

JUAN CARLOS HERNÁNDEZ NAVARRO

**ABORDATGE DE SIMPTOMATOLOGIA ANSIOSA
MULTICAUSAL EN POBLACIÓ ADULTA
EN CONTEXT D'ATENCIÓ PRIMÀRIA**

TREBALL FI DE MÀSTER

Dirigit per HELENA GARRIGA CAZORLA

MÀSTER EN PSICOLOGIA GENERAL SANITÀRIA

Departament de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2025

ÍNDEX

1. Fonamentació teòrica.....	4
2. CAS 1.....	8
2.1. Descripció.....	8
2.2. Anàlisi funcional.....	11
2.3. Tècniques d'avaluació.....	12
2.3.1. Proposta.....	13
2.4. Hipòtesi diagnòstica.....	15
2.5. Tractament.....	17
2.5.1. Proposta.....	21
2.6. Presentació dels resultats.....	23
2.7. Seguiment.....	24
3. CAS 2.....	26
3.1. Descripció.....	26
3.2. Anàlisi funcional.....	29
3.3. Tècniques d'avaluació.....	30
3.3.1. Proposta.....	30
3.4. Hipòtesi diagnòstica.....	31
3.5. Tractament.....	33
3.5.1. Proposta.....	34
3.6. Presentació dels resultats.....	35
3.7. Seguiment.....	36
4. CAS 3.....	36
4.1. Descripció.....	36
4.2. Anàlisi funcional.....	41
4.3. Tècniques d'avaluació.....	42
4.3.1. Proposta.....	42
4.4. Hipòtesi diagnòstica.....	43
4.5. Tractament.....	45
4.5.1. Proposta.....	45

4.6. Presentació dels resultats.....	46
4.7. Seguiment.....	47
5. Anàlisi de les limitacions del treball.....	47
6. Conclusions.....	50
7. Referències bibliogràfiques.....	55
8. Annexos.....	62
ANNEX 1: Criteris diagnòstics.....	62
ANNEX 2: Qüestionaris d'avaluació en teràpia grupal.....	65
ANNEX 3: Estructura i descripció sessions grupals.....	66
ANNEX 4: Proposta teràpia individual cas F.J.J.D.	68
ANNEX 5: Proposta teràpia individual cas M.A.A.....	69

Aquest treball de final de màster conté informació confidencial i no pot ser compartida en la seva totalitat.

1. FONAMENTACIÓ TEÒRICA.

L'ansietat podria definir-se com una resposta relativament natural de l'organisme davant d'estímuls estressors. Aquesta definició s'intueix, com a poc, simplista. I és que, en aquest cas, l'especificador "relativament" es justifica pel postulat del teòric Georges Canguilhem que, en la seva obra "*Lo normal y lo patológico*" (1943), argumenta que la normalitat no és un concepte absolut ni universal, sinó que depèn del context biològic, social i cultural de l'individu i de com aquest dona forma a la interpretació dels estímuls que percep en la seva vida amb l'objectiu d'adaptar-se. D'això es dedueix que experimentar ansietat pot inclinar-se entre normalitat i anormalitat en funció de la interpretació de l'individu davant de l'estímul percebut. És a dir, depenent del sentit que li doni l'usuari, es podria entendre com una resposta funcional (estrès = normal) o disfuncional (ansietat = anormal o patològic).

Altres teoritzacions pretenen relacionar l'estrès i l'ansietat; encara que els autors són conscients que es distancien entre si. Segons Gabriel *et al.* (2019), tot i que l'estrès i l'ansietat són fenòmens estretament relacionats, es poden diferenciar funcionalment en tant en quant que l'estrès fa referència a la resposta de l'individu davant demandes externes que percep com a desbordants, l'ansietat sol aparèixer davant l'anticipació d'una amenaça o perill, real o imaginat. Aquesta diferenciació resulta clau en la comprensió clínica dels trastorns d'ansietat, els quals es manifesten amb perfils psicopatològics diferenciats, però amb punts en comú, com la hiperactivació fisiològica, la hipervigilància i la dificultat per regular l'alerta.

