
El tratamiento de la ansiedad en la enfermedad crónica y aguda

PID_00272736

Valentí Calvo Rojas

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 2 horas



**Valentí Calvo Rojas**

Diplomado en Trabajo Social (UB), licenciado en Psicología (URL), Diploma Estudios Avanzados en Psiquiatría (UAB), doctorando en Psiquiatría y Psicología Médica (UAB), máster en Psicopatología clínica (URL), máster en Psicoterapia psicoanalítica (URL). Ha trabajado como trabajador social y psicólogo en centros de atención a las drogodependencias. Actualmente trabaja en el ámbito público, y desde hace más de 11 años, como trabajador social sanitario en diferentes centros de atención primaria de salud, y en el ámbito privado como psicoterapeuta.

Segunda edición: marzo 2020

© Valentí Calvo Rojas

Todos los derechos reservados

© de esta edición, FUOC, 2020

Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona

Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.

Índice

Introducción.....	5
1. Frecuentación a los centros de salud y su relación con la ansiedad y la depresión.....	7
2. Clasificaciones diagnósticas.....	9
3. Trastornos de angustia.....	10
3.1. Generalidades	10
3.2. Epidemiología	12
4. Trastornos depresivos.....	14
4.1. Generalidades	14
4.2. Epidemiología	16
5. Orientación diagnóstica desde el trabajo social sanitario.....	18
5.1. Uso de escalas	19
6. Tratamiento desde el trabajo social sanitario.....	21
6.1. Generalidades	21
6.2. Tratamiento de la ansiedad	23
6.3. Tratamiento de la depresión	25
Bibliografía.....	27

Introducción

Entre los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad son, junto con los trastornos del ánimo, los que más contribuyen a la morbimortalidad a través del sufrimiento que generan, y los que más repercuten en las economías nacionales (Kroenke y otros, 2007). La disfuncionalidad que generan estos trastornos tiene un impacto considerable en el bienestar personal, en las relaciones sociales y en la productividad en el trabajo, con el agravante de que su alta prevalencia y el curso recurrente o incluso crónico de muchos de ellos los puede hacer tan invalidantes como cualquier otra enfermedad física crónica.

La ansiedad y la depresión no siempre aparecen de forma aislada, sino que poseen una alta comorbilidad con otros problemas psicológicos, físicos y sociales.

La aparición de la enfermedad física en la vida de una persona supone siempre una situación de crisis y un deterioro de su calidad de vida.

- Cuando la enfermedad es crónica, sus características estresantes se potencian, así como su impacto de perturbación social. Las enfermedades largas pueden incluso conducir a discordias familiares, a menudo relacionadas con problemas económicos, o con la resistencia de algunos de los miembros de la familia a participar en el cuidado de la persona enferma, si este permanece en casa. Los problemas más serios se plantean cuando el deterioro de la calidad de vida se hace más o menos permanente. La enfermedad crónica a menudo se relaciona con los estilos de vida de la persona, es un fenómeno social, depende no solo de la persona enferma, sino también de la manera como los miembros de la familia y amigos reaccionan.
- En el caso de la enfermedad aguda, la situación es más simple. Una vez resuelto el proceso mediante el tratamiento adecuado, la situación queda resuelta. La aparición de la enfermedad aguda (por lo general) se debe a la exposición a agentes infecciosos. Implica una reacción de emergencia en la que se suspenden las rutinas normales y se movilizan todas las energías para afrontar el trauma durante un período de tiempo definido.

Este carácter estresante de la enfermedad es el resultado de las múltiples demandas de ajuste que plantea, y depende de muchos factores: su duración, su forma de aparición (insidiosa, repentina, etc.), su intensidad o gravedad (que puede suponer dolor, cambios corporales y/o de aspecto, pérdida de roles sociales, etc.), y de la interpretación que la persona hace de la situación.

Por otra parte, la enfermedad no solo produce estrés en la persona que la padece, sino que tiene efectos estresantes en los familiares de la persona enferma. La dinámica de las relaciones familiares se ve afectada por la enfermedad (y, en su caso, por la hospitalización) de uno de los miembros de la familia.

Los problemas de afrontamiento son comunes en la enfermedad crónica, el tipo de respuesta más habitual lo constituye la depresión y la ansiedad. Los trastornos de ansiedad y los depresivos representan los diagnósticos con más alta prevalencia en nuestro medio, seguidos por el consumo patológico de alcohol (Martin, 2005).

Numerosos estudios han puesto de relieve niveles elevados de distrés psicológico entre personas enfermas con enfermedades crónicas.

Por ejemplo:

- En personas afectadas de cáncer se han detectado frecuentemente niveles más altos de ansiedad y depresión que los que se encuentran en la población general en la atención primaria. Los datos no señalan que existan estados patológicos o trastornos mentales diagnosticables, sino más bien una forma de distrés no específica.
- La insuficiencia renal crónica (IRC) consiste en una disminución progresiva y global de la función renal. El tratamiento de hemodiálisis (HD) consiste en hacer circular la sangre desde una arteria de la persona afectada hacia el filtro de diálisis o dializador; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada. La HD es un proceso lento que se realiza conectando a la persona enferma a una máquina. Además, implica ingerir a diario una gran cantidad de medicamentos y seguir una dieta restringida en líquidos y alimentos. Este tipo de paciente suele presentar diversos grados de alteraciones emocionales, tales como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica. La intensidad de las reacciones emocionales varía de una persona a otra dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal y la HD, sobre sus condiciones de vida.

Los trabajadores sociales sanitarios debemos jugar un papel importante en el abordaje terapéutico de los trastornos de ansiedad y depresión en los sistemas de salud, realizando tanto intervenciones individuales como grupales, con técnicas que puedan ser implementadas, en nuestro ámbito de actuación, siempre que el profesional haya recibido la formación necesaria.

Nuestro objetivo principal es orientar a los trabajadores sociales sanitarios, por un lado, en el reconocimiento de los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes adultos, y por otro lado, en la selección de recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible sobre las intervenciones terapéuticas que son abordables desde nuestro campo de intervención.

Este objetivo implica una mejora de la calidad asistencial en el manejo de este proceso, disminuyendo los efectos iatrogénicos de actuaciones medicalizadas, además de favorecer la disminución de la frecuentación de las consultas sanitarias.

1. Frecuentación a los centros de salud y su relación con la ansiedad y la depresión

Diferentes trabajos relacionan la hiperfrecuentación de los centros de atención primaria (CAP) con los trastornos depresivos y trastornos de ansiedad, concretamente, uno de ellos, con obtener puntuaciones altas en el GHQ-28 (Cuestionario General de Salud de Goldberg) y con la presencia de síntomas depresivos, utilizando el Beck Depresión Inventory (Dowrick y otros, 2000). En nuestro medio, una investigación, se encuentra una clara asociación entre hiperfrecuentación y problemas psicológicos, para ello, entrevistan a 236 pacientes con alta frecuentación y a 420 usuarios con un patrón de utilización normal, administrándoles el GHQ-28 de Goldberg (Bellón y otros, 1999).

