



Universidad de Lleida

Facultad de Enfermería

Grado en Enfermería

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Consulta de enfermería de Atención Primaria

TRABAJO FIN DE GRADO

Curso 2012- 2013

Alumno: Andrea Carla Cia Puyuelo

Tutora: María Sánchez Fernández

Fecha: 17 de Junio del 2013

Índice

Lista de Tablas.....	I
Lista de Gráficas.....	II
1. Justificación.....	1
2. Marco teórico.....	3
2.1. Ansiedad.....	3
2.1.1. Clasificación.....	4
2.2. Depresión.....	8
2.2.1. Clasificación.....	9
2.3. Ansiedad y depresión en Atención Primaria.....	11
2.3.1. Aspectos diferentes.....	12
2.3.2. Aspectos comunes.....	13
2.4. Intervenciones en la Ansiedad y la Depresión.....	14
2.4.1. Tratamiento Farmacológico para la Ansiedad.....	14
2.4.2. Tratamiento Farmacológico para la Depresión.....	15
2.4.3. Tratamiento psicológico para la Ansiedad y Depresión.....	16
2.4.4. Otros tratamientos.....	17
a) Autoayuda guiada.....	17
b) Grupos psicoeducativos.....	18
c) Ejercicio Físico.....	19
d) Acupuntura.....	..20
3. Objetivos del trabajo.....	21
4. Objetivo 1.....	22
4.1. Material y método.....	22
4.1.1. Diseño.....	22
4.1.2. Población.....	22
4.1.3. Lugar de estudio.....	22
4.1.4. Variables.....	23
4.1.5. Instrumento.....	24
4.2. Plan de trabajo metodológica.....	24
4.3. Resultados.....	25
4.4. Conclusiones.....	30
4.5. Discusión.....	31
5. Objetivo 2.....	32
5.1. Planificación de intervenciones desde la consulta de enfermería.....	32
5.1.1. Manejo de la ansiedad y la depresión en la Consulta.....	32
5.1.2. Programa Psicoeducativo.....	34
5.2. Conclusión y discusión.....	36
6. Bibliografía.....	38
7. Anexos.....	41

Lista de tablas:

- Tabla 1. Aspectos diferentes de la ansiedad y la depresión.....12
- Tabla 2. Aspectos comunes de la ansiedad y la depresión.....13
- Tabla 3. Distribución de frecuencias totales e intervalos de edad de las variables....25
- Tabla 4. Descripción de ansiedad y depresión en relación a las variables.....27
- Tabla 5. Recomendaciones para una dieta equilibrada.....48
- Tabla 6. Tabla de actividades de ocio.....55

Lista de Gráficas:

- Gráfica 1. Niveles de ansiedad y depresión.....26
- Gráfica 2. Niveles de ansiedad y depresión por género.....28
- Gráfica 3. Nivel de ansiedad por género e intervalo de edad.....28
- Gráfica 4. Nivel de depresión por género e intervalo de edad29

1. JUSTIFICACIÓN

La alta prevalencia de los trastornos mentales se relaciona con las transformaciones de nuestra sociedad, la falta de apoyo familiar y social, la soledad, el aumento de las patologías orgánicas crónicas relacionadas con el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población¹.

La revista científica Lancet, en septiembre de 2007, publicó un informe donde alerta sobre el aumento progresivo de los trastornos mentales, convirtiéndose en la enfermedad no contagiosa más extendida en el mundo, además añaden que estos problemas de salud mental incrementan el riesgo de desarrollar enfermedades físicas, como problemas del corazón, cáncer, infecciones, etc. Según la OMS, los trastornos mentales de ansiedad y depresión se encuentran entre los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia, aunque hay variaciones culturales en su incidencia². En numerosas ocasiones, provocan una discapacidad importante, sufrimiento y limitaciones en las actividades de la vida diaria a las personas que las padecen.

La depresión ocupa el cuarto lugar dentro de las patologías más prevalentes en la actualidad ya que afecta alrededor de 121 millones de personas en todo el mundo y se calcula que en el año 2020 se situará en el segundo lugar, detrás de las patologías coronarias. Algunos estudios demuestran que los trastornos de ansiedad se encuentran entre los trastornos psiquiátricos más comunes.

Estudios epidemiológicos (Global Burden of Disease ,1997) revelan la alta prevalencia de la depresión. Entre el 9% y 20% de la población estará afectada por una depresión durante su vida. También consideran la depresión como la cuarta enfermedad más importante en términos de impacto clínico, social y mental, por la carga que comporta.

El 23,7% de la población catalana de más de 18 años presentará a lo largo de su vida un trastorno mental según el Estudio ESEMed-Espanya / SAMCAT-Catalunya, 2002. El 15,2% de las personas presentan una depresión mayor a lo largo de la vida (versus el 10,5% de España) y el 11,3% presentan trastornos de ansiedad a lo largo de la vida (versus el 9,4% del Estado Español) y es a partir de los 35-49 años cuando estos problemas de salud son más frecuentes. En España, la prevalencia de la depresión a lo largo de la vida en la población en general es del 16,5% en mujeres y del 8,9% para hombres según los criterios de la depresión del DSM-IV³.

Para poder realizar este trabajo debo agradecer a, en primer lugar, a mi tutora María Sánchez, por la ayuda y los consejos que me ha prestado durante todo el trabajo. Además, agradecerle el tiempo y dedicación que ha tenido para que el trabajo se haya realizado de manera correcta.

En segundo lugar, agradecer la amabilidad del personal del Centro de Atención Primaria de Primer de Maig de Lleida, por permitirme escoger a los pacientes de su centro para realizar el estudio de mi trabajo.

Y por supuesto también agradezco a los usuarios del centro de Atención Primaria su colaboración incondicional, prestándose al estudio.

2. MARCO TEORICO

2.1 Ansiedad.

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o peligro que podemos sufrir en un futuro cercano, acompañada de un sentimiento de disforia, es decir, un desorden de las emociones y en algunos casos también puede estar acompañado de síntomas somáticos de tensión.

La ansiedad 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.

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. Así, cierto grado de ansiedad es beneficioso para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto a nivel físico, como al psicológico y conductual⁴.

Los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo. Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psico-sociales⁵.

Entre los factores biológicos se han encontrado alteraciones en los sistemas neurobiológicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico, una de las regiones más afectadas del cerebro. Además, se han observado ciertas alteraciones físicas y una mayor frecuencia de uso y/o retirada de medicinas, alcohol, drogas, sedantes y otras sustancias. Por último, existe cierta predisposición genética en la aparición de estos trastornos.

Entre los factores ambientales se ha encontrado la influencia de determinados factores estresantes ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida. Como factores psicosociales de riesgo para estos trastornos se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones

excesivas por temas cotidianos. Como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las características de la personalidad.

Parece ser que es la interacción de múltiples determinantes lo que favorece la aparición de estos trastornos de ansiedad; además, es muy común la comorbilidad con otros trastornos mentales como los trastornos del estado de ánimo⁶.

2.1.1 Clasificación.

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

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

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 estrés⁵.

- **Trastorno de Pánico:** Es un trastorno en el cual la persona ha sufrido uno o más ataques de pánico, seguido de la preocupación por sufrir un nuevo ataque, y las consecuencias del mismo. Las crisis se caracterizan porque presentan un comienzo brusco y una duración de pocos minutos. De un modo súbito surge un temor intenso, que se acompaña de algunos de los siguientes síntomas: temblor, taquicardia, mareos, sensación de desmayo, sensación de muerte, sensación de falta de aire, de dificultad para tragar, trastornos gastrointestinales y cosquilleos o parestesias. Por lo general, el Trastorno de Pánico se acompaña de Agorafobia, que es el temor a sufrir un ataque en un lugar donde resulte difícil escapar u obtener ayuda.
- **Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG):** el TAG se caracteriza por presentar como síntoma principal un estado de preocupación permanente difícil de controlar, con una duración de al menos seis meses. Puede haber varios focos de preocupación, los habituales en la población son la salud, la economía, la seguridad, la situación laboral, problemas familiares, etc. La intensidad de la preocupación es desproporcionada. Suele presentar al menos

tres de los siguientes síntomas: Inquietud o impaciencia; fatiga; dificultad para concentrarse o relajarse; irritabilidad; tensión muscular o alteraciones del sueño. Como consecuencias puede provocar malestar significativo y deterioro social, laboral y familiar. Este trastorno no está relacionado con el consumo de sustancias, a una enfermedad médica ni a un cuadro psicótico.

- **Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC):** Presencia de obsesiones y/o compulsiones de carácter recurrente, graves, con deterioro de la actividad general y/o malestar clínico significativo. Estas obsesiones se presentan en contra de la voluntad del sujeto, que no logra apartar con facilidad de su mente, a pesar de enormes esfuerzos, y de reconocer muchas veces lo absurdo de los contenidos de dichas obsesiones.

Las obsesiones son ideas, pensamientos, impulsos de carácter persistente, el sujeto piensa que la obsesión está fuera de control, aunque no están impuestas en contra de su voluntad. Los temas más frecuentes: temor a la contaminación o al contagio, necesidad de determinado orden y pulcritud, temor de lastimar a alguien de modo impulsivo o inadvertido, etc.

Para aliviar la ansiedad que provocan las obsesiones, el individuo recurre a las compulsiones que son comportamientos o actos mentales repetitivos que el sujeto se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión, pero no producen placer o gratificación. Las compulsiones más comunes son lavarse las manos repetidamente, tocar o alinear algunos objetos en especial, pensar o repetir determinadas frases o palabras, etc.

- **Fobia Social:** Temor intenso y persistente ante situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo que sea humillante o embarazoso o presentar síntomas de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de pánico, o síntomas característicos tales como rubor, transpiración de manos, temblor, palpitaciones, etc.

Como consecuencia de la ansiedad que esto provoca, el individuo tiende a evitar la interacción social, lo cual le proporciona un serio deterioro de la calidad de

vida ya que interfiere en la rutina normal del individuo, en sus relaciones laborales y sociales.

En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses, para ser diagnosticado.

- **Trastorno por estrés postraumático:** Los síntomas de ansiedad aparecen tras una exposición a un suceso traumático severo, como por ejemplo presenciar una muerte, sufrir la muerte violenta de un ser querido, ser víctima de un ataque con peligro para la propia vida, o verse en medio de un desastre natural (terremoto, etc.) Sus principales síntomas son tres: revivir el evento traumático, a través de pesadillas o flashbacks; conductas evitativas, tales como la evitación de situaciones o lugares relacionados con el evento traumático; y embotamiento emocional. Se acompaña también de síntomas que reflejan una elevada ansiedad, como irritabilidad, impaciencia e inquietud.
- **Trastorno de estrés agudo:** Es similar al trastorno de estrés postraumático pero su duración es menor de un mes, tras un acontecimiento traumático grave. Las alteraciones duran un mínimo de dos días y un máximo de un mes.
- **Fobias Específicas:** Las personas que sufren este desorden presentan un temor intenso, desproporcionado, irracional y persistente a determinados objetos o situaciones claramente discernibles y circunscriptas. Quienes lo padecen reconocen lo inadecuado de sus temores, que por otra parte, los lleva a instrumentar conductas evitativas tendientes a sortear un posible encuentro con el estímulo desencadenante de su temor.