Per tant, i tenint en compte aquest últim concepte, l'ansietat, com a columna vertebral d'aquest treball, és una realitat que experimentar un estat d'ànim ansiós s'ha tornat més freqüent creant un entorn més desadaptatiu en les últimes dècades del segle XX i el que portem d'aquest segle XXI, amb un augment en el seu diagnòstic i tractament, sobretot, en atenció primària. Els factors socials i ambientals, juntament amb els últims esdeveniments com la crisi econòmica del 2007 i la pandèmia del COVID-19 han generat un entorn d'angoixa, on la tecnologia i les xarxes socials han contribuït i contribueixen, com a poc, a l'increment de patir ansietat per sobreexposició, afegint altres causes com els casos de ciberassetjament i/o a la dependència tecnològica i digital. A més a més, també hi ha altres aspectes de la vida quotidiana que generen inquietuds a la població en general: conflictes i preocupacions laborals, la imatge corporal, la pèrdua de privacitat o de poder adquisitiu agreugen el problema (Domínguez, Expósito i Torres, 2024). En definitiva, l'increment de l'ansietat respon a una interacció complexa multifactorial en entorns socials, tecnològics, laborals i econòmics.

Aquesta base de multiplicitat de factors que recull l'ansietat es veu reflectida, principalment, en l'eix gen-ambient, a més d'altres factors psicològics, com s'aprecia en la següent classificació:

- Quant a l'eix gen-ambient, els estudis suggereixen entre un 30% i 40% de heretabilitat genètica en trastorns de l'ansietat amb influències de l'entorn, ambient (Hettema, Neale i Kendler, 2001). Altres autors recuperen, una dècada més tard, part de l'estudi Craske i Stein (2016) reforçant la hipòtesi que les adversitats experimentades en primeres etapes de vida, com la infància, l'estrès crònic i esdeveniments

traumàtics no resolts poden contribuir al desenvolupament de l'ansietat; referint-se a l'ambient en què es mou l'individu (Mineka i Zinbarg, 2006).

- D'altra banda, les investigacions sobre la multicausalitat que provoquen l'ansietat i, des d'una òptica biològica, apunten a alteracions en els nivells de neurotransmissors. Així, el GABA (àcid gamma aminobutíric), en baixos nivells, no promou la relaxació en la persona al no poder reduir l'excitabilitat neuronal quan respon a un element estressor; la serotonina, en nivells baixos promou estats d'angoixa i depressió; i la noradrenalina, neurotransmissor associat a l'excitació de la resposta emocional, compensa la reacció a l'estímul amb conductes de confrontació o evitació. D'altra banda, descriuen estructures cerebrals implicades en la identificació i resposta a l'ansietat com l'amígdala i la CPF, escorça prefrontal (Craske i Stein, 2016).
- Finalment, un estudi conclou que un sistema de valors i creences erràtics, basats en biaixos cognitius i esquemes de pensaments desadaptatius i negatius fruit de l'ancoratge d'experiències adquirides al llarg de la vida proposen un enfocament causal de tall cognitiu que respon a conductes pròpies d'estats d'ansietat (Beck i Haigh, en 2014).

El Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, 5a edició revisat (DSM-5-TR, American Psychiatric Association, 2022), entén el trastorn d'ansietat com una de les afeccions psicològiques més prevalent en la població general, caracteritzat per una preocupació excessiva i persistent, així com per respostes fisiològiques desadaptatives davant situacions percebudes com a amenaçadores que afecten la qualitat de vida dels

individus i poden interferir en el seu funcionament diari. La ràtio de prevalença entre dones i homes és de 2:1.

Al nostre territori, l'Institut d'Estadística de Catalunya, en les taules d'indicadors de benestar i progrés social publicades a l'abril del 2024, a la seva pàgina web, emet unes dades alarmants en l'augment d'adults amb problemes de depressió o ansietat en l'última dècada: passant d'un 15,9% d'afectats en la població l'any 2014 al 26,8% al 2023. Això vol dir que hi ha un increment de 10,9 punts en aquests darrers anys de la població que ha adquirit aquestes patologies mentals; és a dir, al 2023 pateix un augment del 60% respecte del 2014. I és que, si ho desglossem, segons l'últim informe de salut emès pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, l'ansietat queda recollida en un 46,5% de la població de 15 a 44 anys i en dones en el gruix de problemes de salut de llarga durada, davant els homes amb un 36,2%.