Tanto en la atención primaria de salud como en la atención especializada, un tanto por ciento significativo de las personas que nos consultan tienen malestar psíquico. Algunos estudios realizados en nuestro medio apuntan una baja detección de los trastornos psiquiátricos, oscilando la prevalencia de los detectados entre un 18%-27% frente a un 36%-47% de patología probable (Caballero y otros, 1999; Martin y otros, 2003). La falta de una pauta común de presentación de los diferentes trastornos de ansiedad, la somatización y la asociación con enfermedades crónicas, así como la limitación del tiempo en las consultas de medicina de familia son algunas de las razones que dificultan el diagnóstico en el ámbito de la atención primaria (Bowers, 1993).

En un estudio multicéntrico de la OMS (Demyttenaere y otros, 2004), desarrollado en centros de atención primaria de 15 países con diferentes situaciones de desarrollo social y económico, encontraron que los problemas psicológicos de cualquier tipo representaban solamente el 5,3% de las presentaciones sintomáticas de las personas afectadas. La mayoría de los sujetos consultaban por otros problemas, entre los que el dolor y otras quejas de tipo físico representaban el 62% de las presentaciones sintomáticas.

Los hiperfrecuentadores son personas con riesgo de sufrir malestar psicosocial, diversas investigaciones relacionan malestar psicosocial oculto y patologías somáticas (Bellón y otros, 1999; Vera, 1999). El problema radica en la necesidad de reconocer los trastornos psicosociales subyacentes mediante un abordaje biopsicosocial. Un número importante de consultas por trastorno de conducta, somatizaciones y signos y síntomas mal definidos en general se deben, también, a alteraciones de la función psicosocial

Diversas investigaciones observacionales confirman que los factores psicosociales son determinantes en la hiperfrecuentación (Bellón y otros, 1999; Dowrick y otros, 2000; Bellón y otros, 2007). Algunos estudios han constatado una alta prevalencia (Rabinowitz y otros, 2005) de problemas psicosociales, entre

los individuos de atención primaria, sin relacionarlos con la hiperfrecuentación. La falta de apoyo familiar o de amigos se considera como un factor importante para acudir al centro de salud u hospital (Guerra de Hoyos, 2007). Un aspecto que se debe tener en cuenta tiene que ver con el incremento de los trastornos mentales que atienden los equipos profesionales de las unidades de salud, particularmente en lo referido a trastornos depresivos y de ansiedad. Este incremento en la demanda se asocia a un debilitamiento progresivo de los sistemas no formales de contención y elaboración del sufrimiento psicosocial (Martín, 2005; Calvo-Rojas y otros, 2011).

2. Clasificaciones diagnósticas

Existen unos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad y/o depresión. Estos criterios están recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales (o psicopatológicos) más importantes:

- DSM-IV- TR¹ (Asociación de Psiquiatras Americanos, APA).
- CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS).

⁽¹⁾El DSM-V está disponible en la biblioteca de la UOC.

La forma de agrupar o recolectar estos comportamientos ha variado considerablemente con los años llegando al máximo grado de operatividad con los modernos sistemas de diagnóstico. La validez de estos síndromes no se sustenta en el diagnóstico de una lesión como en el resto de la medicina, sino en la replicación de las observaciones, es decir, en el consenso establecido por diversos observadores sobre el inicio, evolución, respuesta terapéutica, signos y síntomas específicos, y criterios de demarcación de las distintas formas de enfermar psíquico.

La DSM-IV-TR enumera doce trastornos de ansiedad y en la CIE-10 los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos.

Tanto las clasificaciones de la OMS como la americana de la DSM en la actualidad, centran el interés clínico de los trastornos de angustia fundamentalmente en las llamadas crisis de angustia con o sin agorafobia, la ansiedad generalizada, las fobias, el estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo y otros de menor interés. De una u otra manera tienen un importantísimo interés socio sanitario, epidemiológico, clínico y de costos.

La gran disparidad de categorías diagnósticas oficiales que existe, la relativamente corta duración de las visitas en algunas unidades de salud, la frecuente somatización y la asociación de este tipo de trastornos con otras enfermedades crónicas son factores que no contribuyen a la búsqueda de un patrón común para la detección y el abordaje de la ansiedad patológica y/o depresión en una consulta de trabajo social sanitario. Es por ello por lo que valoramos la entrevista clínica como el principal método diagnóstico, incluyendo la valoración del riesgo de suicidio. Debe abordar, pacientemente y cuidando la relación asistencial, la búsqueda de acontecimientos psicosociales estresantes.

3. Trastornos de angustia

3.1. Generalidades

La angustia tiene que ver o alude a la constricción en pecho y garganta; proviene del latín *angor* que significa 'estrechez', 'estenosis', equiparándolo a su raíz griega, a 'estrangulamiento', 'opresión', 'sobrecogimiento'; estaría más en la esfera somática, más visceral, con conciencia de enfermedad psíquica infrecuente; la angustia sería la respuesta a la amenaza anticipada del ser, con sentimiento inmotivado o autónomo, que no se acompaña de objeto concreto sino indefinido. La angustia sería un miedo sin saber a qué; un temor inexplicable de algo indefinible; un sentimiento penoso indefinido de aprensión que te crea impotencia e indefensión ante algo desconocido que se aproxima sin posibilidad de huida o ayuda; como una inquietud interior, de presagio terrible, de sensación opresiva precordial y abdominal fundamentalmente, en su vertiente psíquica, y, en la somática de opresión, taquicardia, sudoración, temblores, escalofríos, etc. Se trataría de algo correspondiente a la corporalidad, al estrato emocional-vegetativo.

La ansiedad se vive más como un fenómeno respiratorio, con sobresalto, con impulso de huida, como una inquietud interior más intelectualizada, con conciencia de enfermedad psíquica frecuente. Es más psicológica; mientras que el miedo es la reacción normal ante una situación de peligro identificado en el ambiente (que cuando es máximo tenemos o hablamos de temor o espanto, no estando el sujeto ya preparado para dichos peligros, viéndose desbordado e invadido por su efecto al ser imprevisto), sentimiento motivado y acompañado siempre de objeto concreto.

Sandín y Chorot (1995) plantean que la ansiedad funciona como una señal de alarma ante la percepción y evaluación subjetiva de una situación como amenazante. Puede actuar como respuesta adaptada al preparar el organismo para responder a las demandas de su entorno, o bien como respuesta desadaptativa al anticiparse a un peligro irreal.

La angustia aparece ante cualquier eventualidad de amenaza a la identidad y de agresión al Yo. Puede emerger en circunstancias diversas, que van desde la más estricta normalidad a la franca psicopatología. En términos generales, la angustia normal se explica por el estímulo que la desencadena. Por el contrario, la angustia patológica se diferencia de la normal en los siguientes puntos:

- Es anacrónica, pues lleva a revivir situaciones pasadas.

- Es fantasmagórica, pues su génesis no es el mundo real, sino la representación imaginaria de un conflicto inconsciente.
- Estereotipada o repetitiva por cuanto está afincada en el carácter del sujeto.

La clave para diferenciar entre angustia-ansiedad normal y la patológica está en que esta última dificulta la funcionalidad del sujeto allí donde se desenvuelve, limitándole su autonomía y dejándole atrapado y amenazado por la misma angustia. La ansiedad y la angustia son síntomas muy frecuentes en la patología médica, la mayoría de las veces muy inespecíficos, y que se pueden enmascarar somáticamente, y de ahí su interés a la hora de las evaluaciones nosológicas

La angustia puede constituirse primariamente en el epicentro de un cuadro clínico que aparece como reacción a una situación o puede aflorar de forma secundaria o acompañando a otro trastorno específico subyacente (depresión, psicosis, neurosis obsesivas, enfermedades orgánicas, etc.). La ansiedad no solo puede aparecer como resultado directo de la apreciación de estrés, sino que en fases posteriores puede aparecer como consecuencia del fallo de la adecuación y eficacia de los ajustes que se han realizado, o incluso puede presentarse si el sujeto no puede afrontar correctamente la depresión o la pena.

