

**Gerard Santacreu Alonso**

**RELACIÓ ENTRE LES CREENCES DISFUNCIONALS SOBRE EL  
SON I LA SEVERITAT DE L'INSOMNI EN ADULTS**

**TREBALL DE FI DE GRAU**

**Dirigit per la Dra. Núria Vázquez Orellana**

**Grau en Psicologia**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

**Tarragona**

**2026**

## Índex

|                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Introducció teòrica                                                         | 5  |
| 1.1. Impacte i conseqüències de l'insomni                                      | 8  |
| 1.2. Models explicatius de l'ansietat anticipatòria del son                    | 12 |
| 1.2.1. Amenaça percebuda                                                       | 13 |
| 1.2.2. Intenció paradoxal i control del son                                    | 15 |
| 2. Objectius                                                                   | 18 |
| 3. Metodologia                                                                 | 19 |
| 3.1. Disseny de la recerca                                                     | 19 |
| 3.2. Participants i mostreig                                                   | 19 |
| 3.3. Instruments                                                               | 20 |
| 3.4. Procediment                                                               | 24 |
| 3.5. Estratègia d'anàlisi                                                      | 24 |
| 4. Resultats                                                                   | 27 |
| 4.1. Descripció de la mostra                                                   | 27 |
| 4.2. Estadístics descriptius de les variables principals                       | 29 |
| 4.3. Fiabilitat interna dels instruments                                       | 29 |
| 4.4. Anàlisi de normalitat                                                     | 31 |
| 4.5. Relació entre creences disfuncionals sobre el son i gravetat de l'insomni | 32 |
| 4.6. Anàlisis exploratòries                                                    | 33 |
| 5. Discussió                                                                   | 37 |
| 6. Bibliografia                                                                | 44 |
| 7. Annexos                                                                     | 49 |
| 7.1 Qüestionari                                                                | 49 |
| 7.2 Consentiment informat                                                      | 57 |

## Resum

L'insomni és un trastorn del son molt prevalent que no només implica dificultats per iniciar o mantenir el son, sinó també implicacions importants sobre el funcionament diari, la salut mental i la qualitat de vida. Des dels models cognitius de l'insomni, la preocupació pel son, la percepció d'amenaça i els intents de control de l'adormiment poden contribuir al manteniment del problema. L'objectiu principal d'aquest estudi va ser analitzar la relació entre les creences i actituds disfuncionals sobre el son, enteses com un indicador cognitiu indirecte de la por a no dormir, i la severitat de l'insomni en població adulta.

Es va dur a terme un estudi quantitatiu, transversal i correlacional amb una mostra de 102 participants adults. Les variables principals es van avaluar mitjançant la Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale, de 16 ítems, i l'Insomnia Severity Index. Els resultats van mostrar una bona consistència interna dels instruments, amb un alfa de Cronbach de .863 per a la DBAS-16 i de .891 per a l'ISI. L'anàlisi principal va evidenciar una correlació positiva i estadísticament significativa entre les creences disfuncionals sobre el son i la severitat de l'insomni,  $r(100) = .548, p < .001$ .

Aquests resultats donen suport a la hipòtesi que una major presència de cognicions disfuncionals relacionades amb el son s'associa amb una major severitat percebuda de l'insomni. Tot i que el disseny transversal no permet establir relacions causals, les dades reforcen la rellevància dels processos cognitivoemocionals en la comprensió i l'abordatge psicològic de l'insomni.

Paraules clau: insomni, por a no dormir, creences disfuncionals sobre el son, ansietat anticipatòria, severitat de l'insomni.

## Abstract

Insomnia is a highly prevalent sleep disorder that involves not only difficulties initiating or maintaining sleep, but also relevant consequences for daytime functioning, mental health, and quality of life. From cognitive models of insomnia, sleep-related worry, perceived threat, and attempts to control sleep onset may contribute to the maintenance of the problem. The main aim of this study was to analyse the relationship between dysfunctional beliefs and attitudes about sleep, understood as an indirect cognitive indicator of fear of not sleeping, and insomnia severity in an adult population.

A quantitative, cross-sectional, correlational study was conducted with a sample of 102 adult participants. The main variables were assessed using the 16-item brief version of the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale and the Insomnia Severity Index. The results showed good internal consistency for both instruments, with a Cronbach's alpha of .863 for the DBAS-16 and .891 for the ISI. The main analysis revealed a positive and statistically significant correlation between dysfunctional beliefs about sleep and insomnia severity,  $r(100) = .548$ ,  $p < .001$ .

These findings support the hypothesis that higher levels of dysfunctional sleep-related cognitions are associated with greater perceived insomnia severity. Although the cross-sectional design does not allow causal conclusions to be drawn, the results reinforce the relevance of cognitive-emotional processes in the understanding and psychological treatment of insomnia.

Keywords: insomnia, fear of not sleeping, dysfunctional beliefs about sleep, anticipatory anxiety, insomnia severity.

## **1. Introducció teòrica**

L'insomni constitueix un dels trastorns del son més prevalents i amb major impacte en la salut pública. Diversos estudis epidemiològics han estimat que els símptomes d'insomni afecten una proporció significativa de la població adulta, situada aproximadament entre el 10% i el 30%. Tanmateix, el percentatge de persones que compleixen criteris clínics complets per al trastorn és menor, al voltant del 6% al 10% (Ohayon, 2002; Roth, 2007).

En termes diagnòstics, l'insomni fa referència a la presència continuada de dificultats relacionades amb el son, ja sigui a l'hora d'adormir-se, de mantenir el son durant la nit o de percebre'l com a reparador, tot i que la persona disposi d'un context adequat per dormir. Perquè aquesta dificultat adquireixi rellevància clínica, cal que s'acompanyi de malestar subjectiu o d'alteració del funcionament diürn (American Psychiatric Association, 2022; American Academy of Sleep Medicine, 2014). Així, l'insomni no es redueix a una alteració del període nocturn, sinó que implica conseqüències funcionals durant la vigília, com ara fatiga, irritabilitat o dificultats cognitives.

Des del punt de vista clínic, l'insomni pot adoptar diferents formes, segons predomini la dificultat d'inici del son, els despertars nocturns o el despertar precoç. Aquestes manifestacions poden aparèixer de manera aïllada o combinada. Igualment, és normal diferenciar entre formes agudes o transitòries, sovint associades a períodes d'estrès, i formes cròniques, definides per una durada mínima de tres mesos i una freqüència d'almenys tres nits per setmana (American Psychiatric Association, 2022; American Academy of Sleep Medicine, 2014). Aquesta distinció suggereix que els factors implicats en l'inici del trastorn no són necessàriament els mateixos que en mantenen la persistència.

En aquest sentit, el model de les 3P de Spielman et al. (1987a) ofereix una explicació integradora de l'insomni, ja que el concep com un fenomen que evoluciona al llarg del temps. Aquest model planteja que el trastorn no depèn d'un únic factor, sinó de la combinació entre vulnerabilitats prèvies, esdeveniments

desencadenants i processos que contribueixen al seu manteniment. Així, determinades característiques personals poden augmentar la predisposició a patir insomni, mentre que situacions d'estrès o esdeveniments vitals adversos poden precipitar-ne l'aparició. No obstant això, aquests elements inicials no sempre expliquen per què el problema persisteix un cop ha passat el desencadenant. De fet, la recerca ha assenyalat que l'inici de l'insomni sovint coincideix amb períodes d'estrès, però que aquest factor per si sol no permet entendre completament la seva cronificació (Healey et al., 1981).

Per explicar aquesta continuïtat del problema, els models cognitius han tingut un paper especialment rellevant. El model de Harvey (2002), per exemple, sosté que les persones amb insomni tendeixen a centrar excessivament l'atenció en el son i a anticipar conseqüències negatives després d'una mala nit. Aquesta preocupació pot augmentar l'activació mental i emocional, intensificar la vigilància sobre els senyals relacionats amb el son i afavorir esforços voluntaris per controlar-lo. Tanmateix, aquests intents poden tenir l'efecte contrari al desitjat, ja que dificulten que el son aparegui i es mantingui de manera natural. Des d'aquesta perspectiva, els processos cognitius ajuden a concretar com actuen els factors de manteniment proposats pel model de les 3P.

A aquests mecanismes cognitius s'hi afegeixen determinades conductes compensatòries que la persona utilitza per intentar reduir les conseqüències de dormir malament. Entre aquestes conductes hi ha passar més temps al llit, anar a dormir abans de l'habitual o disminuir l'activitat durant el dia. Encara que aquestes estratègies poden semblar lògiques des de l'experiència subjectiva de cansament o preocupació, poden alterar els mecanismes de regulació del son i reforçar la preocupació associada al fet de dormir (Morin, 1993). En conjunt, això mostra que l'insomni és un fenomen multifactorial en què els components cognitius, conductuals i fisiològics es relacionen i es reforcen mútuament.

Des d'una perspectiva psicofisiològica, aquest plantejament és compatible amb el model d'hiperactivació, que entén l'insomni com una alteració associada a nivells persistentment elevats d'activació mental, emocional i corporal (Riemann et al.,

2010). En aquest context, alguns processos cognitius poden intensificar aquesta activació, especialment durant el període previ a l'inici del son.

Dins d'aquest marc, l'ansietat anticipatòria del son pot entendre's com un factor de manteniment de caràcter cognitivoemocional. Aquest concepte fa referència a l'activació emocional i mental que apareix abans d'anar a dormir quan la persona anticipa la possibilitat de tornar a dormir malament o de no descansar prou. Pot expressar-se mitjançant temor davant una nova nit d'insomni, preocupació pel funcionament de l'endemà, atenció excessiva a les sensacions internes i interpretació del moment d'anar a dormir com una situació potencialment problemàtica (Harvey, 2002; Espie et al., 2006).

Aquesta anticipació negativa pot mantenir la persona en un estat d'alerta precisament en un moment en què el son requereix una reducció gradual de l'activació. Això pot dificultar l'adormiment i afavorir que l'experiència d'insomni es repeteixi. Així, l'ansietat anticipatòria no només pot aparèixer com a conseqüència d'haver dormit malament, sinó que també pot participar activament en el manteniment del problema.

De manera paral·lela, diversos estudis han indicat que moltes persones amb insomni desenvolupen creences negatives sobre el son i sobre les conseqüències de no dormir suficientment, fins al punt d'interpretar el son com un procés vulnerable, inestable i fàcilment alterable (Kyle et al., 2010). Quan una mala nit és anticipada com una experiència greu o difícil de gestionar, és més probable que la nit següent sigui afrontada amb un nivell elevat de tensió emocional i activació cognitiva.

Per tant, la gravetat de l'insomni no depèn únicament de la freqüència o intensitat de les dificultats nocturnes, sinó també del significat que la persona atribueix a aquestes dificultats. Aquest significat, influït per processos com la preocupació, la catastrofització i la hipervigilància, pot augmentar la severitat percebuda del problema i contribuir a la seva persistència. Per aquest motiu, estudiar la relació entre les cognicions disfuncionals vinculades al son i la gravetat de l'insomni és

rellevant per comprendre millor alguns mecanismes cognitivoemocionals implicats en la persistència del trastorn.