El temor puede ser causado por diferentes objetos o circunstancias:

- Animales: arañas, gatos... Suele iniciarse en la infancia.
- Ambiental: aspectos de la naturaleza (bosques, mar), fenómenos atmosféricos (tormentas), suele iniciarse en la infancia.
- Sangre, inyecciones, daño: Presenta una incidencia claramente familiar y suele generar una intensa respuesta vasovagal: desmayo.

- **Situacional:** Situaciones específicas como ascensores, aviones, sitios cerrados, etc. Puede aparecer en la segunda infancia o en la tercera o cuarta década de la vida.
- **Otros tipos:** Hay hasta 180 estímulos diferentes.

- **Agorafobia:** La característica esencial es la aparición de ansiedad intensa al encontrarse en lugares o situaciones donde puede resultar difícil o embarazoso, o donde si aparece una crisis de angustia puede resultar vergonzoso o no disponer ayuda para ello. Tiene como consecuencia una serie de comportamientos de evitación de todo aquello que requiera alejarse de casa o la ciudad y que conlleve mezclarse con mucha gente. Esto genera una gran invalidez en la vida cotidiana, algunos individuos pueden enfrentarse a la situación si están en compañía de un ser querido que le proporcione apoyo.

- **Trastornos mixtos:** Es un cuadro en el que se combinan síntomas depresivos y ansiosos, clínicamente significativos, sin que se pueda catalogar en uno u otro.

- **Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica:** El trastorno es secundario a los efectos psicológicos de una enfermedad médica. La ansiedad excesiva, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias:** Los síntomas son secundarios a los efectos de una sustancia, ya sea una intoxicación, una abstinencia de la misma o en el primer mes siguiente. Los individuos presentan una elevada ansiedad, crisis de angustia y obsesiones o compulsiones.

El consumo del medicamento o droga está relacionado etiológicamente con la alteración. Esta alteración provoca un malestar clínicamente significativo o

deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Las sustancias típicas inductoras son: Alcohol; alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cánnabis, cocaína, inhalantes, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos⁷.

2.2 Depresión:

La depresión hace referencia a una amplia gama de problemas de salud mental caracterizados por la ausencia de afectividad positiva, es decir, una pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar con las actividades que normalmente eran placenteras, el individuo también presente un bajo estado de ánimo y una serie de síntomas emocionales, como pueden ser los sentimientos de culpa, de inutilidad, falta de ilusión y así como la baja autoestima con pérdida de confianza en sí mismos⁸.

Por otro lado presentan síntomas físicos, conductuales y cognitivos asociados a esta patología. Algunos síntomas físicos y conductuales pueden ser: el llanto, el aislamiento social, la exacerbación de dolores preexistentes, la disminución de la libido, fatiga, ansiedad marcada, disminución del sueño y del apetito. Y algunos síntomas cognitivos son: la pérdida de la concentración y reducción de la atención, pesimismo y pensamientos recurrentes negativos sobre uno mismo y el enlentecimiento mental.

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos.

Entre las variables que incrementan el riesgo de depresión se incluyen factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos⁹.

Entre las circunstancias personales o sociales que incrementan el riesgo de la depresión se ha destacado la pobreza, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco y las circunstancias laborales, ya que los desempleados, discapacitados y personas en baja laboral por enfermedad presentan depresiones con mayor frecuencia¹⁰. El estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión.

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de alto riesgo tanto para enfermedades somáticas como psiquiátricas, las cuales comienzan en edades tempranas y persistentes durante la edad adulta¹¹. Así, se ha demostrado que los familiares de primer grado de pacientes con un trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general.

Por otra parte, con el progresivo conocimiento del genoma humano se ha hecho posible identificar la localización cromosómica de genes que confieren vulnerabilidad para trastornos como la depresión⁹.

Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de la depresión y probablemente, este rasgo de personalidad deriva a una mayor susceptibilidad para desarrollar depresión ante los eventos adversos de la vida.

También, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas enfermedades endocrinas, tales como la diabetes, hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, etc. Parecen aumentar el riesgo de depresión¹².

2.2.1 Clasificación.

La depresión se puede clasificar dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave, el individuo es incapaz de mantener todas estas actividades.

A continuación se describen los tipos de depresión descritos según el origen que motiva la depresión:

- **Depresión endógena** (maníaca - depresiva): Se caracteriza por ser una afección que aparece de manera autónoma, no la desencadena ningún factor externo. Es un trastorno donde los pacientes son incapaces de sentir algo, no pueden sentir ira, empatía o felicidad por los sucesos que pasan en su entorno. Existen dos tipos de depresión endógena.

- **Depresión unipolar:** Durante los episodios depresivos típicos hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica.

 - **Trastorno bipolar:** Este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir¹³.
- **Depresión exógena** (neurótica - reactiva): Este tipo de depresión está causada por una causa externa que se puede identificar. Las principales etiologías de este tipo son:
- Sucesos traumáticos.
 - Consecuencias de enfermedad física.
 - Derivada de una patología psíquica.
- **Depresión orgánica:** como el nombre indica, es la depresión motivada por causa orgánica como puede ser una patología, un fármaco y/o la falta de vitaminas o nutrientes al organismo.
- Una vez solucionado el problema orgánico primario la depresión desaparece, puesto que en este caso el problema no provoca ningún tipo de estrés^{14,15}.

2.3 Ansiedad y depresión en atención primaria.

La OMS da mucha importancia a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mental. Considera la salud mental como un recurso y derecho humano básico, esencial para el desarrollo social y económico de las personas.

La promoción de la salud mental tiene como objetivo fomentar una salud mental positiva que aumente el bienestar psicológico, la capacidad y la fortaleza mental¹⁶.

En la Atención primaria, los trastornos mentales se sitúan en una prevalencia de un 5 a un 9% en las mujeres y de un 2 a un 4% en los hombres. Estudios realizados dicen que entre un 20 y un 25% de las consultas diarias, es decir, aproximadamente 1 de cada 4 consultas en Atención Primaria (AP) son realizadas por personas que tienen como principal motivo de consulta, un problema de salud mental.

Los servicios de AP tienen un papel muy importante en los trastornos depresivos y de ansiedad puesto que hay gran incidencia en la población general los cuales están afectados por este problema de salud.

Hay que tener en cuenta que la depresión es el motivo de consulta psiquiátrica más común en AP puesto que los médicos de familia tratan diez veces más pacientes depresivos que en otros servicios especializados. El 50% de los casos pasan desapercibidos por el médico convirtiéndose en una depresión ignorada¹⁷.

Los pacientes que sufren de depresión pueden presentar múltiples síntomas inexplicables, frecuentación excesiva a la consulta a menudo no programadas o a los servicios de urgencias sin motivos claros, alteraciones del sueño, problemas en el trabajo y en las relaciones interpersonales.

Además, un 39% de los pacientes que se quejan de sufrir fatiga crónica, es decir fatiga que está presente al menos la mitad del tiempo y al menos durante un mes, puede que en realidad estén sufriendo un trastorno del ánimo^{3, 18}.

Para tener una idea de la importancia de la AP en los trastornos depresivos es necesario dar a conocer que de 100 pacientes que presentan depresión 10 son tratados en los servicios especializados y 90 están seguidos por los servicios de AP.

Las formas más habituales de presentación de la Ansiedad y Depresión en Atención Primaria. Existe gran dificultad para establecer relaciones entre depresión y ansiedad, ya que las dos patologías no tienen entidades homogéneas ya que cada trastorno se subdivide en diferentes categorías según su etiopatogenia y terapéutica.

La relación puede estudiarse a través de diversas perspectivas pero en este caso se analizan a partir de la clínica, el curso, el pronóstico y la genética¹⁹.

En la depresión y la ansiedad desde la perspectiva de dos estados de ánimo que son, podemos determinar aspectos comunes y otros diferentes²⁰.

2.3.1 Aspectos diferentes.

Depresión	Ansiedad
Desesperanza	Intranquilidad
Bajo afecto positivo <ul style="list-style-type: none"> ○ Tristeza ○ Anhedonia ○ Pérdida interés ○ Apatía ○ Tendencia suicida ○ Poca activación simpática ○ Inhibición psicomotora ○ Sentimientos de inutilidad 	Hiperactivación fisiológica <ul style="list-style-type: none"> ○ Miedo ○ Pánico ○ Nerviosismo ○ Evitación ○ Inestabilidad ○ Activación simpática ○ Tensión muscular ○ hipervigilancia

Tabla 1. Aspectos diferentes de la ansiedad y la depresión.

2.3.2 Aspectos comunes.

Depresión y Ansiedad
Indefensión
Otros afecto negativos: <ul style="list-style-type: none">○ Irritabilidad○ Preocupación○ Baja concentración○ Insomnio○ Fatiga○ Agitación psicomotora○ Llanto○ Sentimientos de inferioridad○ Sentimientos de culpa○ Baja autoestima

Tabla 2. Aspectos comunes de la ansiedad y la depresión.

Por estos motivos, la atención primaria es el ámbito fundamental en la detección y abordaje de los trastornos depresivos leves y de la ansiedad según las directrices del Plan director de salud mental y adicciones del Departamento de Salud, año 2006²¹.

El abordaje de los trastornos de la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada es una de las actividades que aparece en la cartera de servicios de la Atención Primaria. En el desarrollo de las líneas estratégicas en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, se menciona que la Atención Primaria ha de adquirir una relevancia determinante en la atención a los pacientes con trastornos mentales.

Se puede considerar que la consulta de enfermería en la atención primaria es una pieza clave para la educación sanitaria, el vínculo terapéutico y el cuidado de los pacientes con ansiedad y depresión. Estas intervenciones se tienen que ofrecer integradas en el proyecto terapéutico del paciente²².

2.4 Intervenciones en la ansiedad y depresión

2.4.1 Tratamiento Farmacológico para la ansiedad.

Para el tratamiento de la ansiedad se utilizan los ansiolíticos, estos alivian o suprimen los síntomas de ansiedad, sin producir sedación o sueño. Pero a dosis mayores tienen un efecto sedante e hipnótico, por lo que se utilizan también para inducir el sueño, como anestesia o para inducir un coma.

Los ansiolíticos se clasifican en:

- Benzodiazepinas: Su acción ansiolítica se basa en la mejora de la tensión psíquica y los síntomas subjetivos y objetivos característicos de angustia-ansiedad como puede ser la sudoración, taquicardia, palpitaciones, etc. Son menos eficaces en la ansiedad de origen psicótico (depresiva y esquizoide) y en las fobias. También tienen poder miorrelajante, es decir, relajan la musculatura esquelética. Esto solo se manifiesta a dosis que producen sedación. Por último presentan una acción antiepiléptica e hipnótica.

Por otra parte, pueden desencadenar algunos efectos adversos como: Sedación, somnolencia e incoordinación motora, disartria, incapacidad de coordinar movimientos finos o de responder a estímulos que requieren una respuesta rápida.

- Ansiolíticos que no son benzodiazepinas: Actúan como agonista parcial de los receptores 5-HT_{1A}. Tiene como ventajas que no tiene actividad depresora sobre el SNC, es decir no tienen función hipnótica, anticonvulsivante y miorrelajante, no incita al abuso porque produce disforia y tiene menos efectos adversos que las benzodiazepinas. Sin embargo, son menos eficaces y su utilidad clínica es limitada. Entre otras causas porque su efecto ansiolítico se instaura con lentitud y es casi ineficaz en los pacientes que previamente han sido tratados con benzodiazepinas^{4,23}.

2.4.2 Tratamiento farmacológico para la depresión.

En la actualidad existen numerosas drogas antidepresivas de eficacia terapéutica demostrada. Los fármacos antidepresivos pueden ser de cuatro tipos. Estos son:

- Tricíclicos: son los más antiguos pero aún no han sido superados en eficacia específica.

- Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS): este tipo de antidepresivos es el primero que se receta si nunca antes el paciente no ha tomado antidepresivos, ya que suelen tener menos efectos secundarios que otros antidepresivos. Algunos de los efectos secundarios son la boca seca, náuseas, nerviosismo, insomnio, problemas sexuales y dolor de cabeza.

- Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN): Este tipo de medicamentos, a veces se eligen debido a que no interfieren con otros medicamentos determinados. Algunos efectos secundarios comunes son la pérdida del apetito, ansiedad y nerviosismo, dolor de cabeza, insomnio y cansancio, pero también se pueden producir boca seca, estreñimiento, pérdida de peso, etc.

- Inhibidores de la Monoaminoxidada (IMAO): Se utilizan con menor frecuencia que los otros antidepresivos ya que pueden tener efectos secundarios graves, incluidos debilidad, mareos, dolores de cabeza y temblores. Tomar un antidepresivo IMAO mientras está tomando otro antidepresivo o determinados medicamentos de venta libre puede provocar una reacción peligrosa. Por esta razón los IMAO se utilizan menos hoy en día.

Todos estos antidepresivos se pueden utilizar para tratar la depresión de moderada a severa, la ansiedad grave y ataques de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de estrés postraumático.

En los estudios realizados específicamente en el ámbito de Atención Primaria la tasa de respuesta en los pacientes que recibieron antidepresivos se sitúa en torno al 60%,

observándose un marcado efecto placebo (35%- 47%). Además, no se puede afirmar que un antidepresivo concreto sea más eficaz que los demás.

En numerosos ensayos clínicos y en varias revisiones sistemáticas se ha demostrado la eficacia de los antidepresivos para el tratamiento de la depresión mayor moderada-grave. También se ha comprobado que Los antidepresivos de segunda generación no presentan diferencias importantes entre sí.

Actualmente, no hay estudios específicamente diseñados para determinar diferencias entre los antidepresivos en cuanto al inicio de acción²⁴.

2.4.3 Tratamiento psicológico para la ansiedad y la depresión.

La psicoterapia implica hablar con un profesional capacitado en la salud mental, para descubrir las causas que provocan la ansiedad y para aprender cómo manejar sus síntomas.

La terapia más utilizada es la terapia cognitivo conductual (TCC), es una terapia muy útil para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y también para el tratamiento de la depresión.

En el caso de la ansiedad. La parte cognitiva ayuda a las personas a cambiar los patrones de pensamiento que dan lugar a sus temores, y la parte conductual ayuda a la gente a cambiar la manera en que reacciona ante las situaciones que provocan ansiedad.

La terapia conductual basada en la exposición se utiliza para el tratamiento de fobias específicas. De manera gradual, la persona se enfrenta al objeto o situación al que teme, al principio, a través de fotos o videos y después frente a frente. Con frecuencia, el terapeuta acompaña a la persona ante la situación temida con el fin de dar apoyo y orientación.

La terapia cognitiva-conductual se realiza cuando las personas deciden que están listas para ello, ya que se necesita su colaboración y voluntad. Para ser efectiva, la terapia debe estar dirigida a las ansiedades específicas de la persona y debe estar adaptada a sus necesidades. Se puede llevar a cabo de forma individual o en grupo, con personas con

problemas similares. La terapia en grupo es particularmente efectiva en el caso de la fobia social.

Por otra parte en el caso de la depresión, diferentes estudios dicen que complementar la medicación antidepresiva con terapia cognitivo-conductual es más efectivo que el tratamiento con antidepresivos exclusivamente, en especial en aquellos pacientes con síntomas graves.

La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas relacionadas con la depresión. El terapeuta adopta un estilo educativo y busca la colaboración del paciente, de manera que pueda aprender a reconocer sus patrones de pensamiento negativo y reevaluarlo. Para que funcione esta terapia, se necesita que el paciente practique las habilidades aprendidas entre sesiones y ensaye las nuevas conductas ^{4, 25}.

2.4.4 Otros tratamientos:

a) Autoayuda guiada:

La autoayuda es un término ambiguo que incluye la autoayuda como tal y la autoayuda guiada. La autoayuda o *self-help* se dirige a mejorar el resultado clínico mediante el adiestramiento de los pacientes en las habilidades para superar y manejar su problema de salud. Incluye el uso de materiales escritos (biblioterapia), programas informáticos o material grabado en audio/vídeo.

Por otra parte, está la autoayuda guiada o *guided self-help*, que es más completa y utiliza estos materiales de autoayuda conjuntamente con una orientación ofrecida por un profesional para monitorizar el progreso, aclarar los procedimientos, responder las preguntas generales o prestar apoyo o estímulo general.

NICE evaluó la autoayuda guiada a través de nueve ensayos clínicos aleatorios y concluyó que produce una reducción clínica significativa de los síntomas depresivos en comparación con la no intervención. En pacientes con ansiedad y depresión leve o

moderada podría ser tan efectiva como algunas formas de terapia individual y más efectiva que la psicoterapia grupal, aunque no existen suficientes datos de que este beneficio se mantenga a largo plazo⁴.

La biblioterapia en el tratamiento de la depresión y la ansiedad fue evaluada y se observó que su utilización se traducía en una reducción de al menos el 25% en las puntuaciones de los test de depresión en comparación con el no tratamiento, pero no hubo relación significativa entre el tiempo de mantenimiento del tratamiento y el resultado clínico final. Hasta el momento no existen ensayos que demuestren que la biblioterapia sea de ayuda en pacientes con depresión grave^{26, 27}.

b) Grupos psicoeducativos:

Según un informe de la OMS, hay estudios que demuestran que los programas grupales, con el objetivo de educar al paciente para una cognición positiva evitan los estilos de pensamiento negativo y mejoran las habilidades de solución de problemas, demuestran efectos significativos en la reducción de los síntomas depresivos y de ansiedad.

Algunos estudios valoran que estos programas son intervenciones indicadas para personas con un trastorno depresivo leve/ moderado y para los pacientes de atención primaria²⁸.

La psicoeducación es una intervención útil para la prevención y la promoción de la salud en el ámbito de la salud mental. Según la bibliografía, se recomiendan las intervenciones psicoeducativas tanto individuales como grupales, como tratamiento de elección o alternativo para estos trastornos.

La psicoeducación hace referencia a la educación que se ofrece a las personas que padecen un trastorno mental con el objetivo que entiendan y sean capaces de convivir con sus dificultades. Reforzar los puntos fuertes, los recursos y las habilidades de los pacientes para hacer frente a su situación, evitar las recaídas y contribuir a la salud y el bienestar propios¹².

Pese a que los tratamientos psicológicos y los psicoeducativos se han mostrado más eficaces que los farmacológicos. Contradictoriamente, son los tratamientos farmacológicos los más utilizados por la Sanidad Pública. Además de que la mayoría de las personas abandonan estos tratamientos a causa de los efectos secundarios, por lo que no son efectivos.

La intervención educativa se basa en la intervención activa del paciente, en el análisis del su problema y en su solución.

En las terapias en grupo se informa al mismo tiempo a varios pacientes sobre su enfermedad y se anima a que intercambien experiencias entre ellos. Se crea un espacio de apoyo mutuo.

La duración de la sesión oscila en función de los contenidos, de la patología y del número de miembros²⁹.

Los contextos sanitarios más habituales para llevar a cabo estos grupos psicoeducativos son los hospitales, los centros de atención primaria y los centros de salud mental.

La enfermería ha desarrollado un rol muy importante en la prevención y la promoción de la salud mental en atención primaria y la creación de grupos psicoeducativos. A causa de los cambios de nuestra sociedad, el rol de la enfermería ha ido cambiando y adaptándose a la nueva realidad. La participación del personal de enfermería en el proceso de salud del paciente, la valoración del cumplimiento del tratamiento, el acompañamiento psicológico y el apoyo a la familia es fundamental¹.

Los programas grupales psicoeducativos tienen una serie de ventajas. Éstas son:

- El paciente aprende de los demás.
- El paciente se hace consciente de que no es el único que sufre por un motivo (universalidad de los problemas)
- Fomenta su altruismo (Ayudo a los demás y ellos me ayudan a mí)
- Trabaja las habilidades de socialización. Conoce a gente en la misma situación³.

c) Ejercicio físico:

Es conocido que la realización de ejercicio produce una mejoría del humor y de la sensación de bienestar general, por lo que se ha intentado determinar hasta qué punto puede ser útil como tratamiento en los pacientes con depresión mayor. El paciente deprimido que realiza un ejercicio regular consigue desarrollar su autoestima y un mejor y mayor apoyo entre sus semejantes lo que favorece sus relaciones con el entorno.

NICE (Nacional Institut for Health and Clinical Excellence) realizó una revisión sistemática acerca de la probabilidad de remisión, reducción de síntomas y adherencia al tratamiento en pacientes con depresión que realizaban ejercicio, frente a su no

realización y a diferentes tratamientos disponibles (farmacológicos, psicoterapéuticos, apoyo social y meditación), incluyendo un total de nueve ensayos clínicos¹².

Las conclusiones fueron que en sujetos con depresión, en particular leve o moderada, el ejercicio estructurado y supervisado tuvo un impacto clínico significativo en la mejoría de los síntomas, el mayor efecto beneficioso del ejercicio se obtiene cuando se administra asociado al tratamiento farmacológico o psicoterapéutico. Pero por otro lado, no encontraron pruebas de beneficios a largo plazo en la prevención de recaídas y de la utilidad de los programas de ejercicio de mantenimiento^{4, 27}.

d) Acupuntura:

La acupuntura es una técnica que consiste en la inserción de agujas finas en diferentes partes del cuerpo y se basa en la medicina tradicional china. Se han realizado numerosos ensayos clínicos, publicados por la Colaboración Cochrane, para dar una evidencia científica sobre la eficacia de esta técnica como tratamiento para la depresión

Los numerosos estudios coinciden en que no existen pruebas científicas suficientes para determinar si la acupuntura es eficaz para el tratamiento de la depresión. Además, los ensayos disponibles carecen de un adecuado rigor metodológico, por lo que no es posible determinar si la acupuntura, específica para la depresión o no, sola o en combinación con otros tratamientos, tiene un efecto beneficioso en pacientes con síntomas de depresión^{8, 30}.

3. OBJETIVOS DEL TRABAJO.

- Valorar el nivel de ansiedad y depresión en las salas de espera de las consultas del Centro de Atención Primaria (CAP) de salud de Primer de Maig de Lleida.
- Proponer intervenciones ante la situación encontrada desde la consulta de enfermería.

4. OBJETIVO 1

Valorar el nivel de ansiedad y depresión en las salas de espera de las consultas del Centro de Atención Primaria (CAP) de salud de Primer de Maig de Lleida.

4.1 Material y método

4.1.1 Diseño:

Es un estudio descriptivo transversal

4.1.2 Población:

La población estudiada en este trabajo es el sector de población que pertenece al Centro de Atención Primaria de Primer de Maig de la ciudad de Lleida. Cuyo número de sujetos es de 80 personas, de las cuales 50% son hombres y 50% son mujeres, con un rango de edad está entre 18 a 90 años. El único requisito del estudio es que los sujetos tengan 18 años o más.