Desde otra perspectiva, Spielberger (1972) diferenció la ansiedad (aunque ambas pueden presentarse en la misma persona) en:

- Ansiedad estado: como un «estado emocional transitorio, caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de aprensión, temor, preocupación y una alta activación del sistema nervioso autónomo» (pág. 482).
- Ansiedad rasgo: la describió como una predisposición individual a percibir las circunstancias ambientales como peligrosas y a responder, frecuentemente, con fuertes estados de ansiedad.

Situados los trastornos de angustia en el variado panorama en el que pueden aparecer, la ansiedad se define como «combinaciones variadas de manifestaciones físicas y mentales de ansiedad no atribuibles a peligro real, que se presentan ya sea a manera de crisis, o bien como un estado persistente. La ansiedad es generalmente difusa y puede llegar al pánico. Pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos, que no obstante, no dominan el cuadro clínico». (OMS, 9.^a rev.)

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes, como una anticipación de un daño, interno o externo, o desgracia futura, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exi-

gencias del día a día. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

Tan solo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona es cuando la ansiedad se convierte en patológica. Este complejo clínico puede manifestarse por una eclosión aguda (crisis de angustia) o de forma permanente (ansiedad generalizada).

3.2. Epidemiología

Los porcentajes estimados de prevalencia-año y prevalencia-vida para los trastornos de ansiedad fueron de un 10,6% y un 16,6% respectivamente (Somers y otros, 2006). Desde el punto de vista epidemiológico, se estima que el 5-10% de la población general sufre o ha sufrido ansiedad generalizada. Que el 5-20% de los individuos ingresados en un hospital general tienen ansiedad y 6-7 veces más crisis de angustia que la población general. El 70% de las personas afectadas con crisis de angustia fueron vistos por 10 o más médicos de familia antes de un diagnóstico correcto. El 50% de los sujetos con crisis de angustia tienen o han tenido depresión mayor. Solo el 15-20% de los individuos con ansiedad son vistos por el psiquiatra; el resto, por el equipo médico de familia y/o por especialistas.

En nuestro ámbito, la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la comunidad varía en torno al 2,3%-8,9% (Martin y otros, 2003), llegando a cifras entre el 9% y el 19,5% (Caballero y otros, 2008; Kroenke y otros, 2007) cuando hablamos de pacientes que acuden a un centro sanitario por tener percepción de malestar. Si los estudios se realizan entre los usuarios que acuden a consultas de atención primaria, la prevalencia aumenta, oscilando entre el 20% y 40% (Cortes y otros, 1993; Caballero y otros, 1999). Los trastornos de ansiedad, en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria y representan uno de los principales problemas de salud en nuestro país. El 25% de primeras visitas a medicina de familia lo son por depresión o ansiedad. Entre el 30-70% reciben tratamiento psicofarmacológico. En los trastornos por angustia, el 60-70% tienen complicación fóbica.

En el caso de las personas afectadas con el diagnóstico de trastornos de ansiedad, varios estudios han constatado una mayor prevalencia de trastornos gastrointestinales, genitourinarios, osteomusculares, tiroideos, alérgicos, así como migraña, cardiopatías e hiperlaxitud articular, comparados con pacientes sin trastornos de ansiedad (Pascual y otros, 2008). Entre las complicaciones dignas de reseñar, entre otras, sabemos que se dan más en cierto tipo de pacientes orgánicos (cardiopatías, asmáticos, etc.). El 50% puede incapacitarse. El 25% sufren a su vez úlcus o hipertensión; el 40% hipotensión y depresión secundaria. El 50% sufren de prolapso mitral. El 30% consume alcohol o se

automedica para paliarla. El 50% tiene absentismo laboral transitorio o absoluto. El 20-30% tiene desajustes-conflictos familiares o conyugales. El 10-15% van por lo menos una vez a las urgencias hospitalarias.

Las mujeres son más proclives a padecer el trastorno y duplican la cifra de los hombres tanto en la atención primaria como en la atención especializada. La edad de inicio de los trastornos de angustia se sitúa entre los 20 y los 40 años. Aunque, de hecho, pueden aparecer en cualquier época, sus posibilidades de eclosión disminuyen con la edad. En este sentido, es conveniente recordar que muchos cuadros de aparición tardíos que están teñidos de gran ansiedad no son, en realidad, trastornos de angustia, sino depresiones ansiosas.

4. Trastornos depresivos

4.1. Generalidades

El gran uso de fármacos para tratar malestares psicosociales y mentales no graves (trastornos depresivos subclínicos, depresiones leves, trastornos adaptativos e incluso duelos normales) que eviten interpelarnos sobre sus desencadenantes e implicar como sujeto a quien los padece, ha potenciado enormemente el uso de los fármacos llamados antidepresivos, con consecuencias económicas importantes (Leon-Sanromà, 2012).

El diagnóstico de depresión hace referencia a un constructo amplio y heterogéneo, con sus ventajas, limitaciones y conflictos de intereses, y es objeto de debate en diferentes publicaciones (Eyding y otros, 2010; Codlee, 2011).

Como ocurre con los trastornos de angustia y otros fenómenos psicopatológicos, el término *depresión* se utiliza en tres sentidos:

- como síntoma: puede acompañar otros trastornos psicopatológicos primarios, como las neurosis de angustia (fobias).
- como síndrome: agrupa unos procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, discapacidad y pérdida del impulso vital.
- como enfermedad: desde la óptica del modelo médico, se observa como un trastorno de origen biológico.

No todas las personas deprimidas buscan ayuda profesional para solucionar su problema, de aquellas que sí deciden acudir a alguna unidad de salud, cerca de un 60% lo hará a los equipos profesionales de atención primaria (AP) (Fernández y otros, 2006). Por otra parte, los individuos con depresión no siempre acuden a la consulta de AP demandando atención sobre sus síntomas psicosociales o presentando sus problemas socio-afectivos como su principal queja.

La depresión y los problemas físicos guardan una estrecha relación (Hahn, 2001; Caballero y otros, 2008) y en ocasiones estas personas presentarán como quejas principales otras dolencias, principalmente de carácter somático, sin hacer una atribución directa a sus problemas socioemocionales. Además, aunque la depresión no siempre sea el problema principal de muchas de las personas afectadas que acuden a AP, pudiendo aparecer como un problema secundario a otras condiciones médicas, el hecho de padecerla es un factor de riesgo para el empeoramiento de otros problemas físicos (Moussavi y otros, 2007; Scott y otros, 2007). A este respecto, la probabilidad de padecer un pro-

blema de dolor crónico o un problema gastrointestinal fue 2,6 y 2,1 veces mayor (respectivamente) en personas con depresión en el estudio de Serrano y otros (2010).

El eje nuclear afectivo de la depresión es la tristeza vital que envuelve al sujeto hasta afectar a todas las esferas de su relación intra e interpersonal, algunos autores han enfatizado también el fenómeno de la anhedonia (incapacidad de obtener y experimentar placer). De forma secundaria, pueden emerger otros estados emocionales, tales como la ansiedad, la irritabilidad o incluso la hostilidad.