### 1.1. Impacte i conseqüències de l'insomni

L'impacte clínic de l'insomni no es limita a les dificultats nocturnes, sinó que s'estén de manera significativa a múltiples àmbits del funcionament diürn. La literatura científica actual (Riemann et al., 2023) descriu l'insomni com un trastorn associat a conseqüències àmplies sobre la salut mental i física, el rendiment cognitiu, la qualitat de vida i el funcionament laboral i social. Aquesta dimensió és especialment rellevant per al present treball, ja que, des d'una perspectiva cognitiva, una part important de l'ansietat anticipatòria del son es construeix al voltant de les conseqüències que l'individu atribueix a dormir malament.

En l'àmbit de la salut mental, una de les associacions més ben establertes és la relació entre insomni i depressió. La metaanàlisi de Baglioni et al. (2011), basada en estudis longitudinals, va mostrar que l'insomni incrementa significativament el risc d'aparició posterior de simptomatologia depressiva o de trastorns depressius. Posteriorment, Hertenstein et al. (2019) van ampliar aquesta evidència i van assenyalar que l'insomni també s'associa a un augment del risc d'altres formes de psicopatologia, com ara trastorns d'ansietat, problemes relacionats amb el consum d'alcohol i, en menor mesura, simptomatologia psicòtica. En conjunt, aquests resultats suggereixen que l'insomni no és únicament un símptoma secundari o concomitant, sinó que pot actuar com un factor de vulnerabilitat transdiagnòstic.

Aquest fet ajuda a comprendre per què moltes persones amb insomni poden percebre la falta de son com una amenaça especialment greu. Tot i que les dades disponibles descriuen relacions poblacionals i no determinen necessàriament la resposta individual de cada pacient, ofereixen un marc plausible per entendre com la por a desestabilitzar-se emocionalment, perdre el control o empitjorar el propi estat psicològic pot alimentar la preocupació anticipatòria abans d'anar a dormir.

Pel que fa a la salut física, també s'ha documentat una associació consistent entre insomni i risc cardiovascular. La metaanàlisi de Sofi et al. (2014) va concloure que l'insomni s'associa a una probabilitat més elevada de desenvolupar malaltia cardiovascular o de morir-ne. A més, algunes revisions posteriors han suggerit que aquest risc podria ser particularment rellevant quan el trastorn coexisteix amb una curta durada objectiva del son, configurant un subtipus potencialment més sever des d'un punt de vista biològic i cardiometabòlic (Johnson et al., 2021). Tot i que aquestes dades no permeten establir una causalitat simple i unidireccional, sí que indiquen que l'insomni s'associa a conseqüències mèdiques clínicament rellevants.

En l'àmbit metabòlic, també s'han descrit associacions significatives entre l'insomni i diferents indicadors de disfunció metabòlica. En aquest sentit, Duan et al. (2023) assenyalen que els símptomes d'insomni s'han relacionat amb pitjors resultats glucèmics i amb un major risc de diabetis tipus 2. De manera més específica, la metaanàlisi de Zhang et al. (2021) va trobar una associació significativa entre insomni i hiperglucèmia. Tot i que aquests resultats exigeixen una interpretació prudent, reforcen la idea que les alteracions persistents del son poden anar acompanyades d'efectes fisiològics i metabòlics rellevants.

Un altre dels àmbits més estudiats és el funcionament cognitiu diürn. La metaanàlisi de Fortier-Brochu et al. (2012) va mostrar que les persones amb insomni tendeixen a presentar un rendiment inferior en diferents dominis cognitius, especialment en memòria de treball, memòria episòdica i alguns components de les funcions executives. Encara que aquests efectes acostumin a ser petits o moderats, poden tenir una repercussió clínica significativa perquè afecten activitats quotidianes que requereixen atenció sostinguda, planificació, flexibilitat cognitiva o capacitat de retenció.

Des del punt de vista clínic, aquesta qüestió és especialment important perquè les dificultats cognitives constitueixen una de les preocupacions més freqüents entre les persones amb insomni. Quan una persona experimenta problemes de concentració, sensació de lentitud mental o dificultat per retenir informació, és probable que interpreti aquestes experiències com a confirmació que, si no dorm

bé, no podrà funcionar correctament. D'aquesta manera, les conseqüències cognitives no només poden ser un resultat del trastorn, sinó també un dels principals continguts de les expectatives negatives que contribueixen al seu manteniment.

També s'ha documentat de manera consistent una afectació de la qualitat de vida. Léger et al. (2012) van descriure una disminució significativa de la qualitat de vida relacionada amb la salut en persones amb insomni crònic. De manera convergent, Kyle, Morgan i Espie (2010) van assenyalar que l'alteració persistent del son pot comprometre de manera rellevant el benestar físic, emocional i social, incloent-hi sentiments d'aïllament, incomprensió i interferència en la vida quotidiana. Això mostra que l'impacte de l'insomni no es redueix al malestar nocturn, sinó que afecta transversalment diferents dimensions de la vida diària.

Entre les conseqüències diürnes més freqüentment descrites destaquen la fatiga, la irritabilitat, la preocupació pel son, la disminució de la motivació, la disfunció social i les dificultats de memòria o concentració. En el cas de l'insomni, aquestes conseqüències presenten una particularitat rellevant: sovint són objecte d'una monitorització constant per part de la mateixa persona. Això implica que l'individu no només experimenta cansament o ineficiència, sinó que també observa repetidament aquests senyals al llarg del dia i els utilitza com a prova que ha dormit malament o que la nit següent haurà d'aconseguir dormir "costi el que costi". Aquest procés incrementa la càrrega emocional del problema i afavoreix la preocupació anticipatòria.

L'impacte de l'insomni també és clar en l'àmbit funcional i laboral. Daley et al. (2009b), en una mostra poblacional del Quebec, van observar que l'insomni s'associava amb més morbiditat, un ús més freqüent dels serveis sanitaris, més absentisme laboral, menor productivitat i més accidents no relacionats amb vehicles de motor. En una altra publicació, els mateixos autors van estimar que el cost anual total de l'insomni a la província del Quebec ascendia a 6,6 mil milions de dòlars canadencs, amb un pes substancial dels costos indirectes vinculats a la pèrdua de productivitat (Daley et al., 2009a). Aquestes dades posen de manifest que l'insomni

no és només una qüestió clínica individual, sinó també un problema amb una càrrega econòmica i social considerable.

En la mateixa línia, Shahly et al. (2012) van estimar que l'insomni contribuïa de manera rellevant a accidents i errors laborals costosos, així com a una part important del cost global associat a aquests incidents. Això reforça la idea que la falta de son no només es tradueix en cansament subjectiu, sinó també en lapses atencionals, errors de judici i menor eficàcia en contextos d'elevada demanda.

Pel que fa a la seguretat, també s'ha descrit una associació entre insomni i un risc més alt d'accidents domèstics, laborals i de trànsit. L'estudi EQUINOX, amb 5.293 participants amb insomni procedents de deu països, va mostrar una associació entre insomni i una major freqüència d'accidents relacionats amb la somnolència en l'àmbit domèstic, laboral i de conducció (Léger et al., 2014). Igualment, Léger et al. (2006) van informar que les persones amb insomni presentaven una taxa més alta d'accidents de conducció i un risc superior d'haver patit accidents greus de trànsit en comparació amb bons dormidors. Aquestes dades indiquen que moltes de les preocupacions relatives a les conseqüències diürnes del mal son tenen una base objectiva. Tanmateix, també ajuden a comprendre com aquestes conseqüències poden convertir-se en un focus d'amenaça anticipada quan l'individu n'exagera la immediatesa, la magnitud o la inevitabilitat.

Ara bé, per al present treball, la qüestió central no és només que l'insomni comporti conseqüències reals, sinó la manera com aquestes són percebudes, interpretades i anticipades. Diversos estudis indiquen que les persones amb insomni tendeixen a desenvolupar creences disfuncionals segons les quals una sola mala nit pot comportar necessàriament un deteriorament sever del rendiment, del funcionament cognitiu o de la salut (Morin, 1993; Morin et al., 2007). En la mateixa direcció, Kyle, Morgan i Espie (2010) assenyalen que el malestar associat a l'insomni no depèn exclusivament de la quantitat de son perduda, sinó també del significat atribuït a les seves conseqüències.

És precisament en aquest punt on l'impacte de l'insomni es connecta de manera directa amb l'ansietat anticipatòria del son. Quan la persona ha experimentat fatiga, errors, irritabilitat o dificultats de concentració després d'una mala nit, augmenta la probabilitat que desenvolupi expectatives negatives sobre el que passarà si torna a dormir malament (Harvey, 2002; Espie et al., 2006). Aquestes expectatives poden adquirir un to marcadament catastrofista, de manera que la possibilitat de no dormir passa a ser percebuda com una amenaça immediata per al funcionament quotidià o per a la salut.

Els models cognitius de l'insomni han conceptualitzat aquest procés com un mecanisme nuclear de manteniment. La preocupació per les conseqüències del dèficit de son incrementa l'activació cognitiva i emocional prèvia al son, interfereix amb l'adormiment i afavoreix la persistència del problema (Harvey, 2002; Riemann et al., 2010). A més, alguns estudis han mostrat que la preocupació per les conseqüències del mal son s'associa a pitjor qualitat subjectiva del son i a més interferència diürna, fins i tot quan les mesures objectives del son no mostren alteracions proporcionals (Kyle et al., 2014).

En conjunt, l'evidència indica que l'insomni s'associa a un augment del risc de psicopatologia, pitjor salut cardiovascular i metabòlica, deteriorament cognitiu, reducció de la qualitat de vida, disminució del rendiment laboral i major probabilitat d'accidents. Tanmateix, el seu impacte clínic no deriva exclusivament d'aquestes conseqüències objectives, sinó també de la manera com són integrades i anticipades per la persona. Així, les conseqüències de l'insomni compleixen una doble funció: són, alhora, efectes del trastorn i continguts que poden alimentar l'ansietat anticipatòria del son i contribuir a la seva cronificació.

## 1.2. Models explicatius de l'ansietat anticipatòria del son

Partint de la conceptualització prèvia de l'ansietat anticipatòria del son com a factor de manteniment de naturalesa cognitivoemocional, aquest fenomen pot descriure's de manera més específica com un procés en què es combinen respostes cognitives, emocionals i conductuals que emergeixen abans d'anar a dormir davant la

possibilitat de no descansar adequadament. No es tracta únicament d'una reacció retrospectiva a una mala nit anterior, sinó d'un fenomen prospectiu que contribueix a la persistència de l'insomni. Des d'aquesta perspectiva, el problema no rau només en la dificultat objectiva per dormir, sinó també en la manera com la persona atribueix significat al son, a les seves possibles alteracions i a la necessitat de controlar-ne l'aparició.

Entre els marcs conceptuals més útils per comprendre aquest procés destaquen, d'una banda, la noció d'amenaça percebuda, formulada dins del model cognitiu de l'insomni (Harvey, 2002), i, de l'altra, el paper paradoxal dels intents de control sobre el son, explicat a través de la via atenció-intenció-esforç (Espie et al., 2006). Tot i que no es tracta de dos models equivalents en sentit estricte, tots dos permeten descriure dimensions complementàries d'un mateix fenomen. Quan el son és percebut com una funció crítica, vulnerable o amenaçada, augmenta la vigilància, s'intensifica la necessitat de control i s'activen processos incompatibles amb l'espontaneïtat fisiològica requerida per adormir-se.