4.1.3 Lugar del estudio:

El Centro de Atención Primaria (CAP) se encuentra ubicado en la ciudad de Lleida. Ésta es la capital de la provincia de Cataluña del mismo nombre. La ciudad consta con una población de 139.834 habitantes, según el INE de 2012.

El CAP donde se realizó el estudio está situado en el barrio de la Mariola de ésta ciudad, que tiene asignada 28.000 habitantes.

La Mariola es un barrio que durante la década de los 60 se desarrolló considerablemente con la llegada de numerosas familias provenientes del sur de España. El régimen franquista construyó varios polígonos de vivienda de protección oficial). A sus habitantes se les conoce habitualmente como marioleros y marioleras. A las casas baratas típicas de la época les siguieron las viviendas de la Obra Sindical y del Patronato de Casas Militares. La Mariola es un barrio de población relativamente joven, con niveles de formación básica muy bajos en comparación con el conjunto de la ciudad

y con problemas de absentismo escolar graves. Según datos municipales, la proporción de población gitana es muy elevada, en algunas zonas entre el 50% y el 70%. La población extranjera, mayoritariamente procedente de países latinoamericanos y de Marruecos, está aumentando y en este momento ya representa el 7,9%.

La cartera de servicios del centro de atención primaria consta de un servicio de pediatría, donde se atienden desde niños recién nacidos hasta adolescentes de quince años y un servicio de adultos que va dirigido a toda la población desde los quince años hasta el momento de la muerte de los pacientes. Donde se presta servicio de consulta, atención a domicilio y servicio de urgencias. Además el centro cuenta con un servicio de odontología y otro servicio que cuenta con una matrona.

4.1.4 Variables:

- La ansiedad, que se define como un estado emocional que genera una situación de alerta donde hay un aumento de la intranquilidad, nerviosismo o preocupación, estos sentimientos puede estar dentro de la normalidad o de la enfermedad, según la percepción de la persona a estas alertas.
- La depresión, que es definida por la OMS como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad.

Las variables demográficas que se valoran en este trabajo son:

- La edad, en este trabajo estará dividida en franjas de edad de 18 a 30; de 31 a 40; de 41 a 50; de 51 a 60 y > 60.
- El sexo, si es la persona encuestada es hombre o mujer.
- La situación laboral del paciente, si se encuentra activo, en el paro, si está jubilado u otros, como por ejemplo que se dedique a ser ama de casa.
- La consulta a la que acuden, éstas pueden ser: la consulta de medicina, la consulta de enfermería, la matrona o la consulta de odontología.
- Personas a su cargo, el cuidado de alguna persona ya sea algún hijo o anciano.

4.1.5 Instrumentos:

Los instrumentos utilizados para valorar a los sujetos serán una ficha con datos demográficos y de interés para el estudio y para valorar el nivel de depresión y ansiedad, y después de realizar revisión bibliografía, se barajaron dos escalas:

- El test de Hamilton, que además de la ansiedad, calcula el grado de depresión y de estrés.
- La escala de Goldberg, que consta de una escala A, sobre la ansiedad y una escala B, sobre la depresión. De carácter autoadministrado y autoperceptivo.

Después de comparar los dos test, me decanté por la escala Goldberg (**Anexo 1**) ya que se adapta mejor a las entrevistas clínicas de cribaje de los pacientes del centro de atención primaria, y se trata de una evaluación de fácil aplicación e interpretación, ya que es más directa y menos extensa, que facilita la contestación por parte de los pacientes. La escala de Goldberg fue validada en AP en España por Montón et al en 1993. Este test presenta una sensibilidad 83% y una especificidad 82%.³¹

La escala A y la escala B, se valorarán de forma independiente. Cada pregunta que se responda afirmativamente, se puntuará con un punto y si la respuesta es negativa, se puntuará con cero puntos. Si el paciente tiene una calificación superior o igual a 4 puntos en la escala A, se considera que hay una probable ansiedad. Por otra parte, si tiene una puntuación superior o igual a 2 en la escala B, se considera que puede haber una posible depresión³².

4.2 Plan de trabajo o Metodología

El test se pasará a 80 pacientes en las salas de espera de las consultas del CAP Primer de Maig de la ciudad de Lleida, habiendo informado previamente al personal del centro.

Se informa a los usuarios que se trata de una encuesta voluntaria, que no están obligados a contestarla. Además, para facilitar la labor, el test está disponible en castellano y en catalán, a elección del paciente. Se ayuda a los que tienen dificultad.

Antes de pasarles la escala Goldberg, los pacientes deberán contestar a varias preguntas para poder llevar a cabo el estudio, estas son las variables demográficas: la edad, el

sexo, la situación laboral del paciente, la consulta a la que acuden y el motivo, si tienen a su cargo el cuidado de alguna persona, ya que se ha demostrado que esto supone el aumento de la ansiedad a las personas.

Después de la recogida de datos se tabulan utilizando el programa informático Excel. Y se les someten a una estadística descriptiva (medias, porcentajes...)

4.3 Resultados

Tras pasar el cuestionario a 80 pacientes del Centro de Atención Primaria Primer de Maig, con un rango de edad que oscila desde los 18 años hasta los 90. Siendo el 50% hombres y 50% mujeres. Se han obtenido los siguientes resultados:

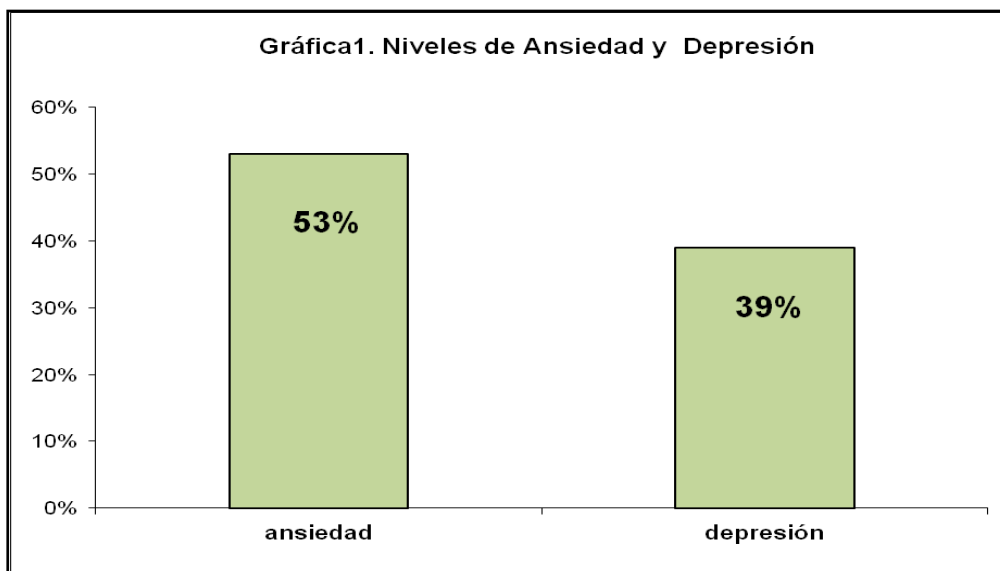
En la **tabla 3** se puede observar la descripción de los intervalos de edad de todos los sujetos a estudio con relación a la situación laboral, carga familiar y consulta a la que acude. En relación a la situación laboral, se observa que el 23,75% de la población total se encuentra en estado de desempleo, de éste porcentaje, el 50% tienen entre 31 a 40 años y un 31% entre 41 a 50 años.

	N	%	18 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	>60
Situación laboral							
Activos	28	35%	50%	31%	44%	37,5%	12,5%
Parados	19	23,75%	19%	50%	31%	19%	0%
Jubilados	16	20%	0%	0%	6%	6%	87,5%
Otros	17	21,25%	31%	19%	19%	37,5%	0%
Carga familiar							
Ninguno	25	31%	50%	19%	12,5%	25%	50%
Uno	22	27,50%	31%	25%	12,5%	25%	44%
Dos	16	20%	12,5%	25%	25%	31%	6%
Tres	12	15,00%	6%	19%	37,5%	12,5%	0%
Cuatro	4	5,00%	0%	6%	25%	6%	0%
Cinco	1	1,25%	0%	6%	0%	0%	0%
Consulta a la que acuden							
Enfermería	46	57,50%	44%	44%	56%	56%	87,5%
Medicina	19	24,00%	25%	31%	25%	25%	12,5%
Matrona	8	10,00%	12,5%	12,5%	12,5%	12,5%	0%
Odontología	7	9,00%	19%	12,5%	6%	6%	0%

Tabla 3. Distribución de frecuencias totales y por intervalos de edad de las variables.

En la misma tabla podemos observar la carga familiar, un 27,5% de los pacientes tienen un miembro a su cargo y un 20% de los usuarios tienen una carga familiar de dos miembros.

Además, el 57,50% de los usuarios encuestados acuden a la consulta de enfermería, de los cuales un 87,5% son mayores de 60 años. Los pacientes que acuden a la consulta de odontología se encuentran en los intervalos de edad de entre 18 a 30 años (19%) y entre 31 a 40 años (12,5%).



Gráfica 1. Niveles de ansiedad y depresión.

Con respecto a los niveles de ansiedad y depresión, podemos observar en la **gráfica 1**, que el 53% de la población tiene signos de ansiedad y que un 39% presentan síntomas depresivos.

En la **Tabla 4**, se destaca que los usuarios que se encuentran en estado de desempleo, tienen una probabilidad del 74% de padecer un trastorno de ansiedad. Por otra parte, son los pacientes jubilados, con un 68,8% los que padecen síntomas depresivos.

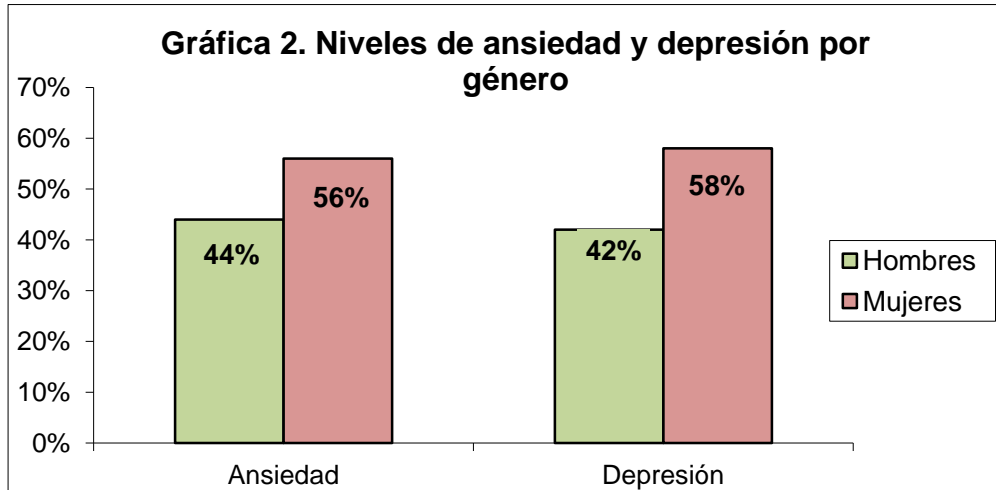
La relación entre ansiedad y la carga familiar es para los usuarios que tienen una carga de tres miembros es de 67%; los que tienen cuatro miembros es de 75% y los que tienen cinco miembros es del 100%. En cambio, el trastorno depresivo aparece en los que tienen uno y dos miembros con un 52% y un 50% respectivamente.