Como consecuencia de este estado de ánimo, la persona está pesimista y pierde la ilusión por su familia, su trabajo y un proyecto existencial que él se siente incapaz de alcanzar. El llanto es la expresión de este estado emocional, aunque a veces prevalece cierta anestesia afectiva. En cualquier caso, el llanto de la persona depresiva es más inmotivado y no proporciona alivio, a diferencia del llanto del neurótico angustiado que se debe a su estado de ansiedad y alivia la sobretensión en que se encuentra el sujeto.

La atención y la concentración disminuyen, ya que a la persona afectada le falta la energía vital, los estudios de memoria muestran, por una parte, que frecuentemente los déficit mnésicos son subjetivos y no se corresponden con una medición objetiva y, por otra, que el descenso de rendimiento en pruebas de memoria inmediata se resuelve una vez recuperada de su depresión.

Situada la depresión en su contexto clínico, el síndrome depresivo puede aparecer en muy diversas situaciones que van desde las secundarias a trastornos orgánicos, a las que, lindando con las vivencias normales, surgen como respuesta a una situación ambiental concreta (depresiones reactivas o situacionales) o a un trastorno de personalidad (depresiones neuróticas). Entre estos dos diferentes tipos de depresión quedarían situadas las depresiones endógenas (bipolares y monopolares).

Como venimos diciendo, otra de las variables comúnmente asociada a la depresión ha sido la presencia de otros problemas psicológicos, principalmente trastornos de ansiedad (Aragón y otros, 2004). La situación afectiva varía con el tipo de depresión, de manera que la ansiedad adquiere mayor expresividad en las depresiones neuróticas y tardías, mientras que suele permanecer en un segundo plano en otros estados depresivos. En ocasiones, el sujeto, carente de toda ansiedad, se presenta profundamente inhibido.

Por último, recordar y tener en cuenta que en la clínica diaria nos encontramos con elevada frecuencia con cuadros mixtos de ansiedad y depresión, que van a requerir un tratamiento más específico. Existe una amplia literatura que describe el solapamiento característico de la ansiedad y la depresión. El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM IV* (APA, 1994) considera la posibilidad de un trastorno mixto de ansiedad depresión dentro del trastorno

de ansiedad no especificado, el cual puede ser provocado por una respuesta desadaptativa ante una situación estresante, como lo es el padecimiento de una enfermedad terminal.

4.2. Epidemiología

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más prevalentes (Cano y otros, 2012) y que más problemas de discapacidad genera en la actualidad. La depresión mayor ha llegado a situarse en los últimos años entre los trastornos psicológicos más prevalentes en la población general y uno de los más incapacitantes. Tanto es así, que la OMS estima que se convertirá en una de las tres principales causas de discapacidad en todo el mundo en el año 2030. Según datos del estudio ESEMED, un estudio epidemiológico llevado a cabo en diferentes países europeos, entre los que se encuentra España, la prevalencia de depresión en el último año se situó en el 4,0% en nuestro país (Alonso y otros, 2006). Resultados similares fueron encontrados en este mismo estudio para el conjunto de la población europea.

Solo el 10% de estos individuos llegan a las consultas de salud mental, por lo que el 90% restante son tratados por medicina de familia o especialistas no psiquiatras. La explicación parcial de este hecho puede deberse a que aproximadamente la mitad de las depresiones se presentan de forma enmascarada. Estos equivalentes depresivos ocultan la verdadera cara del trastorno, que aparece como una enfermedad somática, lo que dificulta el diagnóstico diferencial. El 80% de las personas depresivas tienen sintomatología ansiosa que puede enmascarar la depresión y ser tratadas erróneamente.

Junto a los datos sobre prevalencia, la investigación sobre depresión ha tratado también de determinar el alcance que esta supone en términos de incapacidad para la persona que la padece, costes económicos, comorbilidad con otros trastornos, así como riesgo de muerte. A este respecto, diferentes autores han llamado la atención sobre el desajuste que la depresión puede ocasionar en áreas como el trabajo, las relaciones sociales, las actividades cotidianas o las relaciones íntimas (Kessler y otros, 2003).

El efecto del desempleo en la salud mental ha preocupado desde hace años a la comunidad científica. A pesar de las dificultades en la definición de desempleo (dentro de este concepto parece diferente, por ejemplo, ser un desempleado de larga duración a haber accedido a esta situación recientemente) y el debate abierto sobre la inclusión en este apartado de situaciones equiparables al paro, como la de ser ama de casa, jubilado o estar buscando empleo por primera vez, son muchos los estudios que abordan esta problemática. En el ámbito de la atención primaria, Calvo y otros (2011) muestran la existencia de asociación entre la situación laboral de no activo y la hiperfrecuentación a los centros de atención primaria y Deniel y otros (1996) muestran la existencia de asociación entre la situación de paro y la presencia de problemas de salud mental.

En mujeres predominan los trastornos afectivos no bipolares. Aunque se discute la causa, posiblemente se debe a factores psicológicos y sociales. El suicidio consumado es más frecuente en varones. Si bien el posparto y el periodo premenstrual son épocas de más alto riesgo, la menopausia no parece aumentar el riesgo de padecer depresión. Existe una relación inversa entre clase social y trastornos no bipolares, en tanto que los bipolares prevalecen entre las clases altas.

5. Orientación diagnóstica desde el trabajo social sanitario

Ante una persona afectada que plantea un diagnóstico diferencial, por ejemplo, con un trastorno de ansiedad, sería recomendable descartar razonablemente una enfermedad sistémica. Para ello deberíamos tener en cuenta los síntomas físicos que predominan en su presentación, el conocimiento de la historia médica y psicológica previa tanto de la persona enferma como de su familia y las enfermedades que generan trastornos de ansiedad, así como la probabilidad de que las pueda padecer. No hay que olvidar la gran capacidad de tóxicos como la cafeína, el cannabis o la cocaína y otras drogas de síntesis, para inducir crisis de ansiedad y angustia en personas predispuestas. También hay que considerar la importancia que tiene el alcohol para muchas de las personas que padecen ansiedad (sobre todo ansiedad generalizada, trastorno de angustia y fobia social) ya que es usado como un tranquilizante que alivia la sintomatología de la angustia.

La responsabilidad de los profesionales del trabajo social sanitario no es la de establecer un diagnóstico diferencial preciso sobre un trastorno mental, sino detectar la probabilidad de que un individuo pueda sufrir ansiedad y/o depresión. Esta identificación permitirá abordar un caso leve, realizar una interconsulta con otros profesionales y/o derivar de un caso grave.

Para llegar a una comprensión global de la persona enferma y poder establecer una aproximación diagnóstica de los trastornos de ansiedad y/o depresión, el instrumento por excelencia es la entrevista clínica (Hernández, 1989). En ella se establecen o reactualizan las bases de la relación y se recoge o se pierde la información necesaria para orientar el diagnóstico y la decisión de estrategias a seguir.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico mediante una o más entrevistas. A la vez, abrimos la fase terapéutica por la contención que la entrevista representa. A lo largo de ellas iremos creando confianza en la relación, buscaremos los criterios diagnósticos descritos anteriormente, los antecedentes familiares y personales de adicción a sustancias, interrogaremos sobre la existencia de factores de riesgo, fijándonos en la comunicación no verbal y buscando la colaboración de la persona enferma de cara al tratamiento. El riesgo potencial de suicidio debe explorarse siempre, aunque aparentemente no exista.