#### 1.2.1. Amenaça percebuda

La noció d'amenaça percebuda fa referència al procés pel qual la persona atribueix a la possibilitat de no dormir un significat de risc elevat per al seu funcionament físic, emocional o cognitiu. En el context de l'insomni, això implica que la falta de son deixa de ser percebuda com una experiència molesta o indesitjable i passa a ser viscuda com un esdeveniment potencialment desorganitzador, amb conseqüències greus, immediates o difícils de gestionar. D'aquesta manera, el son deixa de ser un procés natural i es converteix en un objecte de preocupació.

Diversos autors han assenyalat que les persones amb insomni solen desenvolupar creences disfuncionals sobre el son i sobre les seves repercussions. Entre aquestes creences hi ha idees com ara que una sola mala nit arruïnarà completament el dia següent, que no dormir conduirà a una pèrdua de control emocional o que les conseqüències físiques seran inevitables i severes (Morin, 1993; Harvey, 2002; Kyle

et al., 2010). Quan aquest tipus d'interpretacions es consoliden, el simple fet que s'acosti l'hora d'anar a dormir pot adquirir un valor anticipadament amenaçador.

Segons el model cognitiu de Harvey (2002), aquesta percepció d'amenaça augmenta la preocupació pel son, afavoreix una focalització selectiva sobre senyals internes i externes relacionades amb l'estat de vigília i incrementa la probabilitat d'interpretar negativament qualsevol indicatiu de dificultat. Així, una lleu activació física, un pensament espontani o un petit retard en l'adormiment poden ser llegits com a proves que la nit tornarà a anar malament. Aquesta lectura incrementa encara més l'activació emocional i cognitiva i genera una dinàmica incompatible amb el son.

Des d'una perspectiva psicofisiològica, aquest plantejament encaixa amb el model d'hiperactivació. Riemann et al. (2010) descriuen l'insomni com un estat d'activació sostinguda que afecta diferents sistemes. Quan el son és percebut com una funció amenaçada, aquesta activació es pot intensificar encara més i dificultar la desconexió fisiològica i cognitiva necessària per adormir-se. Així, la percepció d'amenaça no només ajuda a entendre el malestar subjectiu associat a l'insomni, sinó també la seva persistència.

A més, aquest procés pot veure's reforçat per l'experiència prèvia. Cada vegada que una mala nit va seguida de cansament, errors, irritabilitat o dificultats atencionals, la persona pot interpretar-ho com una confirmació que no dormir comporta conseqüències intolerables. D'aquesta manera, les experiències passades no només informen el record del problema, sinó que contribueixen activament a construir expectatives negatives sobre la nit següent. És en aquest punt on l'ansietat anticipatòria del son es consolida com un fenomen prospectiu alimentat pel record selectiu i per la interpretació amenaçadora de les conseqüències diürnes.

Per tant, el marc de l'amenaça percebuda és útil per explicar com les conseqüències, tant objectives com subjectives, poden convertir-se en el nucli de la preocupació i de la hipervigilància. Des d'aquesta perspectiva, l'ansietat anticipatòria del son emergeix quan la persona deixa d'anticipar el fet de no dormir

com una simple incomoditat i passa a viure'l com una amenaça directa per al seu benestar i la seva capacitat de funcionament.

### 1.2.2. Intenció paradoxal i control del son

La intenció paradoxal s'ha desenvolupat principalment com una tècnica terapèutica, però també ofereix un marc conceptual útil per comprendre un dels mecanismes més característics de l'insomni: el fet que l'intent deliberat de controlar l'adormiment pugui produir l'efecte contrari al desitjat. Més que un model explicatiu formal del trastorn, la intenció paradoxal permet il·lustrar com els esforços voluntaris per regular un procés automàtic, com és el son, poden incrementar l'activació cognitiva i dificultar encara més que aquest procés es produeixi de manera natural.

Aquest fenomen ha estat explicat des de la psicologia experimental mitjançant la teoria dels processos irònics de Wegner (1994, 1997). Segons aquesta proposta, quan una persona intenta controlar voluntàriament un estat mental —per exemple, adormir-se ràpidament o evitar pensar en el fet de no dormir— s'activen de manera simultània dos processos. D'una banda, un procés operatiu orientat a dirigir l'atenció cap a l'objectiu desitjat. De l'altra, un procés de monitorització automàtica encarregat de detectar qualsevol indici de fracàs. Paradoxalment, aquest segon procés manté actiu el contingut que es vol evitar i en facilita la recurrència.

Com a resultat, els intents de control poden incrementar la vigilància interna i l'activació cognitiva, i interferir amb el caràcter espontani dels processos psicològics. La recerca experimental sobre supressió de pensaments ja havia mostrat que intentar no pensar en un contingut concret pot acabar augmentant-ne la freqüència d'aparició, fenomen conegut com a efecte rebot (Wegner et al., 1987). Aquest patró resulta especialment rellevant en contextos clínics en què la persona s'autoobserva de manera persistent i intenta regular activament estats mentals o fisiològics que no responen bé al control directe.

Aplicat a l'insomni, aquest mecanisme es manifesta en el que Espie et al. (2006) van conceptualitzar com a *sleep effort*, és a dir, l'esforç conscient per dormir.

Aquests autors van observar que nivells elevats d'esforç per adormir-se s'associaven a pitjor qualitat del son i a més dificultat per iniciar-lo. Les persones amb insomni poden implicar-se en conductes com forçar-se a dormir, comprovar constantment si "ja s'estan adormint" o intentar reduir de manera voluntària qualsevol pensament o sensació de vigília. Tot i que aquestes estratègies semblen lògiques des d'una perspectiva intuïtiva, en realitat poden amplificar la vigilància interna i generar un estat poc compatible amb l'adormiment.

Aquest esforç per dormir pot entendre's com una expressió conductual de l'ansietat anticipatòria del son. Sorgeix de la preocupació i de la percepció d'amenaça associades a la possibilitat de no descansar, i es tradueix en una sèrie d'intents de control que busquen prevenir les conseqüències negatives anticipades. Tanmateix, en fer-ho, aquests intents acaben augmentant l'activació i dificultant el son. D'aquesta manera, la preocupació anticipatòria i l'esforç per dormir no constitueixen processos independents, sinó elements articulats dins d'un mateix cercle de manteniment.

Aquest plantejament és coherent amb el model cognitiu de Harvey (2002), segons el qual la preocupació pel son, la hipervigilància i els intents de control tenen un paper central en la persistència del trastorn. La hiperactivació derivada d'aquests processos interfereix amb els mecanismes naturals del son, de manera que l'intent de resoldre el problema es converteix, paradoxalment, en un dels factors que el perpetuen.

Des d'aquesta perspectiva, la intenció paradoxal adquireix interès no només com a procediment terapèutic, sinó també com a eina conceptual per entendre una paradoxa fonamental de l'insomni: com més voluntàriament intenta una persona adormir-se, més es dificulta aquest procés. Aquesta idea ha estat reforçada per altres treballs emmarcats en la teràpia cognitivoconductual, que han identificat l'excés d'esforç per dormir i les estratègies de control com a factors rellevants en el manteniment del trastorn (Lundh i Broman, 2000; Morin, 1993; Morin et al., 1999).

En conjunt, aquestes aportacions suggereixen que el nucli del problema en l'insomni no es troba únicament en la dificultat per dormir, sinó també en la manera com la persona intenta relacionar-s'hi. Concretament, l'esforç persistent per controlar o evitar el no dormir pot esdevenir un dels principals mecanismes de manteniment. Així, tant la percepció d'amenaça com els intents de control excessiu convergeixen en un mateix procés general: la transformació del son en un objecte de vigilància, exigència i control. Aquesta transformació alimenta l'ansietat anticipatòria del son i ajuda a explicar la seva relació amb la gravetat de l'insomni.

## **2. Objectius**

Partint del marc teòric exposat, que destaca el paper dels processos cognitivoemocionals en el manteniment de l'insomni, el present estudi s'emmarca en una aproximació quantitativa de tipus correlacional centrada en les creences disfuncionals sobre el son i la seva relació amb la gravetat percebuda de l'insomni.

L'objectiu principal és analitzar la relació entre les creences i actituds disfuncionals sobre el son, utilitzades com a indicador cognitiu indirecte de la por a no dormir, i la gravetat de l'insomni en població adulta. Aquest objectiu respon a la necessitat d'aprofundir en els mecanismes cognitivoemocionals implicats en la cronificació del trastorn, més enllà de la simple descripció dels símptomes nocturns.

De manera específica, es plantegen els següents objectius específics: (a) examinar l'associació entre la puntuació en creences disfuncionals sobre el son i la severitat de l'insomni, i (b) explorar si aquestes creences, com a dimensió cognitiva relacionada amb la por a no dormir, s'associen amb una major intensitat percebuda del trastorn.

D'acord amb aquests objectius, es formula les següents hipòtesis:

Hipòtesi 1. Existeix una relació positiva entre les creences disfuncionals sobre el son i la gravetat de l'insomni, de manera que puntuacions més elevades en la DBAS-16 s'associaran amb una major puntuació total en l'ISI.

Hipòtesi 2. Les persones amb diagnòstic previ d'insomni presentaran puntuacions més elevades en la DBAS-16 i en l'ISI que les persones sense diagnòstic previ d'insomni.

Hipòtesi 3. Les persones que utilitzen medicació per dormir presentaran puntuacions més elevades en la DBAS-16 i en l'ISI que les persones que no utilitzen medicació per dormir.

### **3. Metodologia**

#### **3.1. Disseny de la recerca**

Aquest estudi s'emmarca en un disseny de recerca transversal, quantitatiu i de naturalesa correlacional, amb l'objectiu d'analitzar la relació entre les creences i actituds disfuncionals sobre el Son i la gravetat de l'insomni en població adulta. D'acord amb els objectius plantejats prèviament, l'estudi pretén examinar si una major presència de creences disfuncionals, preocupació i anticipació negativa associades al son es relaciona amb una major severitat percebuda de l'insomni.

La recollida de dades es va dur a terme mitjançant un qüestionari autoadministrat en línia. El formulari incloïa un apartat inicial de consentiment informat, preguntes sociodemogràfiques bàsiques, preguntes sobre diagnòstic previ d'insomni i ús de medicació per dormir, i dos instruments d'autoinforme relacionats amb les creences sobre el son i la severitat de l'insomni.

Aquest disseny és adequat per explorar associacions entre variables psicològiques en contextos naturals, sense manipulació experimental ni assignació aleatòria dels participants. Per tant, l'estudi permet analitzar la relació entre les creences disfuncionals sobre el son, com a indicador cognitiu indirecte de la por a no dormir, i la gravetat de l'insomni, però no establir relacions causals entre aquestes variables.

#### **3.2. Participants i mostreig**

La mostra inicial de l'estudi va estar formada per 102 participants adults que van respondre el qüestionari en línia. Els criteris d'inclusió van ser tenir 18 anys o més, comprendre les preguntes del formulari, disposar d'accés a internet i acceptar voluntàriament participar en l'estudi mitjançant el consentiment informat.