	N Ansiedad	% Ansiedad	N Depresión	% Depresión
Situación laboral				
Activos	11	39,0%	6	21,0%
Parados	14	74,0%	7	37,0%
Jubilados	7	44,0%	11	68,8%
Otros	9	53,0%	7	41,0%
Carga familiar				
Ninguno	11	44,0%	6	24,0%
Uno	12	57,0%	11	52,0%
Dos	6	37,5%	8	50,0%
Tres	8	67,0%	3	25,0%
Cuatro	3	75,0%	2	50,0%
Cinco	1	100,0%	0	0,0%
Consulta a la que acuden				
Enfermería	23	50,0%	16	35,0%
Medicina	9	47,0%	9	47,5%
Matrona	5	62,5%	3	37,5%
Odontología	5	71,0%	3	43,0%

Tabla 4. Descripción de ansiedad y depresión en relación a las variables.

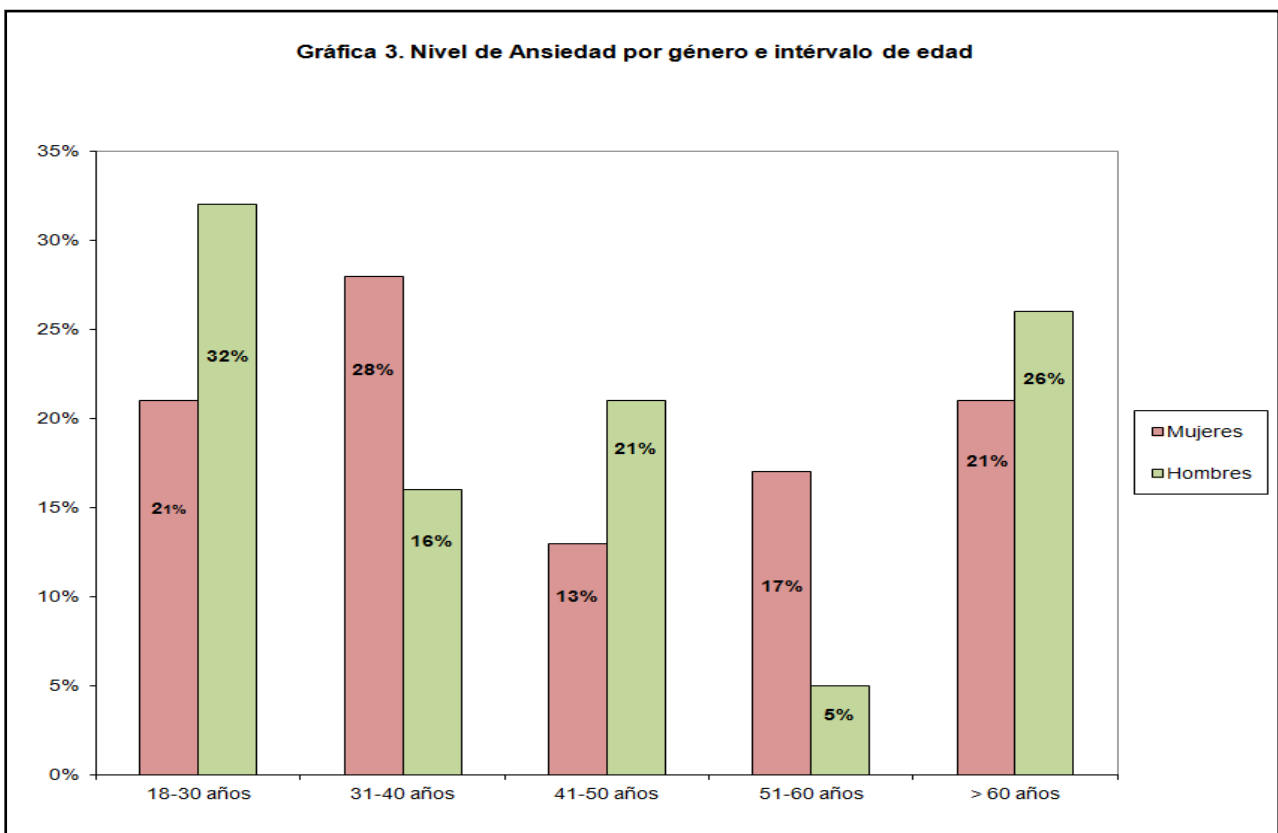
En la misma tabla, se observa que un 71% de los pacientes que acuden a la consulta de odontología, presentan sintomatología ansiosa y que un 47,5% de individuos con síntomas depresivos acuden a la consulta de medicina.

Según la **Gráfica 2**. De la población en la cual se detectó un trastorno de ansiedad, el 44% son hombres y el 56% son mujeres y de los pacientes que han manifestado síntomas de un trastorno depresivo, el 42% son hombres y el 58% son mujeres.



Gráfica 2. Niveles de ansiedad y depresión por género.

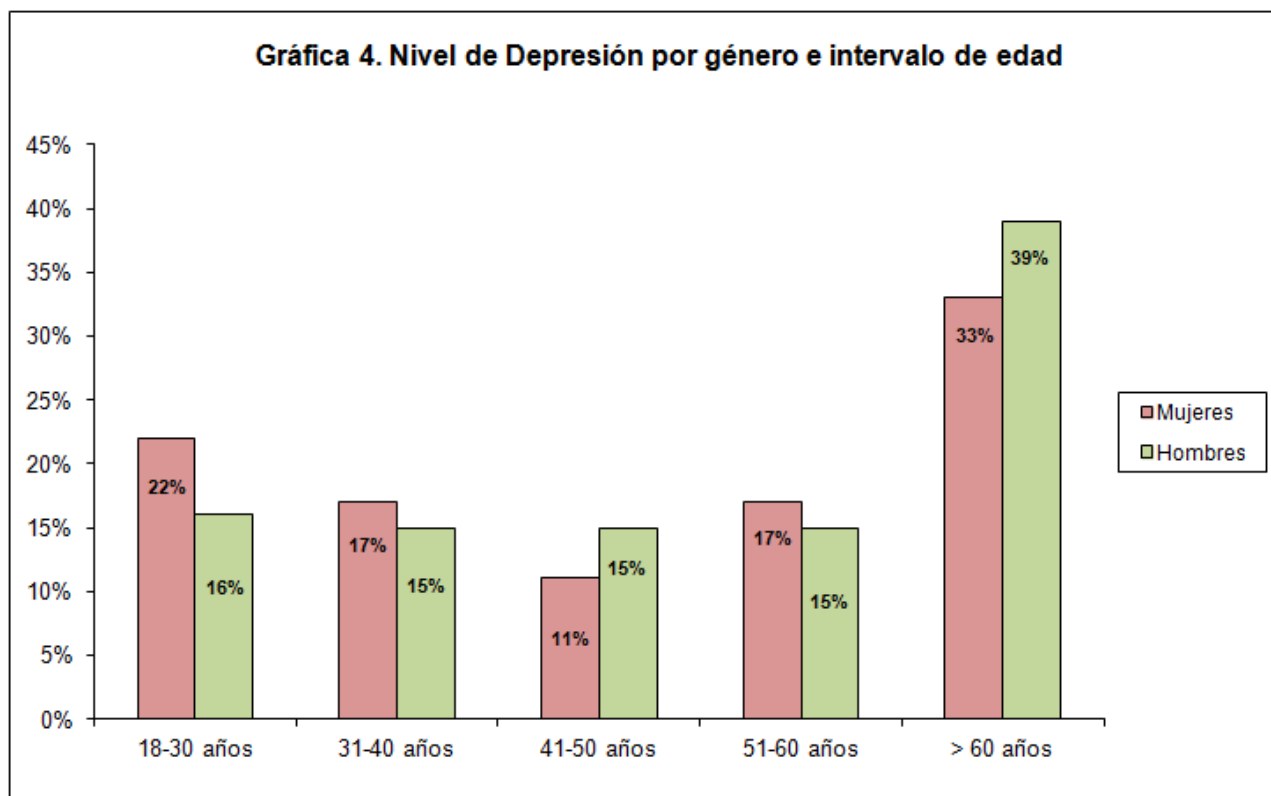
Al realizar la valoración se detectó que un 29% de las mujeres con edades entre 31 y 40 años padecen síntomas de ansiedad (29%), mientras que un 12% de las mujeres de entre 51 a 60 años la sufren. **(Gráfica 3)**



Gráfica 3. Nivel de ansiedad por género e intervalo de edad.

Siguiendo en la misma gráfica (**Gráfica 3**), el 32% de los hombres entre 18-30 años de edad padecen ansiedad, frente al 5% de los hombres en las edades comprendidas entre los 51 y 60 años.

En cuanto al trastorno depresivo, en la **gráfica 4** se detecta, que un 33% de las mujeres mayores de 60 años padecen un trastorno depresivo y solo un 11% de las mujeres entre 41 a 50 años.



Gráfica 4. Nivel de depresión por género e intervalo de edad

Siguiendo la misma gráfica, se puede observar que un 39% de los hombres mayores de sesenta años sufren un trastorno depresivo.

4.4 Conclusiones.

Entre los usuarios de las salas de espera de las consultas del CAP Primer de Maig de la ciudad de Lleida, más de la mitad de los usuarios tienen signos de ansiedad y algo menos de la mitad muestran signos de depresión.

Con relación al género siguen la misma proporción, más de la mitad de las mujeres padecen síntomas de ansiedad y de depresión con respecto a los hombres

Los sujetos parados son los sufren cuadros de ansiedad, pero son los jubilados los que más padecen síntomas de depresión, por lo que podemos afirmar que la situación laboral que se encuentra el individuo influye en gran medida a la ansiedad y la depresión.

La carga familiar no influye de manera directa a padecer trastornos depresivos, ya que no se da la relación de que a mayor carga familiar mayor nivel de depresión. Mostraban mayor porcentaje los que tenían uno o dos familiares a su cargo. Pero en cambio, mostraban síntomas de ansiedad los que más carga familiar tenían, de tres a cinco. Por lo que podemos decir que la carga familiar en nuestro estudio está directamente relacionado con los trastorno de ansiedad.

En cuanto a la consulta a la que acuden, es la consulta de odontología la que más ansiedad provoca a los pacientes, mientras que los pacientes que padecen un trastorno depresivo acuden mayoritariamente a la consulta de medicina.

Llama la atención que los pacientes más jóvenes y mujeres son los que sufren con mayor frecuencia un trastorno de ansiedad, en cambio son los pacientes mayores de sesenta años los que más sufren los síntomas depresivos.

Por lo que podemos decir que es una población con problemas de salud mental. Que podríamos decir que la ansiedad se relaciona con un sujeto de perfil joven (18 a40 años), parado/a, mayoritariamente mujer son carga familiar de dos a tres personas, y la depresión a un perfil jubilad/a (> 60 años), mayoritariamente hombre con carga familiar de más de tres personas.

4.5 Discusión.

Por todo lo dicho hasta el momento, la formación es importante para que los diferentes profesionales sanitarios de Atención Primaria sean capaces de detectar los pacientes con estas patologías y realicen las intervenciones adecuadas.

En un Centro de Atención primaria de Almanjayar, Granada³³ se realizó un estudio similar al realizado en este trabajo. Se pasó el cuestionario Goldberg a 314 pacientes, de los cuales predominan los pacientes de clase media-baja. Tras la recogida y la valoración de los datos, se observó que el 56% de los entrevistados presentaron síntomas de ansiedad y depresión.

En cuanto a la edad, las personas que se encuentran entre los 30 y 59 años y, en menor medida, el grupo de mayores de 60 años han obtenido unos resultados más elevados. Puede ocurrir que en determinadas épocas de la vida se esté más expuesto al estrés social o familiar.