La constatación ya comentada del infradiagnóstico de la ansiedad y depresión ha dado lugar a un gran número de instrumentos o escalas estructuradas que tratan de detectar «posibles casos» de enfermedad.

Muchas de las escalas pretenden ser instrumentos de cribado y, como con todos ellos, una vez detectado el posible caso se emprenderá el procedimiento diagnóstico oportuno.

Las escalas por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta, de las que se sospecha la presencia de patología mental, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo (Lobo y otros, 1993).

Debido a que el tiempo disponible para evaluar a las personas en las consultas de trabajo social sanitario es limitado, los instrumentos a utilizar deben ser fáciles de manejar e interpretar. A continuación se exponen algunos de ellos en relación con la ansiedad y la depresión.

5.1. Uso de escalas

Los cuestionarios y escalas pueden usarse con finalidades investigadoras o de cribado de posibles casos de trastorno depresivo y/o de ansiedad. Entre los instrumentos de detección de posibles casos, destacaremos:

- La escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG). Estas escalas (Goldberg y otros, 1988) se utilizan para el cribado de trastornos de ansiedad y depresión. Es frecuente su utilización en atención primaria y no requiere de mucho tiempo para su administración. Consta de nueve preguntas para cada una de las escalas, ansiedad y depresión; con respuestas sí/no. Los puntos de corte son 3/4 para la ansiedad y 2/3 para la depresión; lo que indicaría elevada probabilidad de tener un trastorno de ansiedad o depresión.
- Hospital, ansiedad y depresión (HAD) (Quintana y otros, 2003). Escala de 14 ítems diseñada para la evaluación de la ansiedad y la depresión en áreas hospitalarias de consulta externa no psiquiátricas. Se trata de una medida de estado que contiene dos escalas, una para la ansiedad y otra para la depresión. Una de sus principales virtudes es la supresión de los síntomas somáticos para que se pueda evaluar independientemente de la enfermedad somática subyacente. Se trata de un instrumento útil validado en nuestro medio, y de especial interés y utilidad en el contexto de atención primaria.
- Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS-Hamilton Anxiety Rating Scale) (Hamilton, 1960). Evalúa la intensidad de la ansiedad. Consta de 14 ítems que valoran los aspectos psíquicos, físicos y somáticos de la ansiedad. Un ítem evaluará el ánimo deprimido. Es una escala heteroaplicada. Dependiendo del tipo de síntoma, se medirá de menor a mayor gravedad, duración o disfunción.

Los posibles casos detectados posteriormente deben confirmarse siempre mediante una o más entrevistas clínicas acotadas para determinar la gravedad del caso, especialmente con los duelos y con los trastornos adaptativos, ya que la persona afectada puede no relacionar de entrada el estresante psicosocial con su estado de ánimo actual.

Después de establecer la gravedad del caso valorando los antecedentes biográficos, los episodios depresivos, maníacos o hipomaníacos previos, ingresos psiquiátricos, tentativas de suicidio, síntomas psicóticos, alcoholismo u otras adicciones, etc., se hará la orientación diagnóstica y se decidirá, junto con la persona afectada y sus familiares, si es posible, si hay un motivo de consulta preferente concertada con las unidades de salud mental o con el resto de los profesionales del equipo.

Criterios de derivación:

- Dificultad o duda diagnóstica (síntomas físicos inespecíficos, somatizaciones, etc.).
- Comorbilidad psiquiátrica u orgánica (depresión mayor, dependencia de alcohol y/o abuso de sustancias).
- Ideación suicida (derivación urgente). Hay que proponer el ingreso urgente en caso de riesgo moderado-alto de suicidio, y en algunos casos de personas con trastornos depresivos mayores graves o trastorno bipolar, en los que la gravedad del caso o las características de su entorno familiar no hagan recomendable esperar una visita concertada. Si no existe motivo de ingreso urgente, se decidirá el abordaje terapéutico por parte del equipo de salud mental.
- En caso de persistencia de ansiedad elevada durante más de 12 semanas de tratamiento farmacológico y/o psicoterapia de apoyo.
- Síntomas muy incapacitantes (adaptación social y/o laboral).

En aquellos casos en los que esté recomendada una intervención psicoterapéutica que no pueda ser proporcionada por el equipo de trabajo social sanitario, habrá que comentar el caso en interconsulta con profesionales del centro de salud mental de referencia para compartir el tratamiento con quienes dispongan de más formación.

6. Tratamiento desde el trabajo social sanitario

6.1. Generalidades

No podemos olvidar que por su función de prevención primaria y secundaria la atención primaria es el marco idóneo para atender de forma efectiva a las personas con trastornos psicosociales leves.

Es de gran importancia poder intervenir antes de que se produzcan los desenlaces desfavorables que llevan a situaciones de dependencia del sistema sanitario, y subsiguiente institucionalización de necesidades susceptibles de satisfacerse desde redes sociales no profesionalizadas.

Mantenemos que la unidad de trabajo social sanitario debe trabajar el abordaje de los casos leves de ansiedad psicosocial y depresión, implicándose en la relación asistencial para evitar, siempre que sea posible, la creciente medicalización. El espacio terapéutico es una especificidad del trabajo social sanitario frente al furor de expender recursos.

Pero una cosa es aceptar y apoyarse en la incertidumbre de las realidades sociales y otra incorporar la idea del método como estrategia de la acción, aspecto del que aún estamos alejados del resto de profesionales sanitarios.

En la práctica diaria, en cada uno de los aspectos de la actividad en trabajo social sanitario existen infinitas combinaciones posibles de conductas a seguir, lo que nos obliga a un ejercicio constante de toma de decisiones, por lo general complejas y en condiciones de incertidumbre. Esta situación básica en la clínica, ha sido tradicionalmente resuelta mediante algoritmos de decisión unipersonales de los trabajadores sociales, en algunos casos sistematizados, pero no en la mayoría (Calvo, 2009).

Imaginemos un trabajador social sanitario ante la decisión de qué tratamiento o intervención elegir para solucionar, por ejemplo, un problema de depresión y/o ansiedad. ¿Cabe esperar que dos o más trabajadores sociales elijan un tratamiento similar? Existiendo varios modelos teóricos, no podemos pensar que las técnicas terapéuticas serán igualmente válidas.

A nuestro juicio, es necesario que los trabajadores sociales sanitarios tengan un **perfil psicoterapéutico**, y se separen en lo posible del papel de dadores de recursos (ya sea un soporte económico al cuidador, centro de día, trabajador/a

familiar, etc.), que les permita desarrollar un papel activo en la atención de las personas con sufrimiento psicosocial y en colaborar en la prevención de su aparición.

Teniendo presente que la práctica basada en la evidencia no es una panacea (Abreu, 2011), ¿sería adecuado obligar a un trabajador social sanitario a aplicar solo tratamientos de elección que hayan demostrado su eficacia y eficiencia frente a otros?

Podemos denominar eficaces las intervenciones o tratamientos que han obtenido resultados con usuarios en investigaciones controladas, pero también nos interesa conocer cuál tiene mayor beneficio a menor coste (eficiencia). Actualmente, desde muchas instituciones se ha puesto de moda diseñar guías de tratamiento, protocolos y procesos. Se trata de racionalizaciones de la utilización de las leyes de las probabilidades, de forma que estas puedan convertirse en un método explicitado, objetivo y reproducible (Colom, 2008).