Com a criteris d'exclusió, es van considerar la no acceptació del consentiment informat, ser menor d'edat i deixar incomplets els apartats corresponents als instruments principals de mesura. En la depuració de la base de dades, també es va revisar la qualitat de les respostes sociodemogràfiques. En concret, es va detectar

una resposta no numèrica en el camp d'edat ("Tic"), que es va tractar com a valor perdut per a les anàlisis descriptives o exploratòries relacionades amb l'edat.

Es va utilitzar un mostreig no probabilístic per conveniència, ateses les limitacions temporals i logístiques pròpies d'un Treball de Fi de Grau. La mostra es va obtenir mitjançant la difusió del qüestionari a través de xarxes socials i contactes personals. Aquest tipus de mostreig no permet garantir la representativitat de la població general.

La mida mostral obtinguda, de 102 participants, es considera suficient per dur a terme una anàlisi correlacional bivariada entre les dues variables principals de l'estudi. No obstant això, aquesta mida pot limitar la potència estadística per detectar associacions petites o per realitzar comparacions entre subgrups.

### 3.3. Instruments

El qüestionari utilitzat en aquest estudi va estar format per cinc blocs: consentiment informat, dades sociodemogràfiques, informació clínica relacionada amb el son, Escala de creences i actituds disfuncionals sobre el Son i Índex de Severitat de l'Insomni.

#### a) Consentiment informat

Abans d'accedir al qüestionari, els participants rebien informació sobre el propòsit general de l'estudi, el caràcter voluntari de la participació, l'anonimat de les respostes, la confidencialitat de les dades i el seu ús exclusivament acadèmic en el marc del Treball de Fi de Grau. També s'informava que podien abandonar el qüestionari en qualsevol moment sense cap conseqüència.

Només podien continuar aquelles persones que confirmaven haver llegit i comprès les condicions de participació, manifestaven que la seva participació era voluntària i confirmaven tenir 18 anys o més (veure qüestionari a l'annexe).

## b) Dades sociodemogràfiques

Es van recollir dades bàsiques sobre l'edat i el sexe dels participants. L'edat es va sol·licitar en anys, mentre que el sexe es va recollir mitjançant categories com "dona", "home" i "prefereixo no dir-ho", segons les opcions observades en la base de dades.

## c) Historial clínic relacionat amb el son i ús de medicació

Amb l'objectiu de contextualitzar clínicament la mostra, es van incloure dues preguntes dicotòmiques. En primer lloc, es preguntava si la persona havia estat diagnosticada d'insomni per un professional de la salut. En segon lloc, es preguntava si feia ús de medicació per dormir.

Aquestes variables no constitueixen les variables principals de l'estudi, però permeten obtenir informació rellevant sobre el perfil clínic dels participants. La seva inclusió és útil per interpretar millor els resultats, ja que les creences disfuncionals sobre el son i la severitat de l'insomni poden variar segons l'existència d'un diagnòstic previ o l'ús de medicació.

Com que aquestes preguntes fan referència a aspectes vinculats a la salut, es van recollir de manera anònima i agregada, sense sol·licitar dades identificatives ni informació clínica detallada. En aquest sentit, el qüestionari no recollia noms, correus electrònics, adreces ni altres dades que permetessin identificar directament els participants.

## d) Escala de creences i actituds disfuncionals sobre el Son

Per avaluar les creences disfuncionals relacionades amb el son es va utilitzar la Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale, en la seva versió breu de 16 ítems (DBAS-16), desenvolupada i validada per Morin et al. (2007). Aquest instrument avalua cognicions associades a l'insomni, com la preocupació per les conseqüències de dormir malament, les expectatives rígides sobre la necessitat de

dormir, la percepció de control sobre el son, la dependència atribuïda al son per funcionar durant el dia i les creences sobre la medicació o les causes del problema.

En el formulari utilitzat, els ítems van ser presentats en castellà. Alguns exemples d'ítems inclosos són: "Necesito 8 horas de sueño para sentirme bien durante el día", "Me preocupa que el insomnio tenga consecuencias graves para mi salud", "Me preocupa perder el control sobre mi capacidad de dormir", "Una mala noche de sueño afectará mi rendimiento al día siguiente" i "Evito actividades si he dormido mal".

Les respostes es van registrar mitjançant una escala numèrica de 1 a 10, en què puntuacions més altes indiquen un major grau d'acord amb la creença expressada. La puntuació total de la DBAS-16 es va calcular mitjançant la mitjana dels 16 ítems, de manera que valors més elevats indiquen una major presència de creences disfuncionals sobre el son.

En el present estudi, la DBAS-16 s'utilitza com a mesura de creences disfuncionals sobre el son i com a indicador cognitiu relacionat amb la por a no dormir. Aquesta decisió es justifica perquè diversos ítems fan referència a la preocupació per les conseqüències de dormir malament, a la percepció de pèrdua de control sobre la capacitat de dormir i a la interferència anticipada del mal son en el funcionament diürn. No obstant això, cal precisar que la DBAS-16 no constitueix una mesura directa i específica d'ansietat anticipatòria del son, sinó un instrument més ampli de creences i actituds disfuncionals sobre el son. Per aquest motiu, els resultats es van interpretar amb aquesta cautela conceptual.

L'escala original va ser desenvolupada i validada en anglès i ha mostrat bones propietats psicomètriques en poblacions amb insomni. En aquest estudi s'ha utilitzat una versió traduïda al castellà. Aquesta traducció no permet assumir una equivalència psicomètrica plena amb la versió original; per tant, els resultats obtinguts amb la DBAS-16 s'han d'interpretar amb cautela i amb un caràcter exploratori. Per reforçar la qualitat de la mesura en la mostra analitzada, es va calcular la consistència interna de la DBAS-16 mitjançant l'alfa de Cronbach.

#### e) Índex de Severitat de l'Insomni

La gravetat de l'insomni es va avaluar mitjançant l'Insomnia Severity Index (ISI), desenvolupat i validat com a mesura d'autoinforme per valorar la severitat de l'insomni per Bastien et al. (2001). Aquest instrument és una escala d'autoinforme àmpliament utilitzada per valorar la severitat percebuda dels símptomes d'insomni i el seu impacte funcional.

L'ISI consta de 7 ítems que avaluen la dificultat per conciliar el son, la dificultat per mantenir-lo, els despertars massa primerencs, la satisfacció amb el son actual, l'impacte del problema de son en la qualitat de vida, el nivell de preocupació o malestar pel problema de son i la interferència en el funcionament diürn. Aquests set ítems apareixen recollits al formulari després dels ítems de la DBAS-16 .

En el formulari, les respostes de l'ISI es van presentar en format categòric ordenat. Per als tres primers ítems, les opcions anaven de cap dificultat a dificultat molt severa; per a la satisfacció amb el son, de molt satisfet/a a molt insatisfet/a; i per als ítems d'impacte, preocupació i interferència, de nivells baixos o inexistents a nivells més elevats d'afectació.

La puntuació total de l'ISI s'obté mitjançant la suma dels 7 ítems, amb un rang possible de 0 a 28. Valors més elevats indiquen una major severitat de l'insomni. En el present estudi, aquesta puntuació total es va utilitzar com a variable principal de gravetat de l'insomni.

Igual que amb la DBAS-16, es va calcular la consistència interna de l'ISI en la mostra del present estudi mitjançant l'alfa de Cronbach.

### 3.4. Procediment

La recollida de dades es va dur a terme mitjançant un formulari en línia. Les respostes es van recollir entre el 21 d'abril de 2026 i l'1 de maig de 2026.

En accedir al formulari, els participants trobaven en primer lloc el full d'informació i el consentiment informat. En aquest apartat s'explicava el propòsit general de l'estudi, la voluntarietat de la participació, la possibilitat d'abandonar el qüestionari en qualsevol moment, l'anonimat de les respostes i l'ús acadèmic de les dades. Només aquells participants que acceptaven el consentiment informat podien accedir a la resta del qüestionari.

A continuació, els participants responien les preguntes sociodemogràfiques, les preguntes relatives al diagnòstic previ d'insomni i l'ús de medicació per dormir, i finalment els instruments principals de l'estudi: la DBAS-16 i l'ISI. La durada estimada de resposta era breu, atès que el formulari incloïa únicament preguntes bàsiques i dues escales d'autoinforme. Aquesta brevetat pretenia reduir la fatiga dels participants i afavorir la finalització del qüestionari.

No es van recollir dades personals identificatives. Les dades es van exportar per a la seva anàlisi estadística i es van tractar de manera agregada. Abans de l'anàlisi, es va revisar la base de dades per detectar valors no interpretables, possibles respostes incompletes i variables que requerien recodificació, especialment els ítems categòrics de l'ISI.

### 3.5. Estratègia d'anàlisi

Les dades es van analitzar mitjançant el programa IBM SPSS Statistics 27. En primer lloc, es va revisar la base de dades per detectar possibles qüestionaris incomplets, casos que no complien els criteris d'inclusió i valors no interpretables.

Posteriorment, es va procedir a la codificació de les variables. El sexe es va codificar en categories descriptives. El diagnòstic previ d'insomni i l'ús de medicació per dormir es van codificar com a variables dicotòmiques. Els ítems de la DBAS-16 es

van mantenir com a puntuacions numèriques de 1 a 10. Els ítems de l'ISI es van recodificar de 0 a 4 segons la severitat de la resposta, de manera que en tots els casos una puntuació més elevada indicava més gravetat, més afectació o més insatisfacció.

A continuació, es van calcular les puntuacions principals de l'estudi. La puntuació de creences disfuncionals sobre el son es va calcular mitjançant la mitjana dels 16 ítems de la DBAS-16. Aquesta puntuació es va utilitzar com a indicador cognitiu indirecte relacionat amb la por a no dormir. La puntuació de gravetat de l'insomni es va calcular mitjançant la suma dels 7 ítems de l'ISI, amb un rang possible de 0 a 28.

En una primera fase, es van realitzar anàlisis descriptives de la mostra. Per a les variables quantitatives, com l'edat, la puntuació mitjana de la DBAS-16 i la puntuació total de l'ISI, es van calcular la mitjana, la desviació estàndard, el valor mínim i el valor màxim. Per a les variables categòriques, com el sexe, el diagnòstic previ d'insomni i l'ús de medicació per dormir, es van calcular freqüències absolutes i percentatges.

En segon lloc, es va calcular la consistència interna dels instruments principals mitjançant l'alfa de Cronbach. Aquesta anàlisi es va aplicar tant a la DBAS-16 com a l'ISI, amb l'objectiu de comprovar la fiabilitat interna de les escales en la mostra del present estudi. Aquesta anàlisi és especialment rellevant en el cas de la DBAS-16, atès que s'ha utilitzat una versió traduïda i no una versió validada específicament en castellà.

En tercer lloc, es va examinar la distribució de les variables principals per decidir el tipus de prova estadística més adequada. La normalitat de les puntuacions de la DBAS-16 i de l'ISI es va valorar mitjançant la prova de Shapiro-Wilk, els valors d'asimetria i curtosi, i la inspecció visual dels gràfics Q-Q. La decisió sobre l'ús de proves paramètriques o no paramètriques es va basar en la valoració conjunta d'aquests indicadors, i no exclusivament en el valor de significació de la prova de normalitat.

