreciar que muchas alteraciones diurnas son atribuidas a una noche de dormir mal, y que incluso el individuo anticipa que le va a ir mal si no duerme bien. El segundo factor se refiere específicamente a la magnificación del impacto que tiene el insomnio sobre la vida de las personas y las posibles soluciones o conductas que el paciente adopta para aminorar ese impacto, ante lo cual muchas veces son precisamente esas conductas mal adaptativas las que propician que se perpetúe el insomnio.

El factor *Preocupación acerca del tiempo de sueño* alude a la importancia que se da al tiempo que se dedica al periodo de sueño. Si bien varios estudios han señalado la importancia de tener un sueño de duración adecuada y los riesgos que conlleva tener uno de corta duración, también es importante reconocer que todas las personas tienen una cuota de sueño personal, que además cambia con la edad y con las características biológicas de cada individuo. Así, la duración del sueño puede verse influenciada por la mala percepción que tienen las personas, sobre todo aquellas con insomnio, y además estar asociada con rasgos de personalidad depresivos y ansiosos.²⁸

Estos resultados concuerdan con los de otros estudios que han planteado que los adultos con insomnio mantienen una mayor cantidad de pensamientos negativos acerca del sueño.⁹ Dichos pensamientos constituyen, por un lado, uno de los elementos importantes en la explicación del mantenimiento del insomnio, y por otro, son una de las dianas terapéuticas de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio.²⁹

En este sentido, contar con una versión confiable de la DBAS de 16 reactivos puede resultar de utilidad en la evaluación clínica de los pacientes con insomnio, y desde luego en la investigación sobre la participación de las preocupaciones y las creencias sobre el sueño en el origen y el mantenimiento del insomnio.^{30,31}

Este estudio tiene algunas limitaciones que se deben tener en cuenta al interpretar los resultados. La presencia o ausencia de insomnio no se determinó mediante una entrevista clínica estructurada, sino a través de instrumentos de informe subjetivo; no obstante, tanto la Escala Atenas de insomnio²⁵ como el Índice de gravedad de insomnio³² han mostrado una validez diagnóstica satisfactoria. Tampoco se evaluó la comorbilidad psiquiátrica y no psiquiátrica, ni la presencia de otros trastornos del sueño; sin embargo, con la definición actual del insomnio crónico se considera que este trastorno del sueño es una afección con identidad propia e

Cuadro IV. Comparación de las puntuaciones en la DBAS de 16 reactivos y sus factores entre pacientes con insomnio y controles*

Variable	Pacientes (n = 166)	Controles (n = 115)	p	d de Cohen
	Media ± DE	Media ± DE		
Consecuencias de dormir mal	3.6 ± 0.87	2.7 ± 0.78	< 0.01	1.08
Preocupaciones y soluciones	2.9 ± 0.92	1.9 ± 0.69	< 0.01	1.22
Tiempo de sueño	1.0 ± 0.34	0.9 ± 0.30	< 0.02	0.3
DBAS16	3.3 ± 0.74	2.4 ± 0.61	< 0.01	1.32

DBAS16: Escala de Creencias y Actitudes Disfuncionales acerca del Dormir; DE: desviación estándar.

*Análisis de covarianza (ANCOVA) para muestras independientes controlado por la edad de los participantes.

independiente de la presencia de otras condiciones.¹ Por último, aunque los pacientes con insomnio tenían una edad mayor que los del grupo control, no se encontró una interacción significativa entre esta variable y las creencias y actitudes disfuncionales.

En resumen, nuestros resultados sugieren que la versión en español de la DBAS de 16 reactivos es un instrumento confiable que proporciona información sobre las actitudes y los pensamientos que tienen los pacientes en relación con su sueño, tales como las consecuencias del mal dormir y la preocupación por su impacto y por la duración del sueño.

Agradecimientos

Agradecemos al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el apoyo otorgado a través de la beca para estudios de Doctorado con clave 2019-000037-02NACF, becario 697300.

Conflicto de intereses

Los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado ninguno relacionado con este artículo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Referencias