Al investigar la relación de la ansiedad y la depresión con el sexo, comprobamos que las mujeres tenían mayores puntuaciones que los hombres.

Por último, la relación entre la actividad laboral y los problemas de ansiedad y depresión, Deniel et al³⁴ afirman que son el paro y la incapacidad laboral los dos eventos que tienen mayor importancia en la génesis de estos problemas. Pero en este estudio no existen diferencias significativas entre las distintas actividades laborales.

5. OBJETIVO 2

Proponer intervenciones ante la situación encontrada desde la consulta de enfermería.

5.1 Planificación de intervenciones desde la consulta de enfermería.

Durante los diferentes contactos que enfermería tiene con su cupo de población, y por medio de la entrevista, cualquier signo que haga sospechar que el paciente sufre ansiedad o depresión, se le pide que cumplimente el cuestionario de Goldberg, para confirmar o no la sospechas.

Para los pacientes que hayan obtenido un resultado de 4 ó 5 puntos en al menos una de las escalas del cuestionario de Goldberg, se realizará un control periódico de su estado de ansiedad o de depresión en la consulta de enfermería del centro de atención primaria. Para lo cual utilizaremos la entrevista terapéutica. Para llevar a cabo un buen seguimiento de este tipo de pacientes es necesario que la enfermera tenga conocimientos y habilidades para saber manejar este tipo de patologías.

Por otra parte, si los resultados del paciente han sido de 6, 7 u 8 puntos la enfermera deberá realizar una derivación a la consulta de medicina, ya que el paciente necesitará que le pauten un tratamiento farmacológico para aliviar los síntomas producidos por el trastorno de ansiedad o depresivo que sufre, y además la enfermera le propondrá la inclusión en un programa psicoeducativo para pacientes que padecen estos trastornos, que describimos seguidamente.

5.1.1 Manejo de la ansiedad y depresión en la consulta:

Una herramienta indispensable para el manejo de la ansiedad y la depresión es crear con el paciente un tipo de relación que será clave para poder aplicar los cuidados que necesite.

Esta relación terapéutica se convertirá en un cuidado, en sí misma, ya que aporta al paciente un fuerte apoyo emocional, crea las condiciones adecuadas para que sea capaz

de analizar las causas de su malestar y realizar las modificaciones necesarias para mejorar. Para que esta relación terapéutica sea eficaz, el profesional de enfermería debe tener una serie de habilidades³⁵, como por ejemplo:

- **Empatía:** La empatía es la capacidad de ponerse en el lugar de otro, comprendiendo los motivos que llevan al paciente a estar en un estado de ansiedad y/o depresión. Además se debe transmitir al paciente esa comprensión. La empatía produce una proximidad afectiva que se debe regular para no perder la distancia terapéutica. Es decir, hay que conseguir un punto adecuado para explorar al paciente y conseguir un adecuado manejo de la situación del paciente.
- **Respeto:** Significa aceptar al otro sin hacer juicios de valor. Ayudando al paciente a que ponga en marcha sus propios recursos para afrontar la situación desencadenante de la ansiedad y/o la depresión. No solo hay que tener muestras de aceptación a través de la comunicación verbal, sino también a través de la comunicación no verbal.
- **Concreción:** Es la capacidad del profesional para establecer unos objetivos, para que el paciente pueda afrontar su situación y solventarla.
- **Escucha Activa:** Es una habilidad que hace referencia a una forma de comunicación bidireccional en la que el paciente siente que está siendo escuchado y entendido. La escucha activa es necesaria para el conocimiento del paciente y establecer una relación de confianza. La escucha activa supone:
 - o Ponerse en el lugar del paciente, ver la situación bajo su punto de vista.
 - o Escuchar lo que el paciente dice, observar la comunicación no verbal, así como las emociones que el paciente experimenta.
 - o Comunicar al paciente que entendemos la situación y sus sentimientos.
 - o Una escucha activa no se realiza de forma adecuada cuando el profesional juzga al paciente, da consejos o soluciones rápidas, tiene prisa en tener información o se minimizan los sentimientos del paciente.

Para tener una buena relación terapéutica debemos eliminar el cansancio del profesional, que nos impedirá poner toda la atención en el paciente; realizar la entrevista en un lugar adecuado, en el que no haya ruidos externos, interrupciones, etc.; además el profesional debe evitar la interferencia de las propias emociones, prejuicios ideológicos, culturales y éticos³⁶.

5.1.2 Programa grupal psicoeducativo:

Este programa grupal consiste en 12 sesiones semanales, de una duración de 90 minutos, guiadas por dos enfermeros/as del servicio de atención primaria que tengan conocimientos sobre salud mental, especialmente sobre los trastornos depresivos y de la ansiedad. El número de participantes por grupo estará entre 10 o 12 personas que fueron captadas mediante el test de Goldberg.

Esta intervención tendrá tres fases. En la primera fase, el objetivo es que el paciente conozca su trastorno y tome consciencia de su situación actual. En la segunda fase de la intervención se pretende conseguir un estilo de vida saludable y que los pacientes adquieran conductas que sean beneficiosas para su salud. Por último, se proporcionarán recursos para afrontar situaciones críticas, para ello, se trabajarán técnicas de resolución de problemas.

Además, es de gran importancia una buena coordinación entre la atención primaria y una atención especializada en los temas de salud mental a la hora de realizar este tipo de intervención grupal, ya que en el periodo de detección de pacientes para formar el grupo, se pueden detectar personas con un estado depresivo o de ansiedad más grave, que podrían ser candidatas a ser derivadas a un centro de salud mental para recibir el tratamiento correspondiente. Además, tras la finalizar las sesiones grupales, se volverá a pasar el test de Goldberg, para comprobar que los pacientes hayan mejorado, si no serán derivados al centro de salud mental.

Según la bibliografía, cuando se forma un grupo psicoeducativo que tratan problemas como son la ansiedad y la depresión, es recomendable:

- Realizar reuniones de interconsulta con el equipo del Centro de Salud Mental de Adultos correspondiente.

- Un enfermero o enfermera del Centro de Salud Mental de Adultos participe en el seguimiento del proceso del grupo mediante reuniones específicas o de interconsulta. El objetivo de estas reuniones es detectar si hay algún paciente que puede necesitar un apoyo más específico.
- Informar de la finalización del grupo y de las posibles incidencias que se han podido producir a Centro de Salud Mental de Adultos, para valorar si algún paciente debe ser atendido por el centro.

Las doce sesiones del programa consistirán en:

- Sesión 1. Toma de contacto. En la primera sesión se realizará una presentación del grupo y del personal encargado de dirigir al mismo. Además se comenzará a explicar técnicas de respiración con el objetivo de mejorar los síntomas ansiosos³⁷.
- Sesión 2. ¿Qué es el estado depresivo? Durante la segunda sesión se trabajará con la definición de estado depresivo y se proporcionará ayuda para que el paciente sea capaz de identificar comportamientos de evitación que ayudan a mantener este estado depresivo^{8,9}.
- Sesión 3. ¿Qué es la ansiedad? En esta sesión se expondrá que es un estado ansioso, se identificarán los comportamientos propios de una crisis de ansiedad y consecuencias que estas crisis provocan^{4,5,6}.
- Sesión 4. ¿Cómo cuidarse a uno mismo? Durante esta sesión se pretende enseñar al paciente a cuidarse de sí mismo, dándole consejos nutricionales, orientarle con un patrón de sueño nocturno adecuado y por último enseñarles a llevar un buen control del tratamiento farmacológico^{38,39}.
- Sesión 5 y 6. Técnica de resolución de problemas. El objetivo de estas sesiones es ayudar a los pacientes a identificar los problemas que causan su malestar psicológico y enseñarles a reconocer los recursos que tienen para hacer frente a las dificultades⁴⁰.
- Sesión 7. Autoimagen y autoestima. Durante esta sesión se promoverá a los pacientes a que tengan un buen concepto de uno mismo, mejoren la autoconfianza, la sensación de bienestar y su calidad de vida⁴¹.

- Sesión 8. La asertividad. En esta sesión se darán a conocer y usar unas estrategias de buena comunicación que faciliten la asertividad⁴².
- Sesión 9. Técnicas para mejorar la ansiedad. El objetivo de la sesión es incentivar a los participantes del grupo a que se mantengan ocupados, realizando actividades diarias para sentirse competentes¹²
- Sesión 10 y 11. Los pensamientos positivos. El objetivo es que los participantes del grupo aprendan estrategias cognitivas que les ayuden a identificar los pensamientos negativos irracionales característicos de los episodios de ansiedad y de la depresión.
- Sesión 12. Despedida. En esta última sesión se expondrán las últimas dudas y se volverá a pasar a todos los participantes el cuestionario modificado de Goldberg, para saber si el programa ha obtenido resultados favorables. A modo de evaluación.

5.1 Conclusión- Discusión.

La comunicación es un proceso fundamental en la relación entre el profesional de enfermería y el paciente, colaborando de una forma efectiva en el afrontamiento de la situación patológica y en la recuperación, por medio de la comunicación a nivel emocional y personalizado⁴³.

Por ello la competencia de comunicación interpersonal de enfermería es relevante y un punto fundamental en la recuperación de la salud del individuo y familia. Así como su entrenamiento de las habilidades sociales y perfil humanísticos⁴⁴.

En diferentes estudios realizados sobre la eficacia de la intervención grupal, se demostró que un 85% de los pacientes, mostraron una disminución de los síntomas al finalizar las sesiones del programa psicoeducativo.

Además, la frecuencia con la que acuden al centro de atención primaria y en concreto a las consultas de medicina e enfermería disminuyó en un 45%. Por lo que, con este tipo

de intervención se proporciona una mejora en los conocimientos sobre el trastorno de ansiedad y depresión, se disminuyen los síntomas ⁴⁵.

Por todo lo dicho hasta el momento es importante la formación en la aplicación de detección y de intervención de los diferentes profesionales sanitarios en Atención Primaria.

6. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Servei Català de la Salut. Pla de Salut Quadern núm. 11: Recomanacions per a l'atenció als problemes de salut mental més freqüents en l'atenció primària de salut. 2000.
- (2) Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. 2004.
- (3) Casañas Sánchez R, Raya Tena A, Ibañez Pérez MM, Valls Colomer MM. Intervención grupal psicoeducativa en pacientes con ansiedad y depresión en atención primaria de Barcelona. *Aten Primaria* 2009; 41(4):227-234.
- (4) Ministerio de sanidad y consumo. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. 2008; 2006(10).
- (5) López-Ibor JJ, Valdés M editors. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2004.
- (6) Lobo A, Campos R, García-Campayo J editors. Trastornos de la ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Emisa; 1997.
- (7) Chamorro García L editor. Guía del manejo de los Trastornos mentales en Atención Primaria. Barcelona: Psiquiatría Editors; 2004.
- (8) Gonçalves Estella F, González Rodríguez VM, Vázquez Castro J. Guía de Buena práctica Clínica de la Ansiedad y la Depresión. Atención Primaria de Calidad. 2ª ed. Madrid: Internacional Marketing and Communication; 2008.
- (9) Organización Mundial de la Salud (OMS) editor. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. 10th ed. Madrid: Meditor; 1992.
- (10) Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)* 2006;126(12):445-451.
- (11) Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry* 2006;163(6):1001-8.
- (12) Ministerio de sanidad y consumo. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. 2008.
- (13) Organización Mundial de la Salud (OMS). La depresión. 2012; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>. Accessed 01/08, 2013.
- (14) Morand de Jouffrey P, Tapia R, Díez Celaya F editors. La depresión. 5th ed. Madrid: Acento; 2007.
- (15) Villagrán JM, Ochoa EFL, Busturia D. La Depresión. Madrid: Aguilar; 1996.
- (16) SCMFIC editor. Salut Mental i Atenció Primària. Barcelona; 2005.