L'anàlisi principal de l'estudi va consistir a examinar la relació entre les creences disfuncionals sobre el son i la gravetat de l'insomni. Per fer-ho, es va calcular la correlació entre la puntuació mitjana de la DBAS-16 i la puntuació total de l'ISI. Atès que es va considerar raonable l'ús de proves paramètriques, es va utilitzar la correlació de Pearson. La correlació de Spearman es va considerar com a alternativa no paramètrica en cas que els supòsits no fossin acceptables.

En les comparacions entre dos grups, es va utilitzar la prova U de Mann-Whitney quan no es complien els supòsits paramètrics o quan la mida dels grups era desigual. En comparacions entre dos grups, s'utilitzarà la prova t de Student per a mostres independents si es compleixen els supòsits paramètrics, i la prova U de Mann-Whitney si aquests no es compleixen. Aquestes anàlisis es van considerar secundàries, ja que l'objectiu principal del treball era l'anàlisi correlacional entre les creences disfuncionals sobre el son i la gravetat de l'insomni.

El nivell de significació estadística es va establir en  $p < .05$ . Els resultats es van interpretar tenint en compte no només la significació estadística, sinó també la direcció i la magnitud de l'associació observada. Aquesta precaució és especialment important en estudis correlacionals, ja que una associació estadísticament significativa no implica necessàriament una relació causal entre les variables.

## 4. Resultats

### 4.1. Descripció de la mostra

La mostra final inclosa en l'anàlisi va estar formada per 102 participants adults. Pel que fa a l'edat, es va disposar de dades vàlides per a 101 participants, ja que un valor no interpretable es va tractar com a perdut en aquesta variable. L'edat mitjana de la mostra va ser de 37.80 anys, amb una desviació estàndard de 16.48, i un rang comprès entre els 18 i els 77 anys.

Quant al sexe, 70 participants es van identificar com a dones, fet que representava el 68.6% de la mostra; 31 participants es van identificar com a homes, corresponents al 30.4%; i 1 participant va indicar l'opció "prefereixo no dir-ho", equivalent a l'1.0%. Pel que fa a les variables clíniques complementàries, 9 participants van informar d'un diagnòstic previ d'insomni, cosa que representava el 8.8% de la mostra, mentre que 93 participants no en van informar, corresponents al 91.2%. Respecte a l'ús de medicació per dormir, 17 participants van indicar que en feien ús, és a dir, el 16.7%, mentre que 85 participants van indicar que no en prenen, corresponents al 83.3%.

Les Taules 1, 2, 3, 4 presenten les característiques sociodemogràfiques i clíniques principals de la mostra.

### Taula 1

#### *Estadístics descriptius de l'edat*

| Estadísticos descriptivos |     |        |        |       |                     |
|---------------------------|-----|--------|--------|-------|---------------------|
|                           | N   | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
| age_corrected             | 101 | 18     | 77     | 37,80 | 16,478              |
| N válido (por lista)      | 101 |        |        |       |                     |

## Taula 2

*Distribució de la mostra segons el sexe*

|        |                      | sex_label  |            |                   |                      |
|--------|----------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
|        |                      | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | Dona                 | 70         | 68,6       | 68,6              | 68,6                 |
|        | Home                 | 31         | 30,4       | 30,4              | 99,0                 |
|        | Prefereixo no dir-ho | 1          | 1,0        | 1,0               | 100,0                |
|        | Total                | 102        | 100,0      | 100,0             |                      |

## Taula 3

Distribució de la mostra segons el diagnòstic previ d'insomni

|        |       | insomnia_dx |            |                   |                      |
|--------|-------|-------------|------------|-------------------|----------------------|
|        |       | Frecuencia  | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | 0     | 93          | 91,2       | 91,2              | 91,2                 |
|        | 1     | 9           | 8,8        | 8,8               | 100,0                |
|        | Total | 102         | 100,0      | 100,0             |                      |

## Taula 4

Distribució de la mostra segons l'ús de medicació per dormir

|        |       | sleep_medication |            |                   |                      |
|--------|-------|------------------|------------|-------------------|----------------------|
|        |       | Frecuencia       | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | 0     | 85               | 83,3       | 83,3              | 83,3                 |
|        | 1     | 17               | 16,7       | 16,7              | 100,0                |
|        | Total | 102              | 100,0      | 100,0             |                      |

## 4.2. Estadístics descriptius de les variables principals

Es van calcular els estadístics descriptius de les dues variables principals de l'estudi: la puntuació mitjana de la DBAS-16 i la puntuació total de l'ISI. En el cas de la DBAS-16, puntuacions més altes indicaven una major presència de creences disfuncionals sobre el son. En aquesta mostra, la puntuació mitjana de la DBAS-16 va ser de 5.42, amb una desviació estàndard d'1.40, un valor mínim de 3.00 i un valor màxim de 8.31.

Pel que fa a l'ISI, puntuacions més altes indicaven una major severitat percebuda de l'insomni. La puntuació total mitjana de l'ISI va ser de 10.89, amb una desviació estàndard de 5.86, un valor mínim de 0 i un valor màxim de 22. Aquests resultats van permetre descriure la variabilitat existent en la mostra tant pel que fa a les creences disfuncionals sobre el son com a la severitat percebuda de l'insomni.

### Taula 5

Estadístics descriptius de les variables principals de l'estudi (creences disfuncionals sobre el son i severitat de l'insomni).

| Estadísticos descriptivos |     |        |        |        |                     |
|---------------------------|-----|--------|--------|--------|---------------------|
|                           | N   | Mínimo | Máximo | Media  | Desviación estándar |
| dbas_mean_num             | 102 | 3,00   | 8,31   | 5,4216 | 1,39656             |
| isi_total                 | 102 | 0      | 22     | 10,89  | 5,856               |
| N válido (por lista)      | 102 |        |        |        |                     |

## 4.3. Fiabilitat interna dels instruments

La consistència interna dels instruments es va analitzar mitjançant l'alfa de Cronbach. La DBAS-16 va presentar una consistència interna bona, amb un alfa de Cronbach de .863. Aquest resultat va indicar una adequada coherència interna entre els ítems de l'escala en la mostra analitzada. Aquesta anàlisi va ser especialment rellevant en el cas de la DBAS-16, ja que en aquest estudi es va utilitzar una versió traduïda al castellà i no una validació pròpia consolidada en la

mostra catalana o espanyola del present treball. Per tant, tot i que el valor obtingut va ser favorable, els resultats derivats d'aquesta escala es van interpretar amb la cautela corresponent.

Pel que fa a l'ISI, l'alfa de Cronbach va ser de .891, fet que també va indicar una bona consistència interna en la mostra estudiada. En conjunt, els dos instruments van mostrar valors de fiabilitat adequats per a l'anàlisi de les variables principals del treball.

Les taules 6 i 7 mostren l'alfa de Cronbach del DBAS-16 i de l'ISI, respectivament.

### **Taula 6**

*Consistència interna de la DBAS-16*

| <b>Estadísticas de fiabilidad</b> |                                                     |                |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------|
| Alfa de Cronbach                  | Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados | N de elementos |
| ,863                              | ,864                                                | 16             |

### **Taula 7**

*Consistència interna de l'ISI*

| <b>Estadísticas de fiabilidad</b> |                                                     |                |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------|
| Alfa de Cronbach                  | Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados | N de elementos |
| ,891                              | ,893                                                | 7              |

#### 4.4. Anàlisi de normalitat

Es va examinar la distribució de les puntuacions principals mitjançant la prova de Shapiro-Wilk, els valors d'asimetria i curtosi, i la inspecció gràfica de la distribució. En el cas de la DBAS-16, la prova de Shapiro-Wilk va indicar una desviació estadísticament significativa respecte de la normalitat,  $W = .968$ ,  $p = .015$ . L'asimetria va ser de .210 i la curtosi de -.830. En el cas de l'ISI, la prova de Shapiro-Wilk també va resultar significativa,  $W = .966$ ,  $p = .010$ , amb una asimetria de .011 i una curtosi de -1.025.

Tot i que els resultats de Shapiro-Wilk van ser significatius en ambdues variables, els valors d'asimetria van ser propers a zero i els valors de curtosi no van mostrar desviacions extremes. A més, atesa la mida mostral de 102 participants i la inspecció general de les distribucions, es va considerar raonable utilitzar la correlació de Pearson per a l'anàlisi principal. Aquesta decisió es va prendre de manera prudent, tenint en compte el conjunt d'indicadors de normalitat i no únicament el valor de significació de la prova de Shapiro-Wilk.

La taula 8 presenta els resultats de la prova de normalitat per al DBAS-16 i l'ISI.

#### Taula 8

*Prova de normalitat de la DBAS-16 i de l'ISI*

| Pruebas de normalidad |                                 |     |                   |              |     |      |
|-----------------------|---------------------------------|-----|-------------------|--------------|-----|------|
|                       | Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup> |     |                   | Shapiro-Wilk |     |      |
|                       | Estadístico                     | gl  | Sig.              | Estadístico  | gl  | Sig. |
| isi_total             | ,100                            | 102 | ,014              | ,966         | 102 | ,010 |
| dbas_mean_num         | ,069                            | 102 | ,200 <sup>*</sup> | ,968         | 102 | ,015 |

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

#### 4.5. Relació entre creences disfuncionals sobre el son i gravetat de l'insomni

L'anàlisi principal de l'estudi va examinar la relació entre la puntuació mitjana de la DBAS-16 i la puntuació total de l'ISI. Es va utilitzar una correlació de Pearson amb els 102 participants inclosos en l'anàlisi. Els resultats van mostrar una correlació positiva i estadísticament significativa entre les dues variables,  $r(100) = .548$ ,  $p < .001$ .

Aquest resultat va indicar que puntuacions més altes en creences disfuncionals sobre el son es van associar amb puntuacions més elevades en severitat de l'insomni. La magnitud de l'associació es va situar en un rang moderat-alt, d'acord amb els criteris orientatius habituals per interpretar la mida de les correlacions.

Aquests resultats van donar suport a la hipòtesi principal de l'estudi, segons la qual existiria una relació positiva entre les creences disfuncionals sobre el son i la gravetat de l'insomni. Aquesta associació pot interpretar-se com a compatible amb el paper de les cognicions relacionades amb la por a no dormir, tot i que la DBAS-16 no mesura aquest constructe de manera directa.

La taula 9 presenta la correlació de Pearson entre el DBAS-16 i l'ISI.

#### Taula 9

*Correlació de Pearson entre la DBAS-16 i l'ISI*

| Correlaciones |                        |               |           |
|---------------|------------------------|---------------|-----------|
|               |                        | dbas_mean_num | isi_total |
| dbas_mean_num | Correlación de Pearson | 1             | ,548**    |
|               | Sig. (bilateral)       |               | <,001     |
|               | N                      | 102           | 102       |
| isi_total     | Correlación de Pearson | ,548**        | 1         |
|               | Sig. (bilateral)       | <,001         |           |
|               | N                      | 102           | 102       |

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

#### 4.6. Anàlisis exploratòries

De manera complementària, es van realitzar anàlisis exploratòries per examinar possibles diferències en les puntuacions de la DBAS-16 i de l'ISI segons el diagnòstic previ d'insomni, l'ús de medicació per dormir i el sexe. Atès el caràcter secundari d'aquestes anàlisis i la mida desigual d'alguns grups, els resultats es van interpretar amb prudència.