1. American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders. 3rd ed. Darien (IL): The Academy; 2014. p. 19-23.
2. Guerrero-Zúñiga S, Gaona-Pineda EB, Cuevas-Nasu L, Torre-Bousoculet L, Reyes-Zúñiga M, Shamah-Levy T, et al. Prevalencia de síntomas de sueño y riesgo de apnea obstructiva del sueño en México. *Salud Publica Mex.* 2018;60:347-55.
3. Jiménez-Genchi A, Caraveo-Anduaga J. Crude and adjusted prevalence of sleep complaints in Mexico City. *Sleep Sci.* 2017;10(3):113-21.
4. Léger D, Bayon V. Societal costs of insomnia. *Sleep Med Rev.* 2010;14(6):379-89.
5. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalder K, Nissen C, Voderholzer U, et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord.* 2011;135:10-9.
6. Javaheri S, Redline S. Insomnia and risk of cardiovascular disease. *Chest.* 2017;152(2):435-44.
7. Vogontzas AN, Liao D, Pejovic S, Calhoun S, Karatarki M, Bixler E. Insomnia with objective short sleep duration is associated with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2009;32:1980-5.
8. National Institutes of Health. National Institutes of Health State of the Science Conference Statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults. *Sleep.* 2005;28:1049-57.
9. Beck J. *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización.* Barcelona, España: Gedisa; 2000. p. 17
10. Morin C, Stone J, Trinkle D, Mercer J, Remsberg S. Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep among older adults with and without insomnia complaints. *Psychol Aging.* 1993;8:463-7.
11. Morin C. Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep: preliminary scale development and description. *Behav Ther.* 1994;17:163-4.

12. Blais F, Gendron L, Mimeult V, Morin C. Evaluation de l'insomnie: validation de trois questionnaires. *Encephale*. 1997;23:447-53.
13. Smith S, Trinder J. Detecting insomnia: comparison of four self-report measures of sleep in a young adult population. *J Sleep Res*. 2001;10:229-35.
14. Edinger J, Glenn D, Bastian L, Fins A. The roles of dysfunctional cognitions and other person factors in mediating insomnia complaints. *Sleep*. 1998;21(Suppl):144.
15. Edinger J, Wohlgemuth W, Radtke A, Marsh G, Quillian R. Does cognitive-behavioral insomnia therapy alter dysfunctional beliefs about sleep? *Sleep*. 2001;24:591-9.
16. Morin C, Blais F, Savard J. Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? *Behav Res Ther*. 2002;40:741-52.
17. Espie C, Inglis S, Harvey L, Tessier S. Insomniacs' attributions: psychometric properties of the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale and the Sleep Disturbance Questionnaire. *J Psychosom Res*. 2000;48:141-8.
18. Edinger JD, Wohlgemuth WK. Psychometric comparisons of the standard and abbreviated DBAS-10 versions of the dysfunctional beliefs and attitudes about sleep questionnaire. *Sleep Med*. 2001;2:493-500.
19. Morin C, Vallières A, Ivers H. Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep (DBAS): validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep*. 2007;11(30):1547-54.
20. Sierra J, Delgado-Domínguez C. Propiedades psicométricas de la Dysfunctional Beliefs and Attitudes About Sleep Scale (DBAS) en una muestra española de sujetos normales. *Rev Latinoam Psicol*. 2005;3(37):523-39.
21. Sierra JC, Delgado-Domínguez C, Carretero-Dios H. Estructura interna de la Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale en una muestra española de trabajadores con turnos rotatorios. *Rev Neurol*. 2006;43:454-60.
22. Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA, Cooke M, Denberg TD. Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2016;165:125-33.
23. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res*. 2000;48:555-60.
24. Nenclares Portocarrero A, Jiménez-Genchi A. Estudio de validación de la traducción al español de la Escala Atenas de Insomnio. *Salud Ment (Mex)*. 2005;28(5):34-9.
25. Morin CM, Belleville G, Belanger L, Ivers H. The insomnia severity index. Psychometric indicators to detect insomnia case and evaluate treatment response. *Sleep*. 2011;34:601-8.
26. Reyes-Lagunes I, García Y, Barragán L. Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. *La Psicología Social en México*. 2008;12:625-30.
27. Harvey A. Pre-sleep cognitive activity: a comparison of sleep-onset insomniacs and good sleepers. *Br J Clin Psychol*. 2000;39:275-86.
28. Fernández-Mendoza J, Calhoun S, Bixler E, Karatazaki M, Liao D, Vela-Bueno D, et al. Sleep misperception and chronic insomnia in the general population: the role of objective sleep duration and psychological profiles. *Psychosom Med*. 2011;73(1):88-97.
29. Schwartz DR, Carney CE. Mediators of cognitive-behavioral therapy for insomnia: a review of randomized controlled trials and secondary analysis studies. *Clin Psychol Rev*. 2012;32:664-75.
30. Espie C. *The psychological treatment of insomnia*. Chichester: John Wiley & Sons; 1991. p. 359.
31. Morin C. *Insomnia: psychological assessment and management*. New York: Guilford Press; 1993. p. 46-60.
32. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. The diagnostic validity of the Athens insomnia scale. *J Psychosomatic Res*. 2003;55:263-7.

Cómo citar este artículo:

Olivera-López C, Jiménez-Genchi A. Confiabilidad y análisis factorial de la Escala de Creencias y Actitudes Disfuncionales acerca del Dormir en población mexicana. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2020;58(5):557-565.