Com a ansietat diagnosticada per metge/essa dins el mateix grup de malalties de llarga durada, la mitjana es situa en dones entre 15 i 64 anys al voltant d'un 22% (entre 15 i 44 anys, un 20,5% i entre 45 i 64 anys, un 23,6%) i en els homes es situa al voltant de l'11% (entre 15 i 44 anys, un 11,2% i entre 45 i 64 anys, un 10,9%).

Ara bé, tot i que aïllem l'ansietat del gruix de malalties de llarga durada, els números no varien gaire al 2023; les dones es col·loquen en un 21,6% i en homes en un 10,5%.

Seguint amb la referència d'aquest manual, en la Secció II del DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) es reuneix un compendi de criteris i codis diagnòstics de salut mental diferenciats per trastorns. De tots aquests, posarem el focus d'atenció en dos grups:

- Trastorns d'ansietat: justament, per tractar-se de l'objecte d'estudi d'aquest treball; identificant tres tipus de trastorns que recull aquest apartat i que es veuran en aquest document; el trastorn d'ansietat amb atacs de pànic i/o, possible, agorafòbia. En aquest cas, la preocupació excessiva i persistent es manifesta en diferents àrees de la vida quotidiana i que es mostra incontrolable. Se somatitza amb fatiga, tensió muscular, manca de concentració i insomni. Els atacs de pànics s'evidencien amb una alta intensitat de resposta fisiològica com palpitations, dificultat respiratòria i alteracions cognitives com perdre el control o sensació de mort imminent. Entre els factors de risc que promocionen aquesta clínica podríem trobar història de traumes infantils no resolts, estils parentals autoritaris, conductes emmascarades (desitjabilitat social), manca de suport social, etc.
- Trastorns relacionats amb el trauma i factors d'estrès: ja que dona sentit a algun cas en quant a detonant o causa que provoca l'estat d'ànim ansiogen; l'ansietat podria quedar relegada a una posició més simptomàtica que etiologia diagnòstica amb el trastorn d'estrès post-traumàtic, tot i que ambdós trastorns poden coexistir. Per tant, a part de la simptomatologia característica que descriu el trastorn d'estrès posttraumàtic com a simptomatologia intrusiva (records invasius, somnis recurrents), conductes d'evitació (de persones, llocs o pensaments relacionats amb el trauma), alteracions cognitives i una hiperactivació fisiològica mantinguda; el trastorn d'ansietat podria estar potenciant la clínica general de l'ansietat *per se* agreujant la resposta de por i dificultant la regulació emocional. El factor de risc més rellevants en aquest cas serien, principalment, l'experiència de

trauma, i com factors mantenidors podrien ser mantenir escenaris i estímuls desencadenants del trauma sense opció de poder canviar-los o, fins i tot, poca capacitat *d'insight*. I, d'altra banda, el trastorn d'adaptació o fòbia específica, amb una incisa resposta emocional, conductual i cognitiva davant l'estímul estressant que s'expressa amb una desproporcionada intensitat i durada de la clínica ansiògena respecte a la resposta esperada. Així, les manifestacions més significatives del cas responen a una pronunciada dificultat funcional en entorns laboral, personal i social, com ara rumiacions, aïllament, etc. Un abordatge no adequat al nivell de gravetat del trastorn d'aquest cas en concret podria esdevenir d'altres més severes encara. Per altra part, els factors de risc més rellevants serien baixa autoestima, manca de habilitats socials i, per tant, manca de suport social, baixa tolerància a la frustració i història d'antecedent depressius i ansietat.

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

7. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES:

Aguilera Ahumada, F. y Bolgeri Escorza, P. (2021). Aplicación y evaluación de una intervención para el desarrollo socioemocional y fortalecimiento de la autoestima en estudiantes de enseñanza básica. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 20(44), 12–28.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders text revision (5th ed. text revision)*. American Psychiatric Publishing.

Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M., y Segura, A. (1999). La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Medicina Clínica*, 112(Supl 1), 79–85.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>

Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *The Anxiety and Worry Workbook: The Cognitive Behavioral Solution*. Guilford Press.

Craske, M. G., & Stein, M. B. (2016). Anxiety. *The Lancet*, 388(10063), 3048–3059. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6)

Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI Editores.

- Corbella, S., Botella, L., Gómez, A. M., y Herrero, O. (2011). Adaptación y validación del WAI-S en población española. *Clínica y Salud*, 22(2), 137–153.
- Cuijpers, P., et al. (2021). "Eye Movement Desensitization and Reprocessing for Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-analysis." *Journal of Traumatic Stress*, 34(5), 910–918.
- Dalgard, O. S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., Ayuso-Mateos, J. L., & Page, H. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression: A multinational community survey with data from the ODIN study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(6), 444–451. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0051-5>
- Departament de Salut. (2023). *Pla funcional del Programa de benestar emocional i salut comunitària (2a ed.)*. Generalitat de Catalunya. <https://hdl.handle.net/11351/7029>
- Denborough, D. (2008). *Collective narrative practice: Responding to individuals, groups, and communities who have experienced trauma*. Dulwich Centre Publications.
- Domínguez Domínguez, J., Expósito Duque, J. M., y Torres Tejera, M. E. (2024). *Epidemiología de la ansiedad y su contexto en atención primaria*. Atención Primaria Práctica. <https://doi.org/10.1016/j.appr.2024.100194>

- EuroQol Group. (1990). EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199–208. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)
- Facio, A., y Batistuta, M. (2018). *Autoestima, estrategias de aprendizaje y rendimiento académico en adolescentes*. Universidad Católica Argentina.
- Gabriel Soriano, J., Pérez-Fuentes, M. D. C., del Mar Molero, M., Tortosa, B. M., y González, A. (2019). Beneficios de las intervenciones psicológicas en relación al estrés y ansiedad: Revisión sistemática y metaanálisis. *European Journal of Education and Psychology*, 12(2), 191-206.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2023). *Informe de salut a Catalunya 2023*. Scientia Salut. <https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/12663/informe-salut-catalunya-2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Matos, M., & Santos, A. (2011). Narrative therapy and the transformation of meaning in a case of depression. *Psychotherapy Research*, 21(1), 30–47. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.519735>
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568-1578. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1568>

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>

Institut d'Estadística de Catalunya. (s.f.). *Indicadors de benestar i progrés social*. <https://www.idescat.cat/pub/?id=indbps&n=9429>

Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para reducir el estrés: Programa de 8 semanas basado en la reducción del estrés mediante la atención plena (REBAP)*. Kairós.

Linde K, Olm M, Teusen C, Akturk Z, von Schrottenberg V, Hapfelmeier A, Dawson S, Rücker G, Löwe B, Schneider A. *The diagnostic accuracy of widely used self-report questionnaires for detecting anxiety disorders in adults (Protocol)*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Issue 9. Art. No.: CD015292. DOI: 10.1002/14651858.CD015292.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020). *Borderline personality disorder: recognition and management*. [Clinical guideline CG78].

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>

Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was.

American Psychologist, 61(1), 10-26. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.1.10>

Montesinos Marín, F. (2015). *Significados del cáncer y aceptación psicológica: Aprendiendo a convivir con el miedo*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/275214805_Significados_d_el_cancer_y_aceptacion_psicologica_Aprendiendo_a_convivir_con_el_miedo

Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy? An easy-to-read introduction*. Dulwich Centre Publications.

Mruk, C. J. (2011). *Self-esteem and positive psychology: Research, theory, and practice (4th ed.)*. Springer Publishing Company.

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2011). *Common mental health disorders: Identification and pathways to care*. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). [Guideline CG123].

Neff, K. D. (2011). *Self-compassion: The proven power of being kind to yourself*. William Morrow.

Ortiz-Barba, A., Ortiz-Del Pino, A., y Suárez-Pérez, J. (2024). Intervención grupal para reducir la ansiedad en adultos mayores. *593 Digital Publisher CEIT*, 9(3), 915-930. <https://doi.org/10.33386/593dp.2024.3.2382>

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.

- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures (2nd ed.)*. Guilford Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1982). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Consulting Psychologists Press (Adaptación española: Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., y Seisdedos Cubero, N. (2015). STAI, cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Manual. TEA Ediciones.)
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stewart-Brown, S., Tennant, A., Tennant, R., Platt, S., Parkinson, J., & Weich, S. (2009). Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): A Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 15. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-15>
- Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2022). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD005652. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub4>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). *The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>

Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(3), 207–210.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.3.207>

White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Norton.