En relació amb el diagnòstic previ d'insomni, es van observar diferències estadísticament significatives tant en la DBAS-16 com en l'ISI. Les persones que van informar d'un diagnòstic previ d'insomni van presentar rangs mitjans superiors en la DBAS-16,  $U = 227.00$ ,  $p = .024$ , i també en l'ISI,  $U = 76.50$ ,  $p < .001$ , en comparació amb les persones sense diagnòstic previ.

La taula 10 mostra els rangs obtinguts en el DBAS-16 i l'ISI segons el diagnòstic previ d'insomni, mentre que la taula 11 presenta els estadístics de la prova U de Mann-Whitney.

#### Taula 10

*Rangs de la DBAS-16 i de l'ISI segons el diagnòstic previ d'insomni*

| Rangos        |             |     |                |                |
|---------------|-------------|-----|----------------|----------------|
|               | insomnia_dx | N   | Rango promedio | Suma de rangos |
| dbas_mean_num | 0           | 93  | 49,44          | 4598,00        |
|               | 1           | 9   | 72,78          | 655,00         |
|               | Total       | 102 |                |                |
| isi_total     | 0           | 93  | 47,82          | 4447,50        |
|               | 1           | 9   | 89,50          | 805,50         |
|               | Total       | 102 |                |                |

## Taula 11

*Prova U de Mann-Whitney segons el diagnòstic previ d'insomni*

| Estadísticos de prueba <sup>a</sup> |               |           |
|-------------------------------------|---------------|-----------|
|                                     | dbas_mean_num | isi_total |
| U de Mann-Whitney                   | 227,000       | 76,500    |
| W de Wilcoxon                       | 4598,000      | 4447,500  |
| Z                                   | -2,260        | -4,042    |
| Sig. asin. (bilateral)              | ,024          | <,001     |

a. Variable de agrupación: insomnia\_dx

Pel que fa a l'ús de medicació per dormir, no es van observar diferències estadísticament significatives en la DBAS-16,  $U = 596.50$ ,  $p = .258$ . En canvi, sí que es van observar diferències significatives en l'ISI,  $U = 326.00$ ,  $p < .001$ , amb rangs mitjans superiors entre les persones que van indicar prendre medicació per dormir.

## Taula 12

*Rangs de la DBAS-16 i de l'ISI segons l'ús de medicació per dormir*

| Rangos        |                  |     |                |                |
|---------------|------------------|-----|----------------|----------------|
|               | sleep_medication | N   | Rango promedio | Suma de rangos |
| dbas_mean_num | 0                | 85  | 50,02          | 4251,50        |
|               | 1                | 17  | 58,91          | 1001,50        |
|               | Total            | 102 |                |                |
| isi_total     | 0                | 85  | 46,84          | 3981,00        |
|               | 1                | 17  | 74,82          | 1272,00        |
|               | Total            | 102 |                |                |

### Taula 13

*Prova U de Mann-Whitney segons l'ús de medicació per dormir*

| Estadísticos de prueba <sup>a</sup> |                   |           |
|-------------------------------------|-------------------|-----------|
|                                     | dbas_mean_<br>num | isi_total |
| U de Mann-Whitney                   | 596,500           | 326,000   |
| W de Wilcoxon                       | 4251,500          | 3981,000  |
| Z                                   | -1,132            | -3,566    |
| Sig. asin. (bilateral)              | ,258              | <,001     |

a. Variable de agrupación:  
sleep\_medication

Finalment, en l'anàlisi segons el sexe es van comparar únicament les categories dona i home, ja que només una persona va seleccionar l'opció "prefereixo no dir-ho". Els resultats van mostrar diferències estadísticament significatives tant en la DBAS-16,  $U = 731.50$ ,  $p = .009$ , com en l'ISI,  $U = 746.00$ ,  $p = .012$ . En ambdós casos, les dones van presentar rangs mitjans superiors als homes. Aquests resultats, però, s'han d'interpretar com a exploratoris, especialment per la distribució desigual dels grups.

## Taula 14

*Rangs de la DBAS-16 i de l'ISI segons el sexe*

| Rangos        |       |     |                |                |
|---------------|-------|-----|----------------|----------------|
|               | sex   | N   | Rango promedio | Suma de rangos |
| dbas_mean_num | 1     | 70  | 56,05          | 3923,50        |
|               | 2     | 31  | 39,60          | 1227,50        |
|               | Total | 101 |                |                |
| isi_total     | 1     | 70  | 55,84          | 3909,00        |
|               | 2     | 31  | 40,06          | 1242,00        |
|               | Total | 101 |                |                |

## Taula 15

*Prova U de Mann-Whitney segons el sexe*

| Estadísticos de prueba <sup>a</sup> |               |           |
|-------------------------------------|---------------|-----------|
|                                     | dbas_mean_num | isi_total |
| U de Mann-Whitney                   | 731,500       | 746,000   |
| W de Wilcoxon                       | 1227,500      | 1242,000  |
| Z                                   | -2,604        | -2,500    |
| Sig. asin. (bilateral)              | ,009          | ,012      |

a. Variable de agrupación: sex

Els resultats van mostrar una associació positiva i estadísticament significativa entre les creences disfuncionals sobre el son i la severitat de l'insomni. Aquesta relació va anar en la direcció esperada i va donar suport a la hipòtesi plantejada, tot indicant que una major presència de creences disfuncionals sobre el son es va associar amb una major severitat percebuda de l'insomni. Les anàlisis exploratòries també van mostrar diferències en algunes variables clíniques i sociodemogràfiques, tot i que aquestes s'han d'interpretar amb cautela pel seu caràcter secundari. La interpretació més àmplia d'aquests resultats s'aborda en l'apartat de discussió.

## 5. Discussió

En conjunt, els resultats obtinguts permeten valorar les tres hipòtesis plantejades en l'estudi. En primer lloc, la Hipòtesi 1 va rebre suport, ja que es va observar una relació positiva i estadísticament significativa entre les creences disfuncionals sobre el son i la severitat percebuda de l'insomni. Això indica que puntuacions més elevades en la DBAS-16 s'associen amb puntuacions més altes en l'ISI. En segon lloc, la Hipòtesi 2 també va rebre suport, atès que les persones amb diagnòstic previ d'insomni van presentar puntuacions superiors tant en la DBAS-16 com en l'ISI en comparació amb les persones sense diagnòstic previ. Finalment, la Hipòtesi 3 es va confirmar parcialment, ja que les persones que utilitzaven medicació per dormir van mostrar una major severitat percebuda de l'insomni, però no puntuacions significativament més elevades en creences disfuncionals sobre el son. Per tant, els resultats reforcen la rellevància dels factors cognitius en la comprensió de l'insomni, però també mostren que variables clíniques com el diagnòstic previ i l'ús de medicació poden relacionar-se de manera diferent amb la severitat del problema i amb les creences associades al son.

La relació observada entre les creences disfuncionals sobre el son i la severitat percebuda de l'insomni és coherent amb el plantejament central del treball: la severitat de l'insomni no depèn únicament de les dificultats objectives o subjectives per dormir, sinó també del significat que la persona atribueix al fet de no dormir. En aquest sentit, la relació trobada suggereix que la por a no dormir pot actuar com un component psicològic rellevant en la manera com l'individu experimenta, interpreta i valora el seu problema de son. No obstant això, cal remarcar que aquesta interpretació s'ha de fer amb prudència, ja que la DBAS-16 no mesura de manera directa i específica l'ansietat anticipatòria del son, sinó un conjunt més ampli de creences i actituds disfuncionals sobre el son. Per tant, els resultats no permeten afirmar que s'hagi mesurat la por a no dormir en sentit estricte, però sí que indiquen que les cognicions disfuncionals relacionades amb el son, moltes de les quals inclouen preocupació per les conseqüències de dormir malament, s'associen clarament amb la severitat percebuda de l'insomni.

La correlació observada també respon directament als objectius específics del treball. En primer lloc, permet confirmar l'existència d'una associació entre els nivells de creences disfuncionals relacionades amb el son i la severitat de l'insomni. En segon lloc, dona suport a la idea que la por a no dormir, encara que hagi estat operativitzada de manera indirecta mitjançant la DBAS-16, pot considerar-se un indicador rellevant de la intensitat percebuda del trastorn. El fet que l'associació sigui de magnitud moderada-alta és especialment rellevant, ja que suggereix que les creences sobre el son no constitueixen un element marginal, sinó una dimensió psicològica estretament vinculada a l'experiència subjectiva de l'insomni. Tanmateix, el resultat no implica que les creences disfuncionals siguin la causa de l'insomni, sinó que ambdues variables apareixen relacionades en la mostra estudiada.

Des del punt de vista teòric, aquests resultats són coherents amb els models cognitius de l'insomni exposats en la introducció. El model de Harvey (2002) planteja que la preocupació pel son, la hipervigilància i les interpretacions negatives de les conseqüències de dormir malament poden incrementar l'activació cognitiva i emocional abans d'anar a dormir. Els resultats del present estudi encaixen amb aquesta formulació, ja que les persones amb puntuacions més elevades en creences disfuncionals també van presentar més severitat d'insomni. Això reforça la idea que l'insomni no pot comprendre's només com una dificultat nocturna, sinó com un procés en què intervenen expectatives, atribucions, preocupacions i intents de control que poden contribuir al manteniment del problema.

Aquesta interpretació també és compatible amb el model de les 3P de Spielman et al. (1987a). Des d'aquest marc, les creences disfuncionals i la por anticipada a no dormir poden entendre's com a factors de manteniment, és a dir, com a processos que poden perpetuar el problema un cop aquest ja s'ha iniciat. Una persona pot començar a dormir malament per un factor precipitant, com l'estrès o una situació vital adversa, però el problema pot consolidar-se quan el son passa a ser percebut com una funció fràgil, amenaçada i difícil de controlar. En aquest sentit, els

resultats obtinguts suggereixen que la dimensió cognitivoemocional del son pot estar vinculada a la persistència i intensificació subjectiva de l'insomni.

La relació trobada també pot interpretar-se a partir del concepte d'amenaça percebuda. Quan una persona interpreta la possibilitat de no dormir com una amenaça greu per al seu rendiment, la seva salut o el seu equilibri emocional, és probable que el moment d'anar a dormir deixi de ser viscut com una situació de descans i passi a convertir-se en una situació d'alerta. Aquest procés pot explicar per què les creences disfuncionals sobre el son s'associen amb més severitat de l'insomni. No es tracta només que la persona dormi pitjor, sinó que el fet de dormir malament adquireix un significat especialment negatiu. Així, la nit pot anticipar-se com un escenari de fracàs, i aquesta anticipació pot incrementar la preocupació, la vigilància interna i la tensió emocional.

A més, els resultats són congruents amb el paper paradoxal dels intents de control del son. Tal com s'ha exposat en el marc teòric, l'esforç voluntari per adormir-se pot interferir amb un procés que, per definició, requereix un cert grau d'automaticitat i desactivació. Les persones amb més creences disfuncionals poden sentir una major necessitat de controlar el son, evitar una mala nit o prevenir les conseqüències de no descansar. Tanmateix, aquest intent de control pot incrementar l'activació cognitiva i dificultar encara més l'adormiment. D'aquesta manera, la relació entre DBAS-16 i ISI pot reflectir parcialment aquest cercle de manteniment: com més amenaçador es percep el fet de no dormir, més probable és que augmentin l'esforç, la vigilància i la preocupació, i més sever pot percebre's el problema de son.