- (17) Serrano Santos P. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Depresión. 1st ed. Barcelona: SemFYC; 2001.
- (18) García-Herrera JM, Nogueras Morilla EV, Muñoz Cobos F. Tratamiento de la depresión en Atención Primaria. Málaga: GAEDAP; 2011.
- (19) Vallejo Ruiloba. J, Gastó Ferrer C. C. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2nd ed. Barcelona: Masson; 2009.
- (20) Belloch A, Sandín B, Ramos F editors. Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill; 2008.
- (21) Generalitat de Catalunya. Pla director de salut mental i addiccions de Catalunya. Planificació i Avaluació. . 1st ed. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació; 2006.
- (22) Díaz González L. Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes. 1st ed. Gran Canarias; 2008.
- (23) Hurlé MA. Fármacos ansiolíticos y sedantes. 2005;453-62.
- (24) Institut Català de Salut. La ansiedad. 2013; Available at: <http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=GuiaPage&idGuia=190&lang=CAS>. Accessed 01/26, 2013.
- (25) Pérez M, García J. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. Psicothema 2001; 13(3):493-510.
- (26) Burns D. Sentirse bien. Una nueva terapia para las depresiones. 1st ed. Barcelona: Paidós; 2006.
- (27) NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care. 2004; 23.
- (28) Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas: Informe compendiado. 1st ed. Ginebra; 2004.
- (29) Palacín M. Grupos para la promoción de la salud. In: Sáez Cárdenas S, Pérez Calvo RM, editors. Lleida: Milenio; 2004.
- (30) Smith C, Hay P. Acupuntura para la depresión. (Revisión Cochrane traducida). 2007(3).
- (31) Goldberg D, Bridges K, Duncan –Jones P, Detecting anxiety and depression in general medical settings. Br Med J 1988; 97:897-899.
- (32) Montón C, Pérez Echeverría M, Campos R. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Atención Primaria. 1993;12(6):345-9.
- (33) De la Revilla L, De los Ríos AM, Luna del Castillo, Aten Primaria. Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. Aten Primaria 2004;33(8):417-425.

- (34) Deniel J, Bosch M, Culí N, Olmeda C. Influencia del paro sobre los problemas de salud mental. *Aten Primaria* 1996;18: 379-82.
- (35) Vidal Blan R, Adamuz Tomás J, Feliu Baute P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enferm glob* 2009 24/04(17).
- (36) Ariz ME, Cariñena A, García MA, Moros MA, Pascual P, Salaberri A. Manejo de la Ansiedad en Atención Primaria. Guía de actuación. Servicio Navarro de salud 2009.
- (37) Minici A, Dahab j, Rivadeneira C. Manejo de la ansiedad. CETECIC, 2004(6).
- (38) Roselló MJ. La importancia de comer sano y saludable. Barcelona; 2006.
- (39) Mataix J. Nutrición y alimentación humana. Madrid: Ergon; 2002.
- (40) Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámides; 1999.
- (41) Rojas M. L'autoestima, la nostra força secreta. Barcelona: Edicions 62; 2007.
- (42) Cibanal Juan L, Arce Sánchez MC, Carballal Bals MC. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Madrid: Elsevier; 2003.
- (43) Díaz Cortés MM. Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. *Rev Esp Com Sal* 2011;2(1):55-61.
- (44) López E, Vargas R. La comunicación interpersonal en la relación enfermera-paciente. *Rev Enferm IMSS* 2002;10(2):93-102.
- (45) Carta al director. Intervención grupal psicoeducativa en pacientes con ansiedad y depresión en atención primaria de Barcelona. *Aten Primaria* 2009; 41(4):272-232.

7. ANEXOS:

- **Anexo 1. Escala de Goldberg modificada en catalán y castellano.**
- **Anexo 2. Programa Psicoeducativo.**

Anexo 1. Escala de Goldberg modificada en catalán y castellano.

EDAD.....		CONSULTA A LA QUE ACUDEN	
		MÉDICO DE FAMILIA	<input type="checkbox"/>
SEXO:		ENFERMERÍA	<input type="checkbox"/>
MUJER	<input type="checkbox"/>	ODONTOLOGÍA	<input type="checkbox"/>
HOMBRE	<input type="checkbox"/>	MATRONA	<input type="checkbox"/>
ESTADO LABORAL		CARGA FAMILIAR	
ACTIVO	<input type="checkbox"/>	HIJOS	<input type="checkbox"/>
PARADO	<input type="checkbox"/>	ANCIANOS	<input type="checkbox"/>
JUBILADO	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/>		
		Nº PERSONAS A SU CARGO.....	

ESCALA DE GOLDBERG:

¿SE HA SENTIDO MUY EXCITADO/A, NERVIOSO/A O EN TENSIÓN?	SI	NO
¿HA ESTADO MUY PREOCUPADO/A POR ALGUNA COSA?	SI	NO
¿SE HA SENTIDO MUY IRRITABLE?	SI	NO
¿HA TENIDO DIFICULTAD PARA RELAJARSE?	SI	NO

(Continuar si 2 o más respuestas son afirmativas)

¿HA DORMIDO MAL? ¿HA TENIDO DIFICULTADES PARA DORMIR?	SI	NO
¿HA TENIDO MAL DE CABEZA O DE NUCA?	SI	NO
¿HA TENIDO ALGÚN SÍNTOMA DE ESTOS: temblores, hormigueo, mareos, sudores o diarrea?	SI	NO
¿HA ESTADO PREOCUPADO POR SU SALUD?	SI	NO
¿HA TENIDO ALGUNA DIFICULTAD PARA QUEDARSE DORMIDO?	SI	NO

¿SE HA SENTIDO CON Poca ENERGÍA?	SI	NO
¿HA PERDIDO INTERÉS POR LAS COSAS?	SI	NO
¿HA PERDIDO LA CONFIANZA EN SÍ MISMO?	SI	NO
¿SE HA SENTIDO DESESPERADO?	SI	NO
¿HA TENIDO DIFICULTADES PARA CONCENTRARSE?	SI	NO

(Continuar si 2 o más respuestas son afirmativas)

¿HA PERDIDO PESO A CAUSA DE LA FALTA DE APETITO?	SI	NO
¿SE HA ESTADO DESPERTANDO ANTES DE HORA?	SI	NO
¿SE HA SENTIDO MÁS LENTO/A?	SI	NO
¿CREE QUE SE ENCUENTRAR PEOR POR LAS MAÑANAS?	SI	NO

EDAT.....

CONSULTA A QUÈ ASSISTEIXEN

SEX:

DONA
HOME

MÉDICO DE FAMILIA
ENFERMERÍA
ODONTOLOGÍA
MATRONA

ESTAT LABORAL

ACTIU
PARAT
JUBILAY
ALTRES

CÀRREGA FAMILIAR

FILLS
ANCIANS
ALTRES

Nº PERSONES A CÀRREC.....

ESCALA DE GOLDBERG:

S'HA SENTIT MOLT EXCITAT, NERVIÓS O A TENSÍÓ?	SI	NO
HA ESTAT MOLT PREOCUPAT PER ALGUNA COSA?	SI	NO
S'HA SENTIT MOLT IRRITABLE?	SI	NO
HA TINGUT DIFICULTAT PER RELAXAR-SE?	SI	NO

(Continuar si 2 o més respostes són afirmatives)

HA DORMIT MALAMENT? ¿HA TINGUT DIFICULTATS PER DORMIR?	SI	NO
HA TINGUT MAL DE CAP O DE NUCA?	SI	NO
HA TINGUT ALGUN SÍNTOMA D'AQUESTS: tremolors, formigueigs, mareigs, suors o diarrea?	SI	NO
HA ESTAT PREOCUPAT PER SU SALUT?	SI	NO
HA TINGUT ALGUNA DIFICULTAT PER QUEDAR-SE ADORMIT?	SI	NO

S'HA SENTIT AMB POCA ENERGIA?	SI	NO
HA PERDUT L'INTERÉS PER LES COSES?	SI	NO
HA PERDUT LA CONFIANÇA EN SI MATEIX?	SI	NO
S'HA SENTIT DESESPERAT?	SI	NO
HA TINGUT DIFICULTATS PER CONCENTRAR-SE?	SI	NO

(Continuar si 2 o més respostes són afirmatives)

HA PERDUT PES A CAUSA DE FALTA D'APETIT?	SI	NO
S'HA ESTAT DESPERTANT MASSA D'HORA?	SI	NO
S'HA SENTIT MÉS LENT?	SI	NO
CREU QUE ES TROBA PITJOR ALS MATINS	SI	NO

Anexo 2. Programa Psicoeducativo.

Sesión 1. Toma de contacto con el grupo:

El objetivo de la primera sesión es la toma de contacto, tanto con los demás compañeros como con los profesionales que guían el grupo.

Para ello, la sesión comenzará con una presentación de cada profesional y de cada miembro del grupo, también deben explicar alguna cosa que le gusta hacer, que le gustaría hacer o que le gustaba hacer, y por último decir que es lo que espera conseguir del grupo psicoeducativo. Esta actividad tendrá una duración de unos diez minutos.

A continuación se explicaran a todo el grupo, las normas del programa y se les entregará una copia escrita. Además se expondrán todas las ventajas que tienen estas intervenciones grupales, para mejorar el estado del paciente.

Técnica de respiración

En esta sesión, se comenzará a practicar la técnica de respiración, ya que es una función que se suele alterar cuando se sufre de ansiedad. Se ha demostrado, que para relajarnos de forma eficaz, hace falta respirar de manera adecuada. La respiración tiene que ser natural, suave, lenta y silenciosa. Además si adoptamos un patrón respiratorio de espiración más larga que la inspiración, el resultado será de calma y reposo.

Por todos estos motivos, en esta sesión se explicará la técnica de la respiración abdominal, que está asociada a un estado de relajación. Para ello, la persona debe adoptar una posición de descanso en una silla, con los ojos cerrados, con los dedos pulgares en el ombligo y los demás dirigidos al pubis. Durante cuatro minutos hay que conseguir el siguiente ritmo:

- Inspirar profundamente durante 2 segundos por la nariz. Se nota si la respiración es correcta porque el abdomen se infla. Mantener el aire 2 segundos en el abdomen.
- Espirar por la boca durante 4 segundos de manera lenta, larga y profunda y hacer una pausa breve antes de inspirar otra vez. Durante la espiración se puede comprobar con las manos si el abdomen desciende.

Sesión 2. ¿Qué es el estado depresivo?:

El objetivo principal de esta sesión es proporcionar una nueva visión del estado depresivo, para identificar los comportamientos de evitación que ayudan a mantenerlo.

En esta sesión, cada paciente escribirá en un papel en blanco y de forma anónima, los síntomas que él cree que son propios de la depresión. Se tiene que escribir un síntoma por papel. Éstos se colocarán dentro de una bolsa, una vez colocados, la persona que conduce el grupo los tiene que sacar uno a uno, exponiéndolos al grupo y escribiéndolos en la pizarra.