Pero el tiempo y el dinero que se dedica a elaborar un protocolo o una guía, a menudo se invierten sin suficiente formación metodológica ni científica (no se hacen revisiones sistemáticas del tópico, falta manualizar y homogeneizar actuaciones, no se monotorizan y miden resultados, no se facilita la previsión de costes, etc.), de forma que se diseña algo que finalmente no se valida (ni publica). Y además, y curiosamente, una parte importante de problemas atendidos por los trabajadores sociales sanitarios ni siquiera son problemas psicosociales asociados a la salud.

En la actual situación, a los trabajadores sociales sanitarios nos toca plantear una atención social eficaz en asistencia primaria, en la red hospitalaria y en el resto de dispositivos socio-sanitarios. Para integrarnos, no podemos obviar el posicionamiento epistemológico de las ciencias naturales aunque sean herederas del más clásico positivismo, pero tampoco podemos permitirnos caer en la «invidencia» científica haciendo un trasvase acrítico de sus planteamientos.

Las ciencias conjeturales o humanas, como el trabajo social, no pueden olvidar la subjetividad del ser humano (subjetividad no relativismo) y son fundamentalmente distintas de las ciencias exactas porque no pueden olvidar la dimensión simbólica de la existencia humana.

Nos sentimos presionados a actuar, solicitar un ingreso en centro socio sanitario, decir, opinar o aconsejar; sin embargo, ello no puede desviarnos de realizar otras labores propias tan esenciales como: observar, escuchar y ayudar a pensar al entrevistado. El encuadre no es muy diferente de un laboratorio, ya que permite organizar unas condiciones de trabajo donde queda delimitado un campo en el que se facilita la observación de los fenómenos relacionales que surgen en su seno. Sirve para fijar un conjunto de constantes que tanto permiten la estandarización como un sistema de referencia de aquello observado

En el abordaje terapéutico es fundamental cuidar la relación asistencial estableciendo una alianza terapéutica basada en la confianza, evitar juicios de valor o simplificaciones, intentar comprender la personalidad de la persona enferma y sus creencias y fantasías sobre la depresión y su tratamiento, así como evaluar la disponibilidad y el posible soporte de miembros próximos de la familia. A lo largo de las sucesivas entrevistas, pueden aparecer nuevos significados para el profesional (de medicina, enfermería o trabajo social sanitario) y para la persona que consulta, que faciliten la comprensión de las vivencias psíquicas que son fuente y causa de su sufrimiento. Ese proceso de elaboración mental produce cambios psíquicos perdurables desarrollando la capacidad de pensar de la persona enferma. La relación asistencial también facilita el buen cumplimiento del tratamiento farmacológico, cuando este está indicado.

6.2. Tratamiento de la ansiedad

La edad de inicio de los trastornos de ansiedad es menor que la de los trastornos depresivos. Esto parece indicar que muchas personas que durante la niñez, adolescencia o primeros años de la vida adulta presentan trastornos de ansiedad tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo posterior. Por lo tanto, un abordaje terapéutico de los trastornos de ansiedad puede prevenir la aparición de posteriores trastornos depresivos (Haro, 2006).

Aunque el abordaje se plantea desde numerosos enfoques teóricos, describiremos, dentro de los diferentes modelos de intervención psicoterapéutica para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, los dos grandes grupos en los que las investigaciones han centrado, principalmente, sus estudios, y dentro de los cuales se están realizando intervenciones psicológicas breves y estructuradas en los sistemas de salud.

1) **La terapia cognitivo-conductual (TCC)** se caracteriza por ser un método activo y directivo, y en ella, paciente y terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de sesión. Bajo este nombre se agrupan un conjunto de técnicas que incorporan elementos tanto de la terapia de conducta – que considera los síntomas como un aprendizaje de patrones de conducta mal adaptados y tiene como finalidad la corrección de estos– y la terapia cognitiva –que toma en cuenta los procesos afectivos y cognitivos (expectativas, creencias, pensamientos) cuya distorsión sería la causa de la sintomatología, y cuya finalidad sería la identificación y análisis de estos pensamientos y creencias disfuncionales y la relación de estos con los síntomas, y la construcción de técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta.

Utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas en combinaciones diferentes según la sintomatología a abordar: relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y diferida, detención del pensamiento, resolución de problemas, etc.

2) **Psicoterapias psicodinámicas** (Bateman, 2005). Se agrupan bajo esta denominación toda una serie de psicoterapias que tienen su origen histórico en las investigaciones de Freud y en el psicoanálisis, y tienen en común ciertos conceptos fundamentales, como el conflicto entre los diferentes aspectos del Yo, la existencia de motivaciones inconscientes en nuestra conducta, la importancia de las experiencias tempranas, los mecanismos de defensa como estrategias para modular el dolor psíquico y la angustia y la consideración de la relación terapéutica como factor promotor de la comprensión del origen y mantenimiento de la sintomatología.

El objetivo de las psicoterapias psicodinámicas es promover la comprensión e integración de los aspectos del Yo en conflicto, encontrando nuevas maneras de integrar estos para funcionar y desarrollarse con más libertad y eficiencia. Algunas de las técnicas que se incluyen entre las psicoterapias psicodinámicas son la psicoterapia breve y la psicoterapia de grupo.

En sus últimos desarrollos, las psicoterapias psicodinámicas han incluido aspectos de las teorías cognitivas y conductuales, que han llevado a la utilización de técnicas de intervención más directivas y con delimitación precisa de los conflictos a trabajar. Entre estas se incluyen la psicoterapia familiar breve, la terapia interpersonal y la terapia cognitivoanalítica.

Una revisión de la Cochrane examina la eficacia y aceptabilidad de las terapias psicológicas, categorizadas como terapias cognitivo-conductuales (TCC), terapias psicodinámicas y terapias de apoyo, comparadas con el tratamiento habitual o con una persona en la lista de espera para tratamiento, y comparadas entre ellas, para los individuos con trastorno de ansiedad generalizado (TAG) (Hunot y otros, 2007).

En cada estudio se identificó la descripción del tipo de tratamiento habitual para asegurar que no comprendiera un tratamiento con terapias de apoyo activas. Las intervenciones de TCC aplicadas son: entrenamiento para el tratamiento de la ansiedad, reestructuración cognitiva, exposición situacional y desensibilización por autocontrol. El entrenamiento en relajación también es una intervención clave en casi todos los estudios en los que se basa la revisión. La duración general media del tratamiento fue de ocho meses. Los resultados se midieron de dos maneras: disminución del 20% de los síntomas de ansiedad, como definición de un cambio clínicamente significativo en los individuos, o disminución de los síntomas medidos con el uso de escalas. Así, de los sujetos asignados a la TCC, el 46% mostraron una respuesta clínica favorable después del tratamiento, disminuyendo significativamente los síntomas de ansiedad, preocupación y depresión; todo esto en contraposición con un 14% en los grupos de pacientes que estaban en la lista de espera para tratamiento o con tratamiento habitual.

Tanto la intervención individual como la grupal mostraron un efecto similar después del tratamiento, pero las personas asignadas a la terapia psicológica individual tuvieron menor probabilidad de abandonar el tratamiento que las personas asignadas a la terapia en grupo. Las personas mayores también tuvieron mayor probabilidad de abandonar la terapia.

La revisión Cochrane concluye que la terapia psicológica que emplea un enfoque cognitivo-conductual es efectiva para el tratamiento del TAG; pero acaba mostrando que no hay evidencia sobre la efectividad de la terapia psicológica para tratar el TAG a largo plazo, más de 12 meses.

Tampoco se pueden aportar datos que demuestren la efectividad de enfoques distintos a la TCC porque no hay suficiente evidencia. Se deben realizar más estudios para establecer si las terapias psicodinámicas y de apoyo son efectivas para tratar el TAG, y si la TCC es más útil que estas para tratar este trastorno (Hunot y otros, 2007).

Estas experiencias de nuestro entorno (Burgos y otros, 2006) coinciden en que las futuras investigaciones deben avanzar en el conocimiento del efecto de las terapias no farmacológicas en los trastornos psicológicos en atención primaria. Hay que medir los efectos a largo plazo, incluir grupo control y procedimientos de ciego, valorando el efecto sobre el consumo de psicofármacos. Todo encaminado a eliminar los posibles sesgos de los que pueden adolecer estas investigaciones.

Los estudios realizados en nuestros centros de salud por trabajadores sociales y/o enfermeras (Tello y otros, 1997; Burgos y otros, 2006), ya descritos en el tratamiento del TAG, avalan también la utilidad para el trastorno de angustia (TA) de diversos talleres de técnicas cognitivas (enfrentamiento de estrés, reestructuración cognitiva, técnicas de resolución de problemas) y de relajación de carácter grupal (método autógeno de Shultz) en la reducción de la ansiedad. Sin embargo, aún es menor la disponibilidad de estudios que evalúen el trabajo realizado por los trabajadores sociales sanitarios.

Los abordajes de tipo grupal más habitualmente utilizados en atención primaria para los trastornos de ansiedad son los que se denominan de «desarrollo de habilidades». Se utilizan para la aplicación del aprendizaje de las técnicas de respiración y relajación, enfrentamiento y manejo del estrés, resolución de problemas, y entrenamiento y manejo de la ansiedad, entre otras.

6.3. Tratamiento de la depresión

En esta línea, son diferentes los autores que han sugerido que la implantación de intervenciones psicoterápicas en AP puede reducir de forma considerable los costes médicos y sociales de la depresión (Pastor, 2008).

Por otra parte, existe evidencia de que el tratamiento es más efectivo cuando el terapeuta ha sido entrenado para proveer la psicoterapia y tiene formación específica, existe una relación terapéutica cara a cara e individualizada (no solo una aplicación estandarizada de los procedimientos), y que los tratamientos cuenten con un manual como guía (Cuijpers y otros, 2009).

Según un estudio (Russ y otros, 2012), la presencia de malestar psicológico (ansiedad y/o depresión) aumenta la mortalidad global, cardiovascular y por causas externas. Esto no significa que la prescripción de antidepresivos esté justificada ante cualquier nivel de malestar: solo los casos de depresión grave o muy grave se beneficiarán. Para el resto de casos, se tendrán que buscar alternativas, como favorecer los cambios a nivel psicológico y social.

La guía del National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2009) del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, establece un modelo de atención escalonada al paciente, él o ella, que padece trastorno depresivo, para ayudar a identificar las intervenciones, que, según las pruebas publicadas, parezcan más eficaces. La intervención menos intrusiva y más eficaz es siempre la primera recomendada por la guía (Leon-Sanroma, 2012). Posiblemente, la generación de guías por parte del NICE sea uno de los mejores intentos para homogeneizar guías de tratamiento (Moriani y Martínez, 2011).

La guía NICE recomienda para el tratamiento de los síntomas persistentes del trastorno depresivo subclínico o del trastorno depresivo mayor de leve a moderado una o más de las siguientes intervenciones psicosociales de baja intensidad según la preferencia de la persona a tratar que pueden desarrollarse totalmente a cargo de los equipos de AP (profesionales de la medicina, enfermería o trabajo social sanitario) o con el apoyo de otros profesionales.

Se trata de la autoayuda guiada individual basada en los principios de la terapia cognitivo conductual (TCC), por ejemplo, mediante un libro de autoayuda (biblioterapia) (Burns, 2010), un programa de actividad física estructurado por grupos o, en el caso de pacientes que sufren un problema físico crónico, también se recomiendan los grupos de autoayuda. En este mismo apartado cabe situar el trabajo psicoeducativo con grupos de pacientes. La guía también propone ofrecer a las personas que lo prefieran, asesoramiento (*counselling*) o psicoterapia psicodinámica breve (Shedler, 2010). Los estudios demuestran que las personas que reciben psicoterapia psicoanalítica mantienen los beneficios terapéuticos más tiempo y continúan mejorando después de terminado el tratamiento.

Exclusión del modelo psicoanalítico

Queremos destacar que la exclusión que sufre el modelo psicoanalítico en algunos ámbitos de nuestro medio no está justificada, precisamente en el momento presente, en que dicho modelo está en debate en el ámbito internacional, como por ejemplo, en diferentes números de una revista tan poco sospechosa de no seguir el método científico como el *British Medical Journal* (Fonagy Lemma, 2012) con un factor de impacto relevante.

Bibliografía

Referencias bibliográficas

Abreu, M. C. (2011). «Práctica basada en la evidencia en trabajo social sanitario». *Aghatos* (pág. 4-13).

Alonso, J.; Grupo ESEMeD-España (2006). «Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España». *Medicina Clínica* (vol. 12, núm. 126, pág. 445-51).

Aragónés, E.; Pinol, J. L.; Labad, A. y otros (2004). «Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain». *International Journal of Psychiatry in Medicine* (núm. 34, pág. 21-35).

Bateman, A.; Brown, D.; Pedder, J. (2005). *Introducción a la Psicoterapia. Manual de la teoría y técnica psicodinámicas*. Barcelona: Albesa.

Bellón, J. A.; Delgado, A.; Luna, J. D.; Lardelli, P. (1999). «Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care». *Psychol med* (núm. 29, pág. 1347-357).

Bellón, J. A.; Delgado, A.; Luna, J. D.; Lardelli, P. (2007). «Patient psychosocial factors and primary care consultation: a cohort study». *JFamPract.* (núm. 24, pág. 562-9).

Bowers, P. J. (1993). «Selections from current literature: psychiatric disorders in primary care». *JFamPract.* (núm. 10, pág. 231-237).

Burgos, M. L.; Ortiz, M. D.; Muñoz, F. y otros (2006). «Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en atención primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales». *Semergen* (vol. 5, núm. 32, pág. 205-210).

Burns, D. D. (2010). *Sentirse bien. Una nueva terapia contra las depresiones*. Barcelona: Paidós.

Caballero Martínez, L. y otros (1999). «Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD». *Atención Primaria* (núm. 23, pág. 275-279).

Caballero, L.; Aragónés, E.; García-Campayo y otros (2008). «Prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in Spanish patients with major depressive disorder seeking primary health care». *Psychosomatics* (núm. 49, pág. 520-529).

Calvo, V. (2009). «Una propuesta de objeto en trabajo social sanitario desde la atención primaria de salud». *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social* (núm. 45, pág. 117-127).

Calvo, V.; Rodríguez, J.; Pomares, A. y otros (2011). «Factores sociales asociados a la hiperfrecuentación en centros de atención primaria de salud: un estudio desde el trabajo social sanitario». *Trabajo Social Global* (vol. 1, núm. 2, pág. 116-142).

Cano, A.; Salguero, J. M.; Mae, S. y otros (2012). «La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento». *Papeles del Psicólogo* (vol. 1, núm. 33, pág. 2-11).

Codlee, F. (2011). «Who should define disease?» *BMJ* (342:d2974 doi:10.1136/bmj.d2974).

Colom, D. (2008). *El Trabajo social sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. Colección Trabajo Social. Madrid: S. XXI.

Cortes, J. A. y otros (1993). «La prevalencia de malestar psíquico en atención primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas». *Atención Primaria* (vol. 11, pág. 459-463).

Cuijpers, P.; van Straten, A.; Warmerdam, L.; Andersson, G. (2009). «Psychological treatment versus combined treatment of depression: A meta-analysis». *Depression & Anxiety* (núm. 26, pág. 279-288).

Demyttemaere, K.; Bruffaerts, R.; Posada, J. y otros (2004). «Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the world health organization world mental health surveys». *Jama* (núm. 291, pág. 2581-2590).

Deniel, J.; Bosch, M.; Culi, N. y otros (1996). «Influencia del paro en los problemas de salud mental». *Aten Primaria* (núm. 18, pág. 379-382).

Dowrick, C. F.; Bellón, J. A.; Gomez, M. J. (2000). «GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms». *Br J Gen Pract.* (núm. 50, pág. 361-5).

Eyding, D.; Lelgemann, M.; Crouven, U. y otros (2010). «Reboxetine for acute treatment of major depression: systematic review and meta-analysis of published and unpublished placebo and selective serotonin reuptake inhibitor controlled trials». *BMJ* (núm. 341, c4737).

Fernandez, A.; Haro, J. M.; Codony, M. y otros (2006). «Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: Primary versus specialised care in Spain». *Journal of Affective Disorders* (núm. 96, pág. 9-20).

Fonagy, P.; Lemma, A. (2012). «Does psychoanalysis have a valuable place in modern mental health services? Yes». *BMJ* (núm. 344).

Goldberg, D.; Bridges, K.; Duncan-Jones, P.; Crayson, D. (1988). «Detecting anxiety and depression in general medical settings». *BMJ.* (núm. 297, pág. 897-9).

Guerra de Hoyos, J. A. y otros (2007). «Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores; estudio con grupos focales». *Atención Primaria* (núm. 39, pág. 349-54).

Hahn, S. R. (2001). «Physical symptoms and physician-patient relationship». *Ann Intern Med.* (núm. 134, pág. 897-904).

Hamilton, M. (1960). «A rating scale for depression». *J Neurol Neurosurg Psychiatry* (núm. 23, pág. 56-62).

Haro, J. M.; Palacín, C.; Vilagut y otros (2006). «Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio». *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* (vol. 8, núm. 141, pág. 912-7).

Hernández Monsalve, M. (1989). «La entrevista clínica en Atención Primaria». En: A. Fernández Liria; A. Romero Hidalgo (edits.) *Salud Mental en Atención Primaria* (pág. 1-49). Madrid: IDEPSA.

Hunot, V.; Churchill, R.; Silva de Lima, M.; Teixeira, V. (2007). «Terapias psicológicas para el trastorno de ansiedad generalizada (Revisión Cochrane traducida)». *La Biblioteca Cochrane Plus* (núm. 2). Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Kessler, R. C.; Berglund, P.; Demler, O. y otros (2003). «The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)». *Journal of the American Medical Association* (núm. 289, pág. 3095-3105).

Kroenke, K. y otros (2007). «Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity and detection». *Annals of Internal Medicine* (núm. 146, pág. 317-325).

Leon-Sanroma, M. (2012). «Los trastornos del estado de ánimo». *AMF* (vol. 2, núm. 8, pág. 64-79).

Lobo, A.; Montón, C.; Campos, R.; García-Campayo, J.; Pérez, M. J.; GZEMPP (1993). Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica. *El nuevo instrumento EADG*. Zaragoza: Luzán.

Martín C. y otros (2003). «Prevalencia de psicopatías en un centro de salud rural». *Atención Primaria* (núm. 31, pág. 39-46).

Martin, C. (2005). «Prevalencia y atención a los trastornos mentales en una comunidad rural» (tesis doctoral). Universidad de Granada.

Moriana, J. A.; Martínez, V. A. (2011). «La psicología basada en la evidencia y el diseño de evaluación de tratamientos psicológicos eficaces». *Revista de psicopatología y psicología clínica* (núm. 16, pág. 81-100).

Moussavi, S.; Chatterji, S.; Verdes, E. y otros (2007). «Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys». *Lancet* (núm. 370, pág. 851-858).

NICE (2009). «Depression: Treatment and management of depression in adults». *National Clinical Practice Guide line* (núm. 90).

Pascual, J. C.; Castaño, J.; Espluga, N. y otros (2008). «Enfermedades somáticas en pacientes con trastornos de ansiedad». *MedClín* (vol. 8, núm. 130, pág. 281-5).

Pastor, J. (2008). «El psicólogo en atención primaria: Un debate necesario en el sistema nacional de salud». *Papeles del Psicólogo* (núm. 29, pág. 271-290).

Quintana, J. M.; Padierna, A.; Esteban, C. y otros (2003). «Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale». *Acta Psychiatrica Scandinavica* (vol. 3, núm. 107, pág. 216-21).

Rabinowitz, J.; Shayevitz, D.; Hornik, T.; Feldman, D. (2005). «Primary care physician's distress among elderly patients». *Am J Geriatr Psychiatry* (núm. 13, pág. 773-80).

Russ, T. C.; Stamatakis, E.; Hamer, M. (2012). «Association between psychological distress and mortality: individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies». *BMJ* (núm. 31, pág. 345:e4933).

Sandín, B.; Chorot, P. (1995). «Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad». En: A. Belloch; B. Sandín; F. Ramos (eds.). *Manual de psicopatología* (vol. 2, pág. 54-80). Madrid: McGraw-Hill.

Scott, K. M.; Bruffaerts, R.; Tsang y otros (2007). «Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the world mental health surveys». *Journal of Affective Disorders* (núm. 103, pág. 113-120).

Shedler J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *Am Psychol.* 65(2):98-109

Serrano, A.; Palao, D. J.; Luciano, J. V. y otros (2010). «Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP)». *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* (núm. 45, pág. 201-210).

Somers, J. M.; Goldner, E. M.; Waraich, P.; Hsu, L. (2006). «Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature». *Canadian Journal Psychiatry* (núm. 51, pág. 100-113).

Spielberger, C. D. (1972). «Conceptual and methodological issues in anxiety research». En: C. D. Spielberger (ed.). *Anxiety: Current trends in theory and research* (vol. 2, pág. 481-493). Nueva York: Academic Press.

Tello, M. E.; Téllez, A.; Ruiz, A. y otros (1997). «Técnicas grupales y relajación en el tratamiento de algunos subtipos de ansiedad: un estudio de intervención controlado no aleatorio». *Atención Primaria* (núm. 19, pág. 67-71).

Vera, A. M. (2000). «Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia». *Health Econ* (núm. 8, pág. 579-98).