Pel que fa al diagnòstic previ d'insomni, els resultats permeten donar suport a la Hipòtesi 2. Les persones que van informar d'un diagnòstic previ d'insomni van presentar puntuacions superiors tant en creences disfuncionals sobre el son com en severitat percebuda de l'insomni, en comparació amb les persones sense diagnòstic previ. Aquest resultat és coherent amb el plantejament de la hipòtesi, ja que un diagnòstic previ pot reflectir una història més consolidada de dificultats de son, una major interferència funcional i una elaboració cognitiva més intensa del problema. L'experiència repetida de males nits i de conseqüències diürnes negatives pot

reforçar la percepció que el son és fràgil, difícil de controlar i que no dormir comporta conseqüències difícils de gestionar. Això podria explicar per què aquest grup mostra nivells més elevats tant en la DBAS-16 com en l'ISI.

Pel que fa a l'ús de medicació per dormir, els resultats permeten confirmar parcialment la hipòtesi 3. Concretament, es van observar diferències significatives en la severitat de l'insomni, però no en les creences disfuncionals sobre el son. Aquest resultat pot interpretar-se de diverses maneres. D'una banda, és plausible que les persones que utilitzen medicació ho facin perquè presenten una major gravetat percebuda del problema, cosa que explicaria les puntuacions més elevades en l'ISI. D'altra banda, el fet que no apareguin diferències significatives en la DBAS-16 podria indicar que l'ús de medicació no s'associa necessàriament amb més creences disfuncionals en aquesta mostra, o bé que la mida del grup que prenia medicació era limitada i no permetia detectar diferències més subtils. També és possible que la medicació estigui més vinculada a la intensitat percebuda del símptoma que no pas al patró cognitiu específic sobre el son.

En relació amb el sexe, les dones van presentar rangs mitjans superiors tant en la DBAS-16 com en l'ISI. Aquest resultat pot suggerir una major severitat percebuda de l'insomni i una major presència de creences disfuncionals sobre el son en les dones de la mostra. Tanmateix, aquesta interpretació ha de ser especialment prudent, ja que la distribució per sexe va ser desigual i l'estudi no estava dissenyat específicament per analitzar diferències de gènere. A més, no es van controlar possibles variables que podrien influir en aquesta relació, com l'edat, l'estrès, la salut mental, les responsabilitats familiars, els canvis hormonals o altres factors psicosocials. Per tant, aquests resultats poden considerar-se un índex exploratori, però no una conclusió ferma sobre diferències entre homes i dones.

Des d'una perspectiva aplicada, els resultats del treball tenen implicacions rellevants per a la comprensió i l'abordatge de l'insomni. Reforcen la importància d'avaluar no només la freqüència o intensitat dels símptomes nocturns, sinó també les creences, expectatives i pors associades al fet de no dormir. En contextos clínics, dues persones amb un patró de son similar poden viure el problema de

manera molt diferent segons el significat que atribueixin a la manca de son. Per aquest motiu, explorar preguntes com “què creu la persona que passarà si no dorm?”, “quines conseqüències anticipa?” o “fins a quin punt intenta controlar el son?” pot aportar informació rellevant per entendre la gravetat subjectiva del problema.

El treball també presenta diverses limitacions. La primera fa referència al disseny transversal i correlacional. Aquest tipus de disseny permet identificar associacions entre variables, però no establir la direcció causal de la relació. Per tant, no es pot concloure si les creences disfuncionals contribueixen a augmentar la severitat de l'insomni, si la severitat de l'insomni afavoreix el desenvolupament de creences més negatives, o si ambdues variables es retroalimenten de manera bidireccional. Aquesta darrera possibilitat és teòricament plausible, però el present estudi no permet comprovar-la empíricament.

Una segona limitació és el tipus de mostra. Es va utilitzar un mostreig no probabilístic per conveniència, amb difusió a través de xarxes socials i contactes personals. Això limita la representativitat dels resultats i dificulta la seva generalització a la població adulta general. A més, la mostra presenta una major proporció de dones que d'homes, i només una petita part dels participants va informar d'un diagnòstic previ d'insomni. Aquest fet és important, perquè l'estudi analitza una variable clínica en una mostra majoritàriament comunitària, no necessàriament formada per persones amb insomni diagnosticat. Per tant, els resultats reflecteixen sobretot la relació entre creences disfuncionals i severitat percebuda en una mostra adulta general, més que en una mostra clínica específica.

Una tercera limitació està relacionada amb els instruments de mesura. Tant la DBAS-16 com l'ISI són instruments d'autoinforme, de manera que els resultats depenen de la percepció subjectiva dels participants. Això és coherent amb l'objectiu del treball, ja que la severitat percebuda de l'insomni i les creences sobre el son són constructes subjectius, però també implica possibles biaixos de resposta.

A més, la DBAS-16 es va utilitzar com a indicador cognitiu relacionat amb la por a no dormir, però no com una mesura específica d'ansietat anticipatòria del son. Aquesta decisió és justificable pel contingut de diversos ítems, però obliga a formular les conclusions amb cautela. En aquest sentit, el treball no mesura directament la por a no dormir en tota la seva amplitud emocional, fisiològica i conductual, sinó una dimensió cognitiva propera a aquest constructe.

També cal considerar que la versió de la DBAS-16 utilitzada va ser una versió traduïda al castellà, sense una validació psicomètrica pròpia plenament consolidada en el context específic de la mostra. Tot i que l'alfa de Cronbach obtingut va ser adequat, la consistència interna no substitueix una validació completa de l'instrument. Per tant, la fiabilitat observada reforça la qualitat interna de les dades, però no elimina completament les precaucions relatives a l'adaptació lingüística i cultural de l'escala.

Pel que fa a futures línies de recerca, seria convenient replicar aquest estudi amb mostres més àmplies, equilibrades i representatives, així com amb mostres clíniques de persones amb diagnòstic d'insomni. Això permetria comprovar si la relació entre creences disfuncionals i severitat de l'insomni es manté amb la mateixa magnitud en poblacions amb més afectació clínica. També seria útil dur a terme estudis longitudinals per analitzar la direcció temporal de la relació: si les creences disfuncionals precedeixen l'augment de la severitat de l'insomni, si apareixen com a conseqüència del problema, o si ambdues variables es reforcen mútuament al llarg del temps.

A més, futurs estudis podrien incorporar instruments més específics per avaluar l'ansietat anticipatòria del son, la por a no dormir i l'esforç per dormir. Això permetria diferenciar millor entre creences disfuncionals generals, preocupació anticipatòria, amenaça percebuda i intents de control del son. També seria rellevant examinar si determinades dimensions de la DBAS-16, com la preocupació per les conseqüències, la percepció de control o les expectatives rígides sobre la necessitat de dormir, tenen una relació més intensa amb la severitat de l'insomni que altres dimensions. Finalment, es podrien plantejar models estadístics més complexos,

com regressions o anàlisis de mediació, per explorar si la relació entre insomni i malestar diürn està mediada per la por a no dormir o per la interpretació catastròfica de les conseqüències del mal son.

En síntesi, els resultats d'aquest estudi aporten suport empíric a la idea que la dimensió cognitivoemocional del son està estretament relacionada amb la severitat percebuda de l'insomni. Les persones que presenten més creences disfuncionals sobre el son tendeixen també a informar d'una major gravetat del problema, cosa que és coherent amb els models que situen la preocupació, la hipervigilància, l'amenaça percebuda i els intents de control com a mecanismes de manteniment de l'insomni. Tot i les limitacions pròpies d'un estudi transversal, d'autoinforme i amb mostra de conveniència, el treball contribueix a reforçar una idea central: en l'insomni, el problema no és només dormir poc o dormir malament, sinó també la manera com la persona interpreta, anticipa i intenta controlar aquesta experiència. Aquesta aportació és rellevant tant per a la comprensió teòrica del trastorn com per a la seva avaluació i intervenció psicològica.

## 6. Bibliografia

American Academy of Sleep Medicine. (2014). *International classification of sleep disorders* (3rd ed.).

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Ansfield, M. E., Wegner, D. M., & Bowser, R. (1996). Ironie effects of sleep urgency. *Behaviour Research and Therapy*, 34(7), 523–531. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00031-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(96)00031-9)

Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., Lombardo, C., & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 135(1–3), 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.011>

Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2(4), 297–307. [https://doi.org/10.1016/S1389-9457\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S1389-9457(00)00065-4)

Daley, M., Morin, C. M., LeBlanc, M., Grégoire, J. P., & Savard, J. (2009a). The economic burden of insomnia: Direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. *Sleep*, 32(1), 55–64. <https://doi.org/10.5665/sleep/32.1.55>

Daley, M., Morin, C. M., LeBlanc, M., Grégoire, J. P., Savard, J., & Baillargeon, L. (2009b). Insomnia and its relationship to health-care utilization, work

- absenteeism, productivity and accidents. *Sleep Medicine*, 10(4), 427–438. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2008.04.005>
- Duan, D., Kim, L. J., Jun, J. C., & Polotsky, V. Y. (2023). Connecting insufficient sleep and insomnia with metabolic dysfunction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1519(1), 94–117. <https://doi.org/10.1111/nyas.14926>
- Espie, C. A., Broomfield, N. M., MacMahon, K. M. A., Macphee, L. M., & Taylor, L. M. (2006). The attention–intention–effort pathway in the development of psychophysiologic insomnia: A theoretical review. *Sleep Medicine Reviews*, 10(4), 215–245. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2006.03.002>
- Fortier-Brochu, É., Beaulieu-Bonneau, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2012). Insomnia and daytime cognitive performance: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 16(1), 83–94. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2011.03.008>
- Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 869–893. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00061-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00061-4)
- Healey, E. S., Kales, A., Monroe, L. J., Bixler, E. O., Chamberlin, K., & Soldatos, C. R. (1981). Onset of insomnia: Role of life-stress events. *Psychosomatic Medicine*, 43(5), 439–451. <https://doi.org/10.1097/00006842-198110000-00007>
- Hertenstein, E., Feige, B., Gmeiner, T., Kienzler, C., Spiegelhalder, K., Johann, A., Jansson-Fröjmark, M., Palagini, L., Rücker, G., Riemann, D., & Baglioni, C. (2019). Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 43, 96–105. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2018.10.006>
- Johnson, K. A., Gordon, C. J., Chapman, J. L., Hoyos, C. M., Marshall, N. S., Miller, C. B., & Grunstein, R. R. (2021). The association of insomnia disorder characterised by objective short sleep duration with hypertension, diabetes and body mass index: A systematic review and meta-analysis. *Sleep*

- Medicine Reviews*, 59, Article 101456.  
<https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101456>
- Kyle, S. D., Miller, C. B., Rogers, Z., Siriwardena, A. N., MacMahon, K. M. A., & Espie, C. A. (2014). Sleep restriction therapy for insomnia is associated with reduced objective total sleep time, increased daytime somnolence, and objectively impaired vigilance: Implications for the clinical management of insomnia disorder. *Sleep*, 37(2), 229–237.  
<https://doi.org/10.5665/sleep.3386>
- Kyle, S. D., Morgan, K., & Espie, C. A. (2010). Insomnia and health-related quality of life. *Sleep Medicine Reviews*, 14(1), 69–82.  
<https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.07.004>
- Léger, D., Bayon, V., Ohayon, M. M., Philip, P., Ement, P., Metlaine, A., Chennaoui, M., & Faraut, B. (2014). Insomnia and accidents: Cross-sectional study (EQUINOX) on sleep-related home, work and car accidents in 5293 subjects with insomnia from 10 countries. *Journal of Sleep Research*, 23(2), 143–152.  
<https://doi.org/10.1111/jsr.12104>
- Léger, D., Massuel, M. A., & Metlaine, A. (2006). Professional correlates of insomnia. *Sleep*, 29(2), 171–178. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.2.171>
- Léger, D., Morin, C. M., Uchiyama, M., Hakimi, Z., Cure, S., & Walsh, J. K. (2012). Chronic insomnia, quality-of-life, and utility scores: Comparison with good sleepers in a cross-sectional international survey. *Sleep Medicine*, 13(1), 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.03.020>
- Lundh, L. G., & Broman, J. E. (2000). Insomnia as an interaction between sleep-interfering and sleep-interpreting processes. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(5), 299–310. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00150-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00150-1)
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. Guilford Press.