Después se explicara que es la depresión y la ansiedad, los síntomas más comunes, las consecuencias que puede producir y cómo podemos cambiar, tomando el camino alternativo. Para ello, mostraremos a los participantes el siguiente esquema:

La trampa de la depresión



El camino alternativo



Por último, se propondrá como tarea, escribir un registro de “las cosas que hago como consecuencia de estar deprimido”. Será valorado durante la próxima sesión.

Sesión 3. ¿Qué es la ansiedad?:

El objetivo principal de esta sesión es proporcionar información sobre que es un estado ansioso, identificar los comportamientos propios de una crisis de ansiedad y consecuencias que estas crisis provocan.

Antes de empezar a explicar todo lo relacionado con la ansiedad, se deberá poner en común la actividad que se pidió en la sesión anterior. Los participantes deberán exponer lo que hacen en consecuencia de estar deprimido.

Por otra parte el personal de enfermería encargado de dirigir el grupo deberá reconducir esa actitud, hacia el camino alternativo, proponiendo actividades y haciendo un refuerzo positivo a las personas que intentan realizar actividades en lugar de evitarlas.

Por último, después de hablar sobre la ansiedad y después de responder a las preguntas que hayan surgido se propondrá realizar la actividad del termómetro emocional. Ésta consiste en que a partir de ahora y hasta que finalice el grupo, cada noche, antes de ir a dormir, los participantes deberán valorar cómo se han sentido durante el día. El objetivo de esta actividad es realizar un seguimiento del estado de ánimo de cada paciente y poder evaluar si existe una mejora a medida que pasa el tiempo.

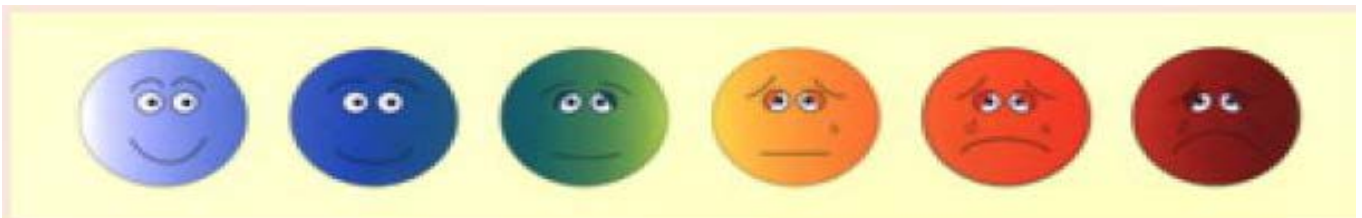
NOMBRE: _____

TERMÓMETRO EMOCIONAL _____

¿Cómo te sientes en este momento?

Fecha:

Hora:



Sesión 4. ¿Cómo cuidarse a uno mismo?:

El objetivo de esta sesión es la toma de conciencia de la importancia del autocuidado. En esta sesión se hablará de la alimentación, los conceptos básicos de los nutrientes, su repercusión en la salud y el bienestar, también se proporcionarán recomendaciones dietéticas. Durante la sesión, se entregará a los participantes una tabla que explica con qué frecuencia y qué cantidad debemos consumir de cada grupo de alimentario.

Otro punto de esta sesión, trata sobre el hábito del sueño ya que en pacientes que sufren de ansiedad o depresión suelen tener el patrón del sueño alterado. Cada participante describirá su estado ritual para ir a dormir. Debe enunciar el número de horas que duerme, su estado emocional antes de ir a dormir y cuando se levanta. También hay que comentar si duermen durante el día.

Tras la exposición de cada uno se intentará llegar a un buen patrón nocturno, cada participante debe fijarse en lo que debe evitar o añadir a su ritual, además deben comprometerse a modificarlo.

Además, se tratara el tema del tratamiento farmacológico. Se profundizará en la importancia de tomar adecuadamente la medicación (adhesión farmacológica) y sus efectos beneficiosos y adversos.

GRUPOS DE ALIMENTOS	FRECUENCIA RECOMENDADA	PESO CADA RACIÓN
Patatas, pasta, cereales (mejor integrales) y pan (mejor integral)	De 4 a 6 raciones al día	Patatas: 150-200g. Cereales: 30-40g. Pan: 40-60g Pasta y arroz: 60-80g.
Verduras y hortalizas	2 raciones al día	150-200g.
Fruta	3 raciones al día	120-200g.
Leche y derivados (mejor desnatados)	De 2 a 4 raciones al día	Leche: 200-250ml 2 yogures Queso fresco: 80-125g Queso curado: 40-60g
Aceite de oliva	De 2 a 4 raciones al día	10 ml (una cucharada sopera)
Pescado	De 3 a 4 raciones	125-150g.
Carnes magras y aves	De 3 a 4 raciones a la semana (hay que alternarlas)	100-150g.
Huevos	De 3 a 4 raciones a la semana	53-63g.
Legumbres	De 3 a 4 raciones a la semana	60-80g.
Frutos secos	De 3 a 7 raciones a la semana	20-30g.
Agua	De 4 a 8 raciones al día	200 ml (un vaso)
Embutidos y carnes grasas	Consumo ocasional y moderado	-
Dulces y refrescos	Consumo ocasional y moderado	-
Mantequilla y margarina	Consumo ocasional y moderado	-
Cerveza o vino	Consumo ocasional y moderado	-

Tabla 5. Recomendaciones dieta equilibrada.

Sesión 5 y 6. Técnica de resolución de problemas:

Los principales objetivos de estas dos sesiones son, ayudar a los pacientes a identificar los problemas o conflictos como causa de su malestar psicológico, enseñarles a reconocer los recursos que tienen para hacer frente a las dificultades y mejorar su control ante situaciones negativas, facilitarles una metodología para superar los problemas y dificultades futuras.

Para cumplir este objetivo, se facilitará a los participantes un procedimiento terapéutico de resolución de problemas, que consta de cinco pasos:

1º Orientación general hacia el problema

Para empezar hay que entender que las situaciones estresantes forman parte de nuestra vida diaria y que es posible afrontarlas de manera eficaz. Hacerlo, comporta aprender a identificar y reconducir las situaciones problemáticas y disminuir la tendencia a actuar impulsivamente, ya que esto le provoca un estado emocional negativo. Además la persona puede sentirse sobrepasada por los problemas, y se puede sentir incapaz de afrontarlos. Se pide a cada persona que indique los problemas que tiene en la actualidad y su nivel de gravedad, en una escala del 0 (nada) al 10 (mucho).

2º Definición del problema

Hay que obtener información relevante sobre el problema, aclarar su naturaleza y establecer con la persona una meta realista de solución.

3º Búsqueda de alternativas de solución

Se trata de tener tantas alternativas de solución como sea posible de una situación definida anteriormente. Se tiene que pedir a la persona posibles soluciones al problema.

4º Valoración de las alternativas

Hay que valorar las ventajas e inconvenientes de cada una de las alternativas de solución, esto conlleva a la elección de aquella alternativa más útil entre las generadas, teniendo en cuenta las consecuencias individuales y sociales que puedan ocasionar. Se

pide a la persona elegir cuál es la solución elegida y las principales razones de su elección y la táctica para poner esta solución en práctica.

5° Elección de una alternativa y puesta en práctica

La persona escoge la mejor alternativa, la ponen práctica y evalúa su efectividad. Una vez aplicada, se adopta como estrategia general para las situaciones similares. Hay que pedir a la persona que primero ponga en práctica la solución simbólicamente y una vez realizada adecuadamente, ponerla en práctica en la situación real del problema.

Durante la sesión cinco, cada participante deberá realizar la práctica explicada anteriormente.

En la sesión 6, se realizará una dinámica grupal que ayudará a pensar y a buscar el máximo de alternativas posibles y las más eficaces. En función de cómo se valoran las ventajas y desventajas, se tiene que elegir la opción más adecuada.

Cada participante tiene que escribir el problema que desea trabajar en un folio y debe anotar sus alternativas de solución, escribiendo las ventajas y desventajas. Todos los participantes deberán dejar este folio en un sitio común de forma anónima. Después una mano inocente, irá sacando los folios uno a uno. Se escoge un problema y se trabaja entre todos los participantes del grupo y se añaden las alternativas de solución que se van aportando. Después, entre todos se tienen que comentar las opciones y escoger la que parezca más adecuada.

Esta dinámica tiene dos ventajas:

- Proteger la confidencialidad de quien no quiera ser identificado por el problema, pero si desea trabajarlo.
- Por el hecho de trabajar el problema de otra persona, un problema que no tiene una implicación emocional para el resto del grupo, se consigue un desarrollo de las alternativas de solución más racional y objetiva.

Sesión 7. Autoimagen y autoestima:

El objetivo de esta sesión es la toma de consciencia de la importancia de la autoimagen y tener un buen concepto de uno mismo, mejorar la autoconfianza, la sensación de bienestar y la calidad de vida.

Para ello, durante la sesión se intentará que los pacientes aprendan a identificar y reconocer sus propias virtudes o puntos fuertes y los defectos, para después centrarnos en los puntos fuertes y minimizar el efecto de los puntos débiles. Se propondrán dos actividades:

Actividad 1

Cada miembro del grupo tiene que intentar conocer y remarcar las cualidades de sus compañeros. En una hoja, cada persona tiene que escribir el nombre de uno de sus compañeros y una cualidad característica de él. Todos los folios se colocaran en una pared y por turnos, todas las personas del grupo tienen que ir pasando y añadiendo una cualidad a la hoja de cada compañero o si coinciden con la cualidad que ya está escrita la deben de subrayar. Para facilitar la dinámica, se puede dividir el grupo en subgrupos.

Actividad 2

- En un folio, cada persona tiene que escribir alguna cosa positiva sobre ella misma.
- Se enciende la música y las personas del grupo se mueven libremente por la sala.
- Cuando se baja el volumen de la música, los participantes se tienen que juntar por parejas e intercambiarse los folios. Detrás del folio del compañero, tienen que escribir una impresión positiva sobre él y devolverle el folio.
- Se tiene que repetir el ejercicio varias veces.
- Cada persona vuelve a su sitio y tiene que leer lo que sus compañeros le han escrito, primer en voz baja y después en voz alta.
- Cada persona escribe las impresiones que los demás le han escrito, diciéndolo en primera persona: “yo soy...”
- Se vuelve a hacer ronda leyendo las frases en primera persona y se comentan nuevamente los resultados.
- En casa, deben de colocar este papel en un lugar a la vista y se debe repasar diariamente.

Sesión 8. La asertividad:

El objetivo principal de esta sesión es conocer y usar las estrategias de buena comunicación que faciliten la asertividad. Para ello, los participantes del grupo deberán saber identificar el estilo de comunicación asertivo, saber reaccionar positivamente y actuar constructivamente en las situaciones de desacuerdo y relacionarse asertivamente con otras personas.

Antes de comenzar explicando qué es la asertividad, se realizará un repaso de la sesión anterior y se pondrá en común la tarea para casa de la lista de aspectos positivos y como nos cuidamos durante la semana.

Una vez realizado esto, se expondrá el concepto de asertividad: La asertividad es la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular por los demás. Una persona asertiva, tiene la capacidad de escuchar a las demás personas, sabe decir que “no” cuando algo no le gusta, sin sentirse culpable y tiene facilidad para hacer y recibir críticas constructivas.

Técnicas de asertividad

- Técnica del disco roto: Esta técnica no ataca a la otra persona, incluso le da la razón al otro en algunos aspectos, pero hay que insