
El tractament de l'ansietat en la malaltia crònica i aguda

PID_00272724

Valentí Calvo Rojas

Temps mínim de dedicació recomanat: 2 hores



**Valentí Calvo Rojas**

Diplomat en Treball Social (UB), llicenciat en Psicologia (URL), diploma d'estudis avançats en Psiquiatria (UAB), doctorand en Psiquiatria i Psicologia Mèdica (UAB), màster en Psicopatologia clínica (URL) i màster en Psicoteràpia psicoanalítica (URL). Ha treballat com a treballador social i psicòleg en centres d'atenció a les drogodependències. Des de fa més d'onze anys, exerceix com a treballador social sanitari en diferents centres públics d'atenció primària de salut i com a psicoterapeuta en l'àmbit privat.

Segona edició: març 2020
© Valentí Calvo Rojas
Tots els drets reservats
© d'aquesta edició, FUOC, 2020
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realització editorial: FUOC

Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny general i la coberta, no pot ser copiada, reproduïda, emmagatzemada o transmesa de cap manera ni per cap mitjà, tant si és elèctric com químic, mecànic, òptic, de gravació, de fotocòpia o per altres mètodes, sense l'autorització prèvia per escrit dels titulars dels drets.

Índex

Introducció.....	5
1. Freqüentació als centres de salut i la relació d'això amb l'ansietat i la depressió.....	7
2. Classificacions diagnòstiques.....	9
3. Trastorns d'angoixa.....	10
3.1. Generalitats	10
3.2. Epidemiologia	12
4. Trastorns depressius.....	14
4.1. Generalitats	14
4.2. Epidemiologia	16
5. Orientació diagnòstica des del treball social sanitari.....	18
5.1. Ús d'escales	19
6. Tractament des del treball social sanitari.....	21
6.1. Generalitats	21
6.2. Tractament de l'ansietat	23
6.3. Tractament de la depressió	25
Bibliografia.....	27

Introducció

Entre els problemes de salut mental, els trastorns d'ansietat són, juntament amb els trastorns de l'ànim, els que contribueixen més a la morbimortalitat pel patiment que generen i els que repercuteixen més en les economies nacionals (Kroenke i altres, 2007). La disfuncionalitat que generen aquests trastorns té un impacte considerable en el benestar personal, en les relacions socials i en la productivitat a la feina, amb l'agreujant que l'alta prevalença que tenen i el curs recurrent o fins i tot crònic de molts d'aquests trastorns els pot fer tan invalidants com qualsevol altra malaltia física crònica.

L'ansietat i la depressió no apareixen sempre de manera aïllada, sinó que tenen una alta comorbiditat amb altres problemes psicològics, físics i socials.

L'aparició de la malaltia física en la vida d'una persona comporta sempre una situació de crisi i un deteriorament de la seva qualitat de vida.

- Quan és crònica, es potencien les característiques estressants de la malaltia, i també l'impacte de perturbació social que té. Les malalties llargues fins i tot poden conduir a discòrdies familiars, sovint relacionades amb problemes econòmics o amb la resistència d'alguns dels membres de la família a participar en la cura de la persona malalta, si s'està a casa. Els problemes més seriosos es plantegen quan la deterioració de la qualitat de vida es fa més o menys permanent. La malaltia crònica sovint es relaciona amb els estils de vida de la persona, és un fenomen social i depèn no solament de la persona malalta, sinó també de la manera com reaccionen els membres de la família i els amics.
- En el cas de la malaltia aguda, la situació és més simple. Una vegada resolt el procés amb el tractament adequat, la situació queda resolta. L'aparició de la malaltia aguda (en general) es deu a l'exposició a agents infecciosos. Implica una reacció d'emergència en què se suspensen les rutines normals i es mobilitzen totes les energies per a afrontar el trauma durant un període definit.

Aquest caràcter estressant de la malaltia és el resultat de les múltiples demandes d'ajustament que planteja, i depèn de molts factors: la durada, la manera d'aparèixer (insidiosa, sobtada, etc.), la intensitat o gravetat –que pot comportar dolor, canvis corporals o d'aspecte, pèrdua de rols socials, etc.–, i la interpretació que fa la persona de la situació.

D'altra banda, la malaltia no solament produeix estrès en la persona que la pateix, sinó que té efectes estressants en els familiars de la persona malalta. La dinàmica de les relacions familiars és afectada per la malaltia (i, si escau, per l'hospitalització) d'un dels membres de la família.

Els problemes d'afrontament són comuns en la malaltia crònica, i el tipus de resposta més habitual el constitueix la depressió i l'ansietat. Els trastorns d'ansietat i els depressius representen els diagnòstics amb una prevalença més alta en el nostre àmbit, seguits del consum patològic d'alcohol (Martín, 2005).

Hi ha nombrosos estudis que han posat en relleu nivells elevats de distrès psicològic entre persones malaltes amb malalties cròniques.

Per exemple:

- En les persones afectades de càncer s'han detectat sovint nivells més alts d'ansietat i depressió que els que hi ha en la població general en l'atenció primària. Les dades no assenyalen que hi hagi estats patològics o trastorns mentals diagnosticables, sinó més aviat una forma de distrès no específica.
- La insuficiència renal crònica consisteix en una disminució progressiva i global de la funció renal. El tractament d'hemodiàlisi (HD) consisteix a fer circular la sang des d'una artèria de la persona afectada cap al filtre de diàlisi o dialitzador; la sang lliure de toxines torna després a l'organisme a través d'una vena encanulada. L'HD és un procés lent que es fa connectant la persona malalta a una màquina. A més, implica ingerir cada dia una gran quantitat de medicaments i seguir una dieta restringida en líquids i aliments. Aquest tipus de pacient acostuma a presentar diversos graus d'alteracions emocionals, com ara ansietat i depressió, associades a la simptomatologia orgànica. La intensitat de les reaccions emocionals varia d'una persona a una altra depenent de la valoració cognitiva que faci de l'impacte de la malaltia renal i l'HD sobre les seves condicions de vida.

Des de les unitats de treball social sanitari hem d'exercir un paper important en l'abordatge terapèutic dels trastorns d'ansietat i depressió en els sistemes de salut, fent tant intervencions individuals com grupals, amb tècniques que es puguin aplicar, en el nostre àmbit d'actuació, sempre que el professional hagi rebut la formació necessària.

El nostre objectiu principal és orientar els equips de treball social sanitari, d'una banda, en el reconeixement dels trastorns d'ansietat i depressió en persones afectades adultes i, de l'altra, en la selecció de recomanacions basades en l'evidència científica disponible sobre les intervencions terapèutiques que pot abordar el nostre camp d'intervenció.

Aquest objectiu implica una millora de la qualitat assistencial en el maneig d'aquest procés, ja que disminueix els efectes iatrogènics d'actuacions medicalitzades i afavoreix la disminució de la freqüentació de les consultes sanitàries.

1. Freqüentació als centres de salut i la relació d'això amb l'ansietat i la depressió

Hi ha diferents treballs que relacionen la hiperfreqüentació dels centres d'atenció primària amb els trastorns depressius i trastorns d'ansietat; n'hi ha un, concretament, que la relaciona amb el fet d'obtenir puntuacions altes en el GHQ-28 (Qüestionari general de salut de Goldberg) i amb la presència de símptomes depressius, emprant el Beck Depression Inventory (Dowrick i altres, 2000). En el nostre àmbit, una recerca, hi ha una clara associació entre hiperfreqüentació i problemes psicològics; per a això, entrevisten 236 pacients amb alta freqüentació i 420 usuaris amb un patró d'ús normal, i els administren el GHQ-28 de Goldberg (Bellón i altres, 1999).

Tant en l'atenció primària de salut com en l'atenció especialitzada, un tant per cent significatiu de les persones que ens consulten tenen malestar psíquic. Alguns dels estudis fets en el nostre àmbit apunten una baixa detecció dels trastorns psiquiàtrics, de manera que la prevalença dels detectats oscil·la entre el 18% i el 27% enfront del 36% al 47% de patologia probable (Caballero i altres, 1999; Martín i altres, 2003). Algunes de les raons que dificulten el diagnòstic en l'àmbit de l'atenció primària són la falta d'una pauta comuna de presentació dels diferents trastorns d'ansietat, la somatització i l'associació amb malalties cròniques, i també la limitació del temps en les consultes de medicina de família (Bowers, 1993).

En un estudi multicèntric de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) (Demyttenaere i altres, 2004), elaborat en centres d'atenció primària de quinze països amb diferents situacions de desenvolupament social i econòmic, van trobar que els problemes psicològics de qualsevol tipus representaven solament el 5,3% de les presentacions simptomàtiques de les persones afectades. La majoria dels subjectes consultaven per altres problemes, entre els quals el dolor i altres queixes físiques representaven el 62% de les presentacions simptomàtiques.

Els hiperfreqüentadors són persones amb risc de patir de malestar psicosocial. Hi ha diverses recerques que relacionen malestar psicosocial ocult i patologies somàtiques (Bellón i altres, 1999; Vera, 1999). El problema està en la necessitat de reconèixer els trastorns psicosocials subjacents mitjançant un abordatge biopsicosocial. Un nombre important de consultes per trastorn de conducta, somatitzacions i signes i símptomes mal definits en general es deuen, també, a alteracions de la funció psicosocial.

Hi ha diverses recerques observacionals que confirmen que els factors psicosocials són determinants en la hiperfreqüentació (Bellón i altres, 1999; Dowrick i altres, 2000; Bellón i altres, 2007). Alguns estudis han constatat una alta

prevalença (Rabinowitz i altres, 2005) de problemes psicosocials, entre les persones ateses d'atenció primària, sense relacionar-los amb la hiperfreqüentació. La falta de suport familiar o d'amics es considera un factor important per a acudir al centre de salut o hospital (Guerra de Hoyos, 2007). Un aspecte que s'ha de tenir en compte té a veure amb l'increment dels trastorns mentals que atenen els equips professionals de les unitats de salut, particularment pel que es refereix a trastorns depressius i d'ansietat. Aquest increment en la demanda s'associa a un debilitament progressiu dels sistemes no formals de contenció i elaboració del patiment psicosocial (Martín, 2005; Calvo-Rojas i altres, 2011).

2. Classificacions diagnòstiques

Hi ha uns criteris universals per a determinar si el comportament d'una persona cal diagnosticar-lo com un trastorn d'ansietat o de depressió. Aquests criteris estan recollits en les dues classificacions de trastorns mentals (o psicopatològics) més importants:

- DSM-IV-TR¹ (Associació de Psiquiatres Americans, APA).
- CIE-10 (OMS)

⁽¹⁾El DSM-V està disponible a la biblioteca de la UOC.

La manera d'agrupar o recol·lectar aquests comportaments ha variat considerablement amb els anys i ha arribat al màxim grau d'operativitat amb els sistemes moderns de diagnòstic. La validesa d'aquestes síndromes no se sustenta en el diagnòstic d'una lesió com en la resta de la medicina, sinó en la replicació de les observacions, és a dir, en el consens establert per diversos observadors sobre l'inici, l'evolució, la resposta terapèutica, els signes i símptomes específics, i els criteris de demarcació de les diferents maneres d'emmalaltir psíquicament.

La DSM-IV-TR enumera dotze trastorns d'ansietat i en la CIE-10 els trastorns neuròtics (ansietat) s'agrupen amb trastorns relacionats amb l'estrès i somatomorfs.

Tant les classificacions de l'OMS com l'americana de la DSM en l'actualitat, centren l'interès clínic dels trastorns d'angoixa fonamentalment en les anomenades *crisis d'angoixa amb agorafòbia o sense*, l'ansietat generalitzada, les fòbies, l'estrès posttraumàtic, el trastorn obsessivocompulsiu i altres que no tenen tant interès. D'una manera o d'una altra tenen un importantíssim interès socio sanitari, epidemiològic, clínic i de costos.

La gran disparitat de categories diagnòstiques oficials que hi ha, la relativament curta durada de les visites en algunes unitats de salut, la freqüent somatització i l'associació d'aquest tipus de trastorns amb altres malalties cròniques són factors que no contribueixen a la cerca d'un patró comú per a detectar i abordar l'ansietat patològica o depressió en una consulta de treball social sanitari. Per això valorem l'entrevista clínic com el mètode diagnòstic principal, incloent-hi la valoració del risc de suïcidi. Ha d'abordar, pacientment i cuidant la relació assistencial, la cerca d'esdeveniments psicosocials estressants.

3. Trastorns d'angoixa

3.1. Generalitats

L'angoixa té a veure, o hi al·ludeix, amb la constricció al pit i la gola. El terme prové del llatí *angor*, que significa 'estretor, estenosi', que l'equipara a l'arrel grega, 'estrangulació, opressió, esglaiament'. L'angoixa és més en l'esfera somàtica, més visceral, amb consciència de malaltia psíquica infreqüent. És la resposta a l'amenaça anticipada de l'ésser, amb sentiment immotivat o autònom, que no s'acompanya d'un objecte concret sinó indefinit. L'angoixa és una por sense saber de què; una por inexplicable d'una cosa indefinible; un sentiment penós indefinit d'aprehensió que crea impotència i indefensió davant una cosa desconeguda que s'aproxima sense possibilitat de fugida o ajuda; una inquietud interior, de presagi terrible, de sensació opressiva precordial i abdominal fonamentalment, en el vessant psíquic, i, en la somàtica d'opressió, taquicàrdia, sudoració, tremolor, esgarrifances, etc. Es tracta d'una cosa que correspon a la corporalitat, a l'estrat emocional i vegetatiu.

L'ansietat es viu més com un fenomen respiratori, amb sobresalt, amb impuls de fugida, com una inquietud interior més intel·lectualitzada, amb consciència de malaltia psíquica freqüent. L'ansietat és més psicològica, mentre que la por és la reacció normal davant una situació de perill identificat en l'ambient –que quan és màxim tenim o parlem de por o espant, i el subjecte ja no està preparat per a aquest perill, i es veu desbordat i envaït per l'efecte que causa pel fet de ser imprevist–, sentiment motivat i acompanyat sempre d'un objecte concret.

Bonifacio Sandín i Paloma Chorot (1995) plantegen que l'ansietat funciona com un senyal d'alarma davant la percepció i avaluació subjectiva d'una situació com a amenaçadora. Pot actuar com a resposta adaptada perquè prepara l'organisme per a respondre a les demandes del seu entorn, o bé com a resposta desadaptativa perquè s'anticipa a un perill irreal.

L'angoixa apareix davant qualsevol eventualitat d'amenaça a la identitat i d'agressió al jo. Pot emergir en circumstàncies diverses, que van de la més estricta normalitat a la franca psicopatologia. En termes generals, l'angoixa normal s'explica per l'estímul que la desencadena. En canvi, l'angoixa patològica es distingeix de la normal en els punts següents:

- És anacrònica, ja que fa reviure situacions passades.
- És fantasmagòrica, ja que la seva gènesi no és el món real, sinó la representació imaginària d'un conflicte inconscient.

- És estereotipada o repetitiva, ja que està establerta en el caràcter del subjecte.

La clau per a distingir entre l'angoixa o ansietat normal i la patològica és que la patològica dificulta la funcionalitat del subjecte allà on es desenvolupa, de manera que li limita l'autonomia i el deixa atrapat i amenaçat per l'angoixa mateixa. L'ansietat i l'angoixa són símptomes molt freqüents en la patologia mèdica, la major part de les vegades molt inespecífics, i que es poden emascarar somàticament, i per això l'interès que tenen a l'hora de fer les avaluacions nosològiques.

L'angoixa es pot constituir primàriament en l'epicentre d'un quadre clínic que apareix com a reacció a una situació o pot aflorar de manera secundària o acompanyant un altre trastorn específic subjacent (depressió, psicosi, neurosis obsessives, malalties orgàniques, etc.). L'ansietat no solament pot aparèixer com a resultat directe de l'apreciació d'estrès, sinó que en fases posteriors pot aparèixer com a conseqüència de la fallada de l'adequació i eficàcia dels ajustaments que s'han fet, o fins i tot es pot presentar si el subjecte no pot afrontar correctament la depressió o la pena.

Des d'una altra perspectiva, Charles D. Spielberger (1972) va distingir les dues ansietats següents –encara que tant l'una com l'altra es poden presentar en la mateixa persona–:

- Ansietat estat: com un «estat emocional transitori, caracteritzat per una percepció subjectiva de sentiments d'aprehensió, por, preocupació i una alta activació del sistema nerviós autònom» (pàg. 482).
- Ansietat tret: com una predisposició individual a percebre les circumstàncies ambientals com a perilloses i a respondre, sovint, amb forts estats d'ansietat.

Situats els trastorns d'angoixa en el variat panorama en què poden aparèixer, l'ansietat es defineix com a «combinacions variades de manifestacions físiques i mentals d'ansietat no atribuïbles a perill real, que es presenten a manera de crisi o bé com un estat persistent. L'ansietat és generalment difusa i pot arribar al pànic. Poden ser presents altres característiques neuròtiques, com ara símptomes obsessius o histèrics, que malgrat això no dominen el quadre clínic» (OMS, 9a. rev.).

És important d'entendre l'ansietat com una sensació o un estat emocional normal davant determinades situacions i que constitueix una resposta habitual a diferents situacions quotidianes estressants, com ara l'anticipació d'un dany, intern o extern, o d'una desgràcia futura, acompanyada d'un sentiment de disfòria (desagradable) o de símptomes somàtics de tensió. Així, una mica

d'ansietat és fins i tot desitjable per al maneig normal de les exigències del dia a dia. És un senyal d'alerta que adverteix sobre un perill imminent i permet a la persona d'adoptar les mesures necessàries per a enfrontar-se a una amenaça.

Solament quan sobrepassa certa intensitat o supera la capacitat adaptativa de la persona és quan l'ansietat es converteix en patològica. Aquest complex clínic es pot manifestar per una eclosió aguda (crisi d'angoixa) o de manera permanent (ansietat generalitzada).

3.2. Epidemiologia

Els percentatges estimats de prevalença-any i prevalença-vida per als trastorns d'ansietat van ser d'un 10,6% i un 16,6%, respectivament (Somers i altres, 2006). Des del punt de vista epidemiològic, s'estima que del 5% al 10% de la població general pateix o ha patit d'ansietat generalitzada, que del 5% al 20% dels individus, ells i elles, ingressats en un hospital general tenen ansietat i sis o set vegades més crisis d'angoixa que la població general. El 70% de les persones afectades amb crisis d'angoixa van ser vistos per deu metges de família o més abans d'un diagnòstic correcte. El 50% dels subjectes amb crisis d'angoixa tenen o han tingut depressió major. Solament del 15% al 20% dels individus amb ansietat són vistos pel psiquiatre; la resta, per l'equip mèdic de família o per especialistes.

En el nostre àmbit, la prevalença dels trastorns d'ansietat en la comunitat varia entorn del 2,3% al 8,9% (Martín i altres, 2003), i arriba a xifres del 9% al 19,5% (Caballero i altres, 2008; Kroenke i altres, 2007) quan parlem de persones que acudeixen a un centre sanitari perquè tenen percepció de malestar. Si els estudis es fan entre els usuaris que acudeixen a consultes d'atenció primària, la prevalença augmenta, i oscil·la entre el 20% i el 40% (Cortés i altres, 1993; Caballero i altres, 1999). Els trastorns d'ansietat, en si mateixos o associats a altres patologies, són una de les causes més freqüents de consulta en atenció primària i representen un dels principals problemes de salut al nostre país. El 25% de primeres visites a medicina de família són per depressió o ansietat. Del 30% al 70% reben tractament psicofarmacològic. En els trastorns per angoixa, del 60% al 70% tenen complicació fòbica.

En el cas de les persones afectades amb el diagnòstic de trastorns d'ansietat, hi ha diversos estudis que han constatat una prevalença més gran de trastorns gastrointestinals, genitourinaris, osteomusculars, tiroïdals, al·lèrgics, i també migranya, cardiopaties i hiperlaxitud articular, comparats amb individus sense trastorns d'ansietat (Pascual i altres, 2008). Entre les complicacions dignes de ressenyar, entre altres, sabem que es donen més en un cert tipus de persones amb malalties orgàniques (cardiòpates, asmàtics, etc.). El 50% es poden incapacitar. El 25% pateixen, al seu torn, d'ulcus o hipertensió; el 40%, d'hipotensió i depressió secundària. El 50% pateixen de prolapse mitral. El 30% consumeix alcohol o s'automedica per pal·liar-la. El 50% té absentisme

laboral transitori o absolut. Del 20% al 30% tenen desajustos o conflictes familiars o conjugals. Del 10% al 15% van almenys una vegada a les urgències hospitalàries.

Les dones són més proclius a tenir el trastorn i dupliquen la xifra dels homes tant en l'atenció primària com en l'atenció especialitzada. L'edat d'inici dels trastorns d'angoixa se situa dels vint als quaranta anys. Encara que, de fet, poden aparèixer en qualsevol època, les possibilitats d'eclosió disminueixen amb l'edat. En aquest sentit, convé de recordar que hi ha molts quadres d'aparició tardans que estan tenyits de gran ansietat que no són, en realitat, trastorns d'angoixa, sinó depressions ansioses.

4. Trastorns depressius

4.1. Generalitats

El gran ús de fàrmacs per a tractar malestars psicosocials i mentals no greus (trastorns depressius subclínic, depressions lleus, trastorns adaptatius i fins i tot dolcs normals) que evitin d'interpel·lar-nos sobre els desencadenants d'aquests malestars i implicar com a subjecte qui els pateix ha potenciat enormement l'ús dels fàrmacs dits *antidepressius*, amb conseqüències econòmiques importants (Leon-Sanromà, 2012).

El diagnòstic de depressió fa referència a un constructe ampli i heterogeni, amb avantatges, limitacions i conflictes d'interessos, i és objecte de debat en diferents publicacions (Eyding i altres, 2010; Codlee, 2011).

Com s'esdevé amb els trastorns d'angoixa i altres fenòmens psicopatològics, el terme *depressió* es fa servir en tres sentits:

- Com a símptoma: pot acompanyar altres trastorns psicopatològics primaris, com les neurosis d'angoixa (fòbies).
- Com a síndrome: agrupa uns processos caracteritzats per tristesa, inhibició, culpa, discapacitat i pèrdua de l'impuls vital.
- Com a malaltia: des de l'òptica del model mèdic s'observa com un trastorn d'origen biològic.

No totes les persones deprimides cerquen ajuda professional per a solucionar el seu problema; d'aquelles que sí que decideixen d'acudir a alguna unitat de salut, prop d'un 60% ho fa als equips professionals d'atenció primària (AP) (Fernández i altres, 2006). D'altra banda, els individus amb depressió no acudeixen sempre a la consulta d'AP demanant atenció sobre els seus símptomes psicosocials o presentant els seus problemes socioafectius com a queixa principal.

La depressió i els problemes físics tenen una relació estreta (Hahn, 2001; Caballero i altres, 2008) i de vegades aquestes persones presenten com a queixes principals altres dolències, sobretot de caràcter somàtic, sense fer una atribució directa a problemes socioemocionals. A més, encara que la depressió no sigui sempre el problema principal de moltes de les persones afectades que acudeixen a AP –pot aparèixer com un problema secundari a altres condicions mèdiques–, el fet de patir-ne és un factor de risc per a l'empitjorament d'altres problemes físics (Moussavi i altres, 2007; Scott i altres, 2007). Sobre això, la

probabilitat de tenir un problema de dolor crònic o un problema gastrointestinal va ser 2,6 i 2,1 vegades més gran, respectivament, en persones amb depressió en l'estudi de Serrano i altres (2010).

L'eix nuclear afectiu de la depressió és la tristesa vital que envolta el subjecte fins a afectar totes les esferes de relació intrapersonal i interpersonal. Hi ha alguns autors que han emfatitzat també el fenomen de l'anhedonia (incapacitat d'obtenir i experimentar plaer). De manera secundària, poden emergir altres estats emocionals, com l'ansietat, la irritabilitat o fins i tot l'hostilitat.

Com a conseqüència d'aquest estat d'ànim, la persona és pessimista i perd la il·lusió per la família, la feina i un projecte existencial que se sent incapaç d'aconseguir. El plor és l'expressió d'aquest estat emocional, encara que de vegades hi preval una certa anestèsia afectiva. En qualsevol cas, el plor del depressiu és més immotivat i no proporciona alleujament, a diferència del plor del neuròtic angosiat, que es deu al seu estat d'ansietat i alleuja la sobretensió que té.

L'atenció i la concentració disminueixen, ja que a la persona afectada li falta l'energia vital. Els estudis de memòria mostren, d'una banda, que sovint els dèficits mnèsics són subjectius i no es corresponen amb un mesurament objectiu i, de l'altra, que el descens de rendiment en proves de memòria immediata es resol quan s'ha recuperat de la depressió.

Situada la depressió en el context clínic que correspon, la síndrome depressiva pot aparèixer en situacions molt diverses, que van de les secundàries als trastorns orgànics. Aquestes situacions, que confronten amb les vivències normals, sorgeixen com a resposta a una situació ambiental concreta (depressions reactives o situacionals) o a un trastorn de personalitat (depressions neuròtiques). Entre aquests dos tipus diferents de depressió se situen les depressions endògenes (bipolars i monopolars).

Com diem, una altra de les variables comunament associada a la depressió ha estat la presència d'altres problemes psicològics, sobretot trastorns d'ansietat (Aragonés i altres, 2004). La situació afectiva varia amb el tipus de depressió, de manera que l'ansietat adquireix més expressivitat en les depressions neuròtiques i tardanes, mentre que se sol quedar en un segon pla en altres estats depressius. De vegades, el subjecte, destituït de tota ansietat, es presenta profundament inhibit.

Finalment, cal recordar i tenir en compte que en la clínica diària ens trobem ben sovint amb quadres mixtos d'ansietat i depressió, que requereixen un tractament més específic. Hi ha una àmplia literatura que descriu l'encavalcament característic de l'ansietat i la depressió. El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) (APA, 1994) considera la possibilitat d'un trastorn

mixt d'ansietat i depressió dins el trastorn d'ansietat no especificat, el qual pot ser provocat per una resposta desadaptativa davant una situació estressant, com és ara el patiment d'una malaltia terminal.

4.2. Epidemiologia

La depressió és un dels trastorns psicològics més prevalents (Cano i altres, 2012) i que genera més problemes de discapacitat avui dia. La depressió major ha arribat a situar-se en els últims anys entre els trastorns psicològics més prevalents en la població general i un dels més incapacitants. Tant és així que l'OMS estima que es convertirà en una de les tres causes principals de discapacitat arreu del món el 2030. Segons dades de l'estudi Esemmed, un estudi epidemiològic dut a terme en diferents països europeus, entre els quals hi ha Espanya, la prevalença de depressió en l'últim any es va situar en el 4% al nostre país (Alonso i altres, 2006). En aquest mateix estudi es van trobar uns resultats semblants per al conjunt de la població europea.

A les consultes de salut mental solament hi arriba el 10% d'aquests individus, de manera que l'altre 90% són tractats per medicina de família o especialistes no psiquiatres. L'explicació parcial d'aquest fet es pot deure al fet que aproximadament la meitat de les depressions es presenten de manera emmascarada. Aquests equivalents depressius oculten la vertadera cara del trastorn, que apareix com una malaltia somàtica, cosa que dificulta el diagnòstic diferencial. El 80% de les persones depressives tenen simptomatologia ansiosa que pot emmascarar la depressió i fer que siguin tractades erròniament.

Al costat de les dades sobre prevalença, la recerca sobre depressió ha mirat de determinar l'abast que comporta en termes d'incapacitat per a la persona que en pateix, els costos econòmics, la comorbiditat amb altres trastorns i també el risc de mort. Sobre això, hi ha uns quants autors que han cridat l'atenció sobre el desajust que pot causar la depressió en àrees com la feina, les relacions socials, les activitats quotidianes o les relacions íntimes (Kessler i altres, 2003).

L'efecte de la desocupació en la salut mental ha preocupat des de fa anys la comunitat científica. Malgrat les dificultats en la definició de *desocupació* –dins aquest concepte sembla que és diferent, per exemple, ser un aturat de llarga durada que haver accedit a aquesta situació fa poc– i el debat obert sobre la inclusió en aquest apartat de situacions equiparables a l'atur, com la de ser mestressa de casa, jubilat o estar buscant feina per primera vegada, hi ha molts estudis que aborden aquesta problemàtica. En l'àmbit de l'atenció primària, Calvo i altres (2011) mostren que hi ha associació entre la situació laboral de no actiu i la hiperfreqüentació als centres d'atenció primària, i Deniel i altres (1996) mostren que n'hi ha entre la situació d'atur i la presència de problemes de salut mental.

En dones predominen els trastorns afectius no bipolars. Encara que se'n discuteix la causa, probablement es deu a factors psicològics i socials. El suïcidi consumat és més freqüent en homes. Si bé el postpart i el període premens-trual són èpoques de risc més alt, la menopausa no sembla que faci augmentar el risc de patir de depressió. Hi ha una relació inversa entre classe social i trastorns no bipolars, mentre que els bipolars prevalen entre les classes altes.

5. Orientació diagnòstica des del treball social sanitari

Davant una persona afectada que planteja un diagnòstic diferencial –amb un trastorn d'ansietat, per exemple–, és recomanable de descartar raonablement una malaltia sistèmica. Per a això hem de tenir en compte els símptomes físics que predominen quan es presenta, el coneixement de la història mèdica i psicològica prèvia tant de la persona malalta com de la seva família, les malalties que generen trastorns d'ansietat i la probabilitat que en pugui tenir. S'ha de tenir present la gran capacitat de tòxics com la cafeïna, el cànnabis o la cocaïna i altres drogues de síntesi per a induir crisis d'ansietat i angoixa en persones que hi estan predisposades. També s'ha de considerar la importància que té l'alcohol per a moltes de les persones que pateixen d'ansietat (sobretot d'ansietat generalitzada, trastorn d'angoixa i fòbia social) perquè es fa servir com un tranquil·litzant que alleuja la simptomatologia de l'angoixa.

La responsabilitat dels professionals del treball social sanitari no és establir un diagnòstic diferencial precís sobre un trastorn mental, sinó detectar la probabilitat que un individu pugui patir d'ansietat o depressió. Aquesta identificació permet d'abordar un cas lleu, fer una interconsulta amb altres professionals o derivar d'un cas greu.

Per a arribar a una compressió global de la persona malalta i establir una aproximació diagnòstica dels trastorns d'ansietat o depressió, l'instrument per excel·lència és l'entrevista clínica (Hernández, 1989), en què s'estableixen o es reactualitzen les bases de la relació i es recull o es perd la informació necessària per a orientar el diagnòstic i la decisió d'estratègies que cal seguir.

El diagnòstic és fonamentalment clínic, amb una entrevista o més. Alhora, obrim la fase terapèutica per la contenció que representa l'entrevista. Al llarg d'aquestes entrevistes hem d'establir confiança en la relació, cercar els criteris diagnòstics descrits més amunt i els antecedents familiars i personals d'addicció a substàncies, interrogar la persona malalta sobre si hi ha factors de risc, fixant-nos en la comunicació no verbal i cercant la seva col·laboració amb vista al tractament. El risc potencial de suïcidi s'ha d'explorar sempre, encara que aparentment no n'hi hagi.

La constatació comentada de l'infradiagnòstic de l'ansietat i la depressió ha donat lloc a un gran nombre d'instruments o escales estructurades que miren de detectar «possibles casos» de malaltia.

Moltes de les escales volen ser instruments de cribratge, i, com en tots, una vegada detectat el possible cas s'ha d'emprendre el procediment diagnòstic oportú.

Les escales per si mateixes no generen diagnòstics, sinó que permeten de seleccionar persones amb puntuació alta, de les quals se sospita que tenen una patologia mental, cosa que justifica que més endavant es faci un estudi més a fons (Lobo i altres, 1993).

Com que l'estona disponible per a avaluar les persones dins les consultes de treball social sanitari és limitada, els instruments que s'han de fer servir no han de costar gaire de manejar ni d'interpretar. Tot seguit exposarem alguns d'aquests instruments en relació amb l'ansietat i la depressió.

5.1. Ús d'escales

Els qüestionaris i les escales es poden fer servir amb finalitats investigadores o de cribatge de possibles casos de trastorn depressiu o d'ansietat. Entre els instruments de detecció de possibles casos, destaquem els següents:

- L'escala d'ansietat i depressió de Goldberg (EADG). Aquestes escales (Goldberg i altres, 1988) es fan servir per al cribatge de trastorns d'ansietat i depressió. Se solen fer servir en atenció primària i no es requereix gaire estona per a administrar-les. Consten de nou preguntes per a cadascuna de les escales, ansietat i depressió, amb respostes de «sí/no». Els punts de tall són de 3/4 per a l'ansietat i de 2/3 per a la depressió, cosa que indicaria una probabilitat elevada de tenir un trastorn d'ansietat o depressió.
- Hospital, ansietat i depressió (HAD) (Quintana i altres, 2003). Escala de catorze ítems dissenyada per a avaluar l'ansietat i la depressió en àrees hospitalàries de consulta externa no psiquiàtrics. Es tracta d'una mesura d'estat que conté dues escales: una per a l'ansietat i una altra per a la depressió. Una de les virtuts principals que té és la supressió dels símptomes somàtics perquè es pugui avaluar independentment de la malaltia somàtica subjacent. Es tracta d'un instrument útil validat en el nostre àmbit i que és especialment interessant i útil en el context d'atenció primària.
- Escala de Hamilton per a l'ansietat (*Hamilton anxiety rating scale*, HARS) (Hamilton, 1960). Avalua la intensitat de l'ansietat. Consta de catorze ítems que valoren els aspectes psíquics, físics i somàtics de l'ansietat. Hi ha un ítem que avalua l'ànim deprimat. És una escala heteroaplicada. Depenent del tipus de símptoma, mesura de menys a més gravetat, durada o disfunció.

Els possibles casos detectats s'han de confirmar sempre després amb una o més d'una entrevista clínica fixada per a determinar la gravetat del cas, especialment amb els dols i amb els trastorns adaptatius, ja que pot ser que la persona afectada no relacioni d'entrada l'estressant psicosocial amb el seu estat d'ànim actual.

Després d'establir la gravetat del cas valorant els antecedents biogràfics, els episodis depressius, maníacs o hipomaníacs previs, ingressos psiquiàtrics, temptatives de suïcidi, símptomes psicòtics, alcoholisme o altres addiccions, etc., s'ha de fer l'orientació diagnòstica i decidir, juntament amb la persona afectada i els familiars, si és possible, si hi ha un motiu de consulta preferent concertada amb les unitats de salut mental o amb la resta dels professionals de l'equip.

Criteris de derivació:

- Dificultat o dubte diagnòstic (símptomes físics inespecífics, somatitzacions, etc.).
- Comorbiditat psiquiàtrica o orgànica (depressió major, dependència d'alcohol o abús de substàncies).
- Ideació suïcida (derivació urgent). Cal proposar l'ingrés urgent en cas de risc moderat alt de suïcidi i en casos de persones amb trastorns depressius majors greus o trastorn bipolar, en els quals la gravetat del cas o les característiques del seu entorn familiar no facin recomanable d'esperar una visita concertada. Si no hi ha motiu d'ingrés urgent, l'equip de salut mental ha de decidir l'abordatge terapèutic.
- En cas de persistència d'ansietat elevada durant més de dotze setmanes de tractament farmacològic o psicoteràpia de suport.
- Símtomes molt incapacitants (adaptació social o laboral).

En els casos en què estigui recomanada una intervenció psicoterapèutica que no pugui proporcionar l'equip de treball social sanitari, cal comentar el cas a interconsulta amb professionals del centre de salut mental de referència per a compartir el tractament amb els qui tinguin més formació.

6. Tractament des del treball social sanitari

6.1. Generalitats

No podem passar per alt que per la seva funció de prevenció primària i secundària l'atenció primària és el marc idoni per a atendre de manera efectiva les persones amb trastorns psicosocials lleus.

Té una gran importància intervenir abans que es produeixin els desenllaços desfavorables que porten a situacions de dependència del sistema sanitari i subsegüent institucionalització de necessitats susceptibles de satisfer-se des de xarxes socials no professionalitzades.

Mantenim que la unitat de treball social sanitari ha de treballar l'abordatge dels casos lleus d'ansietat psicosocial i depressió, implicant-se en la relació assistencial per a evitar, sempre que sigui possible, la creixent medicalització. L'espai terapèutic és una especificitat del treball social sanitari enfront del furor d'esmerçar recursos.

Ara bé, una cosa és acceptar la incertesa de les realitats socials i recolzar-s'hi, i una altra incorporar la idea del mètode com a estratègia de l'acció, aspecte del qual encara som lluny de la resta de professionals sanitaris.

En la pràctica diària, en cadascun dels aspectes de l'activitat en treball social sanitari hi ha infinites combinacions possibles de conductes per seguir, cosa que ens obliga a un exercici constant de presa de decisions, en general complexes i en condicions d'incertesa. Aquesta situació bàsica a la clínica ha estat resolta tradicionalment amb algorismes de decisió unipersonals dels treballadors socials, ells i elles, en alguns casos sistematitzats, però no en la majoria (Calvo, 2009).

Imaginem-nos un treballador social sanitari davant la decisió de quin tractament o quina intervenció ha de triar per a solucionar, per exemple, un problema de depressió o ansietat. Cal esperar que dos treballadors socials o més triïn un tractament semblant? Havent-hi diversos models teòrics, no podem pensar que les tècniques terapèutiques també seran vàlides.

Segons el nostre parer, cal que els membres de treball social sanitari tinguin un **perfil psicoterapèutic** i se separin en la mesura que puguin del paper de dadors de recursos (sia un suport econòmic al cuidador, o al centre de dia, o al treballador familiar, etc.), que els permeti de tenir un paper actiu en l'atenció de les persones amb patiment psicosocial i de col·laborar a prevenir-ne l'aparició.

Tenint present que la pràctica basada en l'evidència no és una panacea (Abreu, 2011), seria adequat d'obligar un treballador social sanitari a aplicar solament tractaments de tria que hagin demostrat eficàcia i eficiència enfront d'uns altres?

Podem anomenar *eficaços* els tractaments o intervencions que han obtingut resultats amb usuaris en recerques controlades, però també ens interessa de saber quin té més benefici amb menys cost (eficiència). Actualment, des de moltes institucions s'ha posat de moda dissenyar guies de tractament, protocols i processos. Es tracta de racionalitzacions de l'ús de les lleis de les probabilitats, de manera que es puguin convertir en un mètode explícit, objectiu i reproduïble (Colom, 2008).

Ara bé, el temps i els diners que es dediquen a elaborar un protocol o una guia sovint s'inverteixen sense prou formació metodològica ni científica (no es fan revisions sistemàtiques del tòpic, falta manualitzar i homogeneïtzar actuacions, no es monitoren ni es mesuren resultats, no es facilita la previsió de costos, etc.), de manera que es dissenya una cosa que finalment no es valida (ni publica). I a més, curiosament, una part important de problemes atesos des de treball social sanitari ni tan sols són problemes psicosocials associats a la salut.

En la situació actual, als treballadors socials sanitaris ens toca plantejar una atenció social eficaç en assistència primària, a la xarxa hospitalària i a la resta de dispositius sociosanitaris. Per a integrar-nos, no hem d'obviar el posicionament epistemològic de les ciències naturals encara que siguin hereves del positivisme més clàssic, però tampoc no ens podem permetre de caure en la «invidència» científica fent un transvasament acrític dels seus plantejaments.

Les ciències conjecturals o humanes, com el treball social, han de tenir present la subjectivitat de l'ésser humà (subjectivitat, no relativisme) i són fonamentalment diferents de les ciències exactes perquè no poden passar per alt la dimensió simbòlica de l'existència humana.

Ens sentim pressionats a actuar, sol·licitar un ingrés en un centre sociosanitari, dir, opinar o aconsellar; tanmateix, això no ens ha de desviar de fer altres tasques pròpies tan essencials com observar, escoltar i ajudar a pensar l'entrevistat. L'enquadrament no és gaire diferent d'un laboratori, ja que permet d'organitzar unes condicions de treball en què queda delimitat un camp en què es facilita l'observació dels fenòmens relacionals que sorgeixen al seu si. Serveix per a fixar un conjunt de constants que tant permeten l'estandardització com un sistema de referència d'allò que és observat.

En l'abordatge terapèutic és fonamental de cuidar la relació assistencial establint una aliança terapèutica basada en la confiança, evitar judicis de valor o simplificacions, intentar de comprendre la personalitat de la persona malalta i les seves creences i fantasies sobre la depressió i el seu tractament, i també avaluar la disponibilitat i el possible suport de membres pròxims de la família.

Al llarg de les successives entrevistes poden aparèixer nous significats per al professional (de medicina, d'infermeria o de treball social sanitari) i per a la persona que consulta, que facilitin la comprensió de les vivències psíquiques que són font i causa del seu patiment. Aquest procés d'elaboració mental produeix canvis psíquics perdurables i desenvolupa la capacitat de pensar de la persona malalta. La relació assistencial també facilita el bon compliment del tractament farmacològic, quan està indicat.

6.2. Tractament de l'ansietat

L'edat en què comencen els trastorns d'ansietat és més baixa que la dels trastorns depressius. Això sembla que indica que hi ha moltes persones que durant la infantesa, l'adolescència o els primers anys de la vida adulta presenten trastorns d'ansietat que tenen un risc més gran de desenvolupar un trastorn depressiu posterior. Per tant, un abordatge terapèutic dels trastorns d'ansietat pot prevenir l'aparició de trastorns depressius (Haro, 2006).

Encara que l'abordatge es planteja des de nombrosos enfocaments teòrics, descriurem, dins els diferents models d'intervenció psicoterapèutica per al tractament dels trastorns d'ansietat, els dos grans grups en què les recerques han centrat, sobretot, els estudis, i dins els quals s'estan fent intervencions psicològiques breus i estructurades en els sistemes de salut.

1) **La teràpia cognitivoconductual (TCC)** es caracteritza pel fet de ser un mètode actiu i directiu. En aquesta intervenció, pacient i terapeuta treballen de manera conjunta i estructurada, amb tasques fora de sessió. Rere aquest nom s'agrupen un conjunt de tècniques que incorporen elements tant de la teràpia de conducta –que considera els símptomes un aprenentatge de patrons de conducta mal adaptats i té com a finalitat corregir-los– com de la teràpia cognitiva –que pren en compte els processos afectius i cognitius (expectatives, creences, pensaments) la distorsió dels quals seria la causa de la simptomatologia, i la finalitat dels quals seria identificar i analitzar aquests pensaments i creences disfuncionals i la relació que tenen amb els símptomes, i construir tècniques més adaptatives i funcionals de resposta.

Fa servir tècniques tant conductuals com cognitives en combinacions diferents segons la simptomatologia que cal abordar: relaxació i respiració, entrenament autogen, reestructuració cognitiva, exposició en viu i diferida, detenció del pensament, resolució de problemes, etc.

2) **Psicoteràpies psicodinàmiques** (Bateman, 2005). Rere aquesta denominació s'agrupen tot un seguit de psicoteràpies que tenen l'origen històric en les recerques de Freud i en la psicoanàlisi, i tenen en comú certs conceptes fonamentals, com el conflicte entre els diferents aspectes del jo, l'existència de motivacions inconscients en la nostra conducta, la importància de les experiènci-

es primerenques, els mecanismes de defensa com a estratègies per a modular el dolor psíquic i l'angoixa i la consideració de la relació terapèutica com a factor promotor de la comprensió de l'origen i manteniment de la simptomatologia.

L'objectiu de les psicoteràpies psicodinàmiques és promoure la comprensió i integració dels aspectes del jo en conflicte, i així trobar noves maneres d'integrar aquests aspectes per a funcionar i desenvolupar-se amb més llibertat i eficiència. Algunes de les tècniques que s'inclouen entre les psicoteràpies psicodinàmiques són la psicoteràpia breu i la psicoteràpia de grup.

En els seus darrers desenvolupaments, les psicoteràpies psicodinàmiques han inclòs aspectes de les teories cognitives i conductuals, que han portat a l'ús de tècniques d'intervenció més directives i amb delimitació precisa dels conflictes que cal treballar. Entre aquestes tècniques s'inclouen la psicoteràpia familiar breu, la teràpia interpersonal i la teràpia cognitivoanalítica.

Una revisió de la Cochrane examina l'eficàcia i acceptabilitat de les teràpies psicològiques, categoritzades com a teràpies cognitivoconductuals (TCC), teràpies psicodinàmiques i teràpies de suport, comparades amb el tractament habitual o amb una persona en la llista d'espera per a tractament, i comparades les unes amb les altres, per als individus amb trastorn d'ansietat generalitzat (TAG) (Hunot i altres, 2007).

En cada estudi es va identificar la descripció del tipus de tractament habitual per a assegurar que no compregués un tractament amb teràpies de suport actives. Les intervencions de TCC aplicades són les següents: entrenament per al tractament de l'ansietat, reestructuració cognitiva, exposició situacional i dessensibilització per autocontrol. L'entrenament en relaxació també és una intervenció clau en gairebé tots els estudis en què es basa la revisió. La durada general mitjana del tractament va ser de vuit mesos. Els resultats es van mesurar de dues maneres: disminució del 20% dels símptomes d'ansietat, com a definició d'un canvi clínicament significatiu en els individus, o disminució dels símptomes mesurats amb l'ús d'escales. Així, dels subjectes assignats a la TCC, el 46% van mostrar una resposta clínicament favorable després del tractament, i van disminuir significativament els símptomes d'ansietat, preocupació i depressió, en contraposició amb un 14% en els grups de persones afectades que eren a la llista d'espera per a tractament o amb tractament habitual.

Tant la intervenció individual com la grupal van mostrar un efecte semblant després del tractament, però les persones assignades a la teràpia psicològica individual no van tenir tanta probabilitat d'abandonar el tractament com les persones assignades a la teràpia en grup. La gent gran també van tenir més probabilitat d'abandonar la teràpia.

La revisió Cochrane conclou que la teràpia psicològica que emprà un enfocament cognitivoconductual és efectiva per al tractament del TAG, però acaba mostrant que no hi ha evidència sobre l'efectivitat de la teràpia psicològica per a tractar el TAG a llarg termini, més de dotze mesos.

Tampoc no es poden aportar dades que demostrin l'efectivitat d'enfocaments diferents de la TCC perquè no hi ha prou evidència. S'han de fer més estudis per a establir si les teràpies psicodinàmiques i de suport són efectives per a tractar el TAG, i si la TCC és més útil que aquestes teràpies per a tractar aquest trastorn (Hunot i altres, 2007).

Aquestes experiències del nostre entorn (Burgos i altres, 2006) coincideixen en el fet que les recerques futures han d'avançar en el coneixement de l'efecte de les teràpies no farmacològiques en els trastorns psicològics en atenció primària. Cal mesurar els efectes a llarg termini, incloure un grup control i procediments de cec, valorant l'efecte sobre el consum de psicofàrmacs. Tot plegat, encaminat a eliminar els possibles biaixos de què poden pecar aquestes recerques.

Els estudis fets en els nostres centres de salut per treballadors socials o infermers (Tello i altres, 1997; Burgos i altres, 2006), descrits en el tractament del TAG, també avalen la utilitat per al trastorn d'angoixa de diversos tallers de tècniques cognitives (afrontament d'estrès, reestructuració cognitiva, tècniques de resolució de problemes) i de relaxació de caràcter grupal (mètode autogen de Shultz) en la reducció de l'ansietat. Malgrat això, encara és més petita la disponibilitat d'estudis que avaluin la feina que han fet els equips de treball social sanitari.

Els abordatges de tipus grupal que se solen fer servir més en atenció primària per als trastorns d'ansietat són els anomenats *de desenvolupament d'habilitats*. S'empren per a aplicar l'aprenentatge de les tècniques de respiració i relaxació, afrontament i maneig de l'estrès, resolució de problemes, i entrenament i maneig de l'ansietat, entre altres.

6.3. Tractament de la depressió

En aquesta línia, hi ha diferents autors que han suggerit que la implantació d'intervencions psicoteràpiques en AP pot reduir de manera considerable els costos mèdics i socials de la depressió (Pastor, 2008).

D'altra banda, hi ha evidència que el tractament és més efectiu quan el terapeuta ha estat entrenat per a proveir la psicoteràpia i té formació específica, quan hi ha una relació terapèutica cara a cara i individualitzada (no solament una aplicació estandarditzada dels procediments) i quan els tractaments tenen un manual com a guia (Cuijpers i altres, 2009).

Segons un estudi (Russ i altres, 2012), la presència de malestar psicològic (ansietat o depressió) augmenta la mortalitat global, cardiovascular i per causes externes. Això no vol dir que la prescripció d'antidepressius estigui justificada davant qualsevol nivell de malestar: solament se'n beneficiaran els casos de depressió greu o molt greu; per a la resta de casos, s'hauran de cercar alternatives, com afavorir els canvis a escala psicològica i social.

La guia del National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2009) del Servei Nacional de Salut del Regne Unit estableix un model d'atenció escalonada al pacient, ell o ella, que pateix de trastorn depressiu, per ajudar a identificar les intervencions que, segons les proves publicades, semblin més eficaces. La intervenció menys intrusiva i més eficaç és sempre la primera recomanada per la guia (Leon-Sanromà, 2012). Probablement, la generació de guies per part del NICE és un dels més bons intents per a homogeneïtzar guies de tractament (Moriani i Martínez, 2011).

La guia NICE recomana per al tractament dels símptomes persistents del trastorn depressiu subclínic o del trastorn depressiu major de lleu a moderat una o més d'una de les següents intervencions psicosocials de baixa intensitat segons la preferència de la persona que cal tractar que poden desenvolupar totalment els equips d'AP (professionals de la medicina, la infermeria o el treball social sanitari) o amb el suport d'altres professionals.

Es tracta de l'autoajuda guiada individual basada en els principis de la teràpia cognitivoconductual, com, per exemple, amb un llibre d'autoajuda (biblioteràpia) (Burns, 2010), amb un programa d'activitat física estructurat per grups o, en el cas de persones que tenen un problema físic crònic, amb els grups d'autoajuda. En aquest mateix apartat cal situar el treball psicoeducatiu amb grups de pacients. La guia també proposa d'oferir a les persones que ho prefereixin aconsellament (*counseling*) o psicoteràpia psicodinàmica breu (Shedler, 2010). Els estudis demostren que les persones que reben psicoteràpia psicoanalítica mantenen els beneficis terapèutics més temps i continuen millorant havent acabat el tractament.

Exclusió del model psicoanalític

Volem destacar que l'exclusió que experimenta el model psicoanalític en alguns àmbits del nostre camp no està justificada, precisament ara, en què aquest model està en debat en l'àmbit internacional, com, per exemple, en diferents números d'una revista tan poc sospitosa de no seguir el mètode científic com la *British Medical Journal* (Fonagy i Lemma, 2012), amb un factor d'impacte rellevant.

Bibliografia

Referències bibliogràfiques

Abreu, M. C. (2011). «Práctica basada en la evidencia en trabajo social sanitario». *Aghatos* (pàg. 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, pàg. 445-451).

Aragónés, E.; Piñol, J. L.; Labad, A. i altres (2004). «Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain». *International Journal of Psychiatry in Medicine* (núm. 34, pàg. 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». *Psychological Medicine* (núm. 29, pàg. 1347-1357).

Bellón, J. A.; Delgado, A.; Luna, J. D.; Lardelli, P. (2007). «Patient psychosocial factors and primary care consultation: a cohort study». *JFamPract* (núm. 24, pàg. 562-569).

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

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

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

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

Caballero, L.; Aragónés, E.; García-Campayo i altres (2008). «Prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in Spanish patients with major depressive disorder seeking primary health care». *Psychosomatics* (núm. 49, pàg. 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, pàg. 117-127).

Calvo, V.; Rodríguez, J.; Pomares, A. i altres (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, pàg. 116-142).

Cano, A.; Salguero, J. M.; Mae, S. i altres (2012). «La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento». *Papeles del Psicólogo* (vol. 1, núm. 33, pàg. 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*. Madrid: Siglo XXI ("Trabajo Social").

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

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

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

Deniel, J.; Bosch, M.; Culi, N. i altres (1996). «Influencia del paro en los problemas de salud mental». *Atención Primaria* (núm. 18, pàg. 379-382).

Dowrick, C. F.; Bellón, J. A.; Gómez, M. J. (2000). «GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms». *The British Journal of General Practice* (núm. 50, pàg. 361-365).

Eyding, D.; Lelgemann, M.; Crouven, U. i altres (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).

Fernández, A.; Haro, J. M.; Codony, M. i altres (2006). «Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary versus specialised care in Spain». *Journal of Affective Disorders* (núm. 96, pàg. 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, pàg. 897-899).

Guerra, J. A. i altres (2007). «Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores; estudio con grupos focales». *Atención Primaria* (núm. 39, pàg. 349-354).

Hahn, S. R. (2001). «Physical symptoms and physician-patient relationship». *Annals of Internal Medicine* (núm. 134, pàg. 897-904).

Hamilton, M. (1960). «A rating scale for depression». *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* (núm. 23, pàg. 56-62).

Haro, J. M.; Palacín, C.; Vilagut, G. i altres (2006). «Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio». *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics* (vol. 8, núm. 141, pàg. 912-917).

Hernández, M. (1989). «La entrevista clínica en atención primaria». A: A. Fernández; A. Romero (eds.). *Salud Mental en Atención Primaria* (pàg. 1-49). Madrid: IDEPSA.

Hunot, V.; Churchill, R.; Silva, M.; Teixeira, V. (2007). «Terapias psicológicas para el trastorno de ansiedad generalizada» [revisió Cochrane traduïda; en línia]. *La Biblioteca Cochrane Plus* (núm. 2). Oxford: Update Software Ltd. <http://www.update-software.com><http://www.update-software.com>. [Traduïda de The Cochrane Library, 2007, 2a. ed., Chichester (Regne Unit), John Wiley and Sons, Ltd.].

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

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

Leon-Sanromà, M. (2012). «Los trastornos del estado de ánimo». *AMF* (vol. 2, núm. 8, pàg. 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*. Saragossa: Luzán.

Martín, C. (2005). *Prevalencia y atención a los trastornos mentales en una comunidad rural*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

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

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, pàg. 81-100).

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

National Institute for Clinical Excellence (2009). «Depression: treatment and management of depression in adults». *National Clinical Practice Guideline* (núm. 90).

Pascual, J. C.; Castaño, J.; Espluga, N. i altres (2008). «Enfermedades somáticas en pacientes con trastornos de ansiedad». *Medicina Clínica* (vol. 8, núm. 130, pàg. 281-285).

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

Quintana, J. M.; Padierna, A.; Esteban, C. i altres (2003). «Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale». *Acta Psychiatrica Scandinavica* (vol. 3, núm. 107, pàg. 216-221).

Rabinowitz, J.; Shayevitz, D.; Hornik, T.; Feldman, D. (2005). «Primary care physician's distress among elderly patients». *The American Journal of Geriatric Psychiatry* (núm. 13, pàg. 773-780).

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, pàg. 345).

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

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

Shedler, J. (2010). «The efficacy of psychodynamic psychotherapy». *American Psychologist* (vol. 2, núm. 65, pàg. 98-109).

Serrano, A.; Palao, D. J.; Luciano, J. V. i altres (2010). «Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP)». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (núm. 45, pàg. 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, pàg. 100-113).

Spielberger, C. D. (1972). «Conceptual and methodological issues in anxiety research». A: C. D. Spielberger (ed.). *Anxiety: Current Trends in Theory and Research* (vol. 2, pàg. 481-493). Nova York: Academic Press.

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

Vera, A. M. (2000). «Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia». *Health Economics* (núm. 8, pàg. 579-598).