- Morin, C. M., Hauri, P. J., Espie, C. A., Spielman, A. J., Buysse, D. J., & Bootzin, R. (1999). Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep*, 22(8), 1134–1156. <https://doi.org/10.1093/sleep/22.8.1134>
- Morin, C. M., Vallières, A., & Ivers, H. (2007). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): Validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep*, 30(11), 1547–1554. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.11.1547>
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, 6(2), 97–111. <https://doi.org/10.1053/smr.2002.0186>
- Riemann, D., Espie, C. A., Altena, E., Arnardóttir, E. S., Baglioni, C., Bassetti, C. L. A., Bastien, C., Berzina, N., Bjorvatn, B., Dikeos, D., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G., Garcia-Borreguero, D., Geoffroy, P. A., Gjerstad, M., Gonçalves, M., Hertenstein, E., Hoedlmoser, K., Hion, T., . . . Spiegelhalder, K. (2023). The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *Journal of Sleep Research*, 32(6), Article e14035. <https://doi.org/10.1111/jsr.14035>
- Riemann, D., Spiegelhalder, K., Feige, B., Voderholzer, U., Berger, M., Perlis, M., & Nissen, C. (2010). The hyperarousal model of insomnia: A review of the concept and its evidence. *Sleep Medicine Reviews*, 14(1), 19–31. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.04.002>
- Roth, T. (2007). Insomnia: Definition, prevalence, etiology, and consequences. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 3(5 Suppl.), S7–S10. <https://doi.org/10.5664/jcsm.26929>
- Shahly, V., Berglund, P. A., Coulouvrat, C., Fitzgerald, T., Hajak, G., Roth, T., Shillington, A. C., Stephenson, J. J., Walsh, J. K., & Kessler, R. C. (2012). The associations of insomnia with costly workplace accidents and errors: Results from the America Insomnia Survey. *Archives of General Psychiatry*, 69(10), 1054–1063. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2188>

- Sofi, F., Cesari, F., Casini, A., Macchi, C., Abbate, R., & Gensini, G. F. (2014). Insomnia and risk of cardiovascular disease: A meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*, 21(1), 57–64. <https://doi.org/10.1177/2047487312460020>
- Spielman, A. J., Caruso, L. S., & Glovinsky, P. B. (1987a). A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 10(4), 541–553. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30532-X](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30532-X)
- Spielman, A. J., Saskin, P., & Thorpy, M. J. (1987b). Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep*, 10(1), 45–56. <https://doi.org/10.1093/sleep/10.1.45>
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101(1), 34–52. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.1.34>
- Wegner, D. M. (1997). When the antidote is the poison: Ironic mental control processes. *Psychological Science*, 8(3), 148–150. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00399.x>
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., III, & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 5–13. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.5>
- Zhang, Y., Jiang, X., Liu, J., Lang, Y., & Liu, Y. (2021). The association between insomnia and the risk of metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Neuroscience*, 89, 430–436. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2021.05.039>

## 7. Annexos

### 7.1 Qüestionari

Aquest qüestionari forma part d'un Treball de Fi de Grau (TFG) en Psicologia sobre el son i l'insomni.

La participació és voluntària, anònima i confidencial. Les dades es tractaran de manera agregada amb finalitats exclusivament acadèmiques.

Només poden participar persones majors de 18 anys.

En continuar, declares que compleixes aquest requisit i dones el teu consentiment per participar.

[Full de consentiment informat](#)

Gerard Santacreu Alonso

*\* Indicates required question*

---

1. Abans de començar: \*

*Check all that apply.*

☐ He llegit i comprès les condicions de participació en aquest estudi, manifesto que la meua participació és voluntària i dono lliurement el meu consentiment per participar. Confirmo que tinc 18 anys o més i accepto participar en aquest estudi.

Dades sociodemogràfiques

2. Edat \*

---

3. Sexe \*

*Mark only one oval.*

- ☐ Home
- ☐ Dona
- ☐ Prefereixo no dir-ho
- ☐ Other:  
\_\_\_\_\_

Historial clínic i ús de medicació

En aquest apartat es recull informació sobre el diagnòstic previ d'insomni per part d'un professional de la salut i l'ús actual o passat de medicació per dormir.

4. Has estat diagnosticat/da d'insomni per un professional de la salut? \*

*Mark only one oval.*

- ☐ Si
- ☐ No

5. Ús de medicació per dormir \*

*Mark only one oval.*

- ☐ Si
- ☐ No

### Escala de Creencias y Actitudes sobre el Sueño (DBAS-16)

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones sobre el sueño. Indica hasta qué punto estás de acuerdo con cada una.

Utiliza una escala de 0 a 10:

0 = Totalmente en desacuerdo

10 = Totalmente de acuerdo

No hay respuestas correctas o incorrectas. Responde según tu experiencia personal.

6. Necesito 8 horas de sueño para sentirme bien durante el día \*

*Mark only one oval.*

|      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|      | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    |                       |
| Tota | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Totalmente de acuerdo |

7. Si duermo mal una noche, necesito compensarlo durmiendo más o haciendo siesta. \*

*Mark only one oval.*

|      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|      | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    |                       |
| Tota | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Totalmente de acuerdo |

8. Me preocupa que el insomnio tenga consecuencias graves para mi salud. \*

*Mark only one oval.*

|      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|      | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    |                       |
| Tota | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Totalmente de acuerdo |

9. Me preocupa perder el control sobre mi capacidad de dormir. \*

Mark only one oval.

|      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|      | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    |                       |
| Tota | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Totalmente de acuerdo |

10. Una mala noche de sueño afectará mi rendimiento al día siguiente. \*

Mark only one oval.

|      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|      | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    |                       |
| Tota | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Totalmente de acuerdo |

11. Es mejor tomar una pastilla para dormir que pasar una mala noche. \*

Mark only one oval.

|      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|      | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    |                       |
| Tota | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Totalmente de acuerdo |

12. Mi estado de ánimo durante el día depende principalmente de cómo dormí. \*

Mark only one oval.

|      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|      | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    |                       |
| Tota | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Totalmente de acuerdo |

13. Dormir mal una noche afectará mi sueño toda la semana. \*

Mark only one oval.

|      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|      | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    |                       |
| Tota | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Totalmente de acuerdo |

14. Sin dormir bien, casi no puedo funcionar al día siguiente. \*

Mark only one oval.

|      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|      | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    |                       |
| Tota | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Totalmente de acuerdo |

15. No puedo predecir si dormiré bien o mal. \*

Mark only one oval.

|      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|      | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    |                       |
| Tota | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Totalmente de acuerdo |

16. Tengo poca capacidad para afrontar las consecuencias de dormir mal. \*

Mark only one oval.

|      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|      | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    |                       |
| Tota | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Totalmente de acuerdo |

17. Si estoy cansado durante el día, es porque dormí mal la noche anterior. \*

Mark only one oval.

|      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|      | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    |                       |
| Tota | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Totalmente de acuerdo |

18. El insomnio se debe principalmente a un desequilibrio químico. \*

Mark only one oval.

|      |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|      | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    |                       |
| Tota | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Totalmente de acuerdo |

19. El insomnio está afectando mi calidad de vida. \*

Mark only one oval.

|       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|       | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    |                       |
| Total | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Totalmente de acuerdo |

20. Los medicamentos son la única solución para mi problema de sueño. \*

Mark only one oval.

|       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|       | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    |                       |
| Total | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Totalmente de acuerdo |

21. Evito actividades si he dormido mal. \*

Mark only one oval.

|       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|       | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     | 8                     | 9                     | 10                    |                       |
| Total | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Totalmente de acuerdo |

### Índice de severidad del insomnio (ISI)

El índice de gravedad del insomnio tiene siete preguntas.

Califique la GRAVEDAD ACTUAL (es decir, LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS) de su(s) problema(s) de insomnio.

22. Dificultad para conciliar el sueño \*

Mark only one oval.

- ☐ Ninguna
- ☐ Leve
- ☐ Moderada
- ☐ Severa
- ☐ Muy Severa

23. Dificultad para mantener el sueño \*

*Mark only one oval.*

- ☐ Ninguna
- ☐ Leve
- ☐ Moderada
- ☐ Severa
- ☐ Muy Severa

24. Despertares muy tempranos \*

*Mark only one oval.*

- ☐ Ninguno
- ☐ Leve
- ☐ Moderado
- ☐ Severo
- ☐ Muy Severo

25. Satisfacción con tu sueño actual \*

*Mark only one oval.*

- ☐ Muy satisfecho
- ☐ Satisfecho
- ☐ Moderadamente satisfecho
- ☐ Insatisfecho
- ☐ Muy insatisfecho

26. Impacto del problema de sueño en tu calidad de vida \*

*Mark only one oval.*

- ☐ Nada notable
- ☐ Poco notable
- ☐ Moderado
- ☐ Muy notable
- ☐ Extremadamente notable

27. Nivel de preocupación o malestar por tu problema de sueño \*

*Mark only one oval.*

- ☐ Nada
- ☐ Poco
- ☐ Moderado
- ☐ Mucho
- ☐ Extremadamente

28. Interferencia del problema de sueño en tu funcionamiento diario \*

*Mark only one oval.*

- ☐ No interfiere
- ☐ Interfiere poco
- ☐ Moderadamente
- ☐ Mucho
- ☐ Extremadamente

---

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms

## 7.2 Consentiment informat

Aquest qüestionari forma part d'un Treball de Fi de Grau (TFG) en Psicologia sobre el son i l'insomni.

La participació és voluntària, anònima i confidencial. Les dades es tractaran de manera agregada amb finalitats exclusivament acadèmiques.

Només poden participar persones majors de 18 anys.

En continuar, declares que compleixes aquest requisit i dones el teu consentiment per participar.

[Full de consentiment informat](#)

Gerard Santacreu Alonso

---

\* Indicates required question

### 1. Abans de començar: \*

*Check all that apply.*

☐ He llegit i comprès les condicions de participació en aquest estudi, manifesto que la meua participació és voluntària i dono lliurement el meu consentiment per participar. Confirmo que tinc 18 anys o més i accepto participar en aquest estudi.

Dades sociodemogràfiques

### 2. Edat \*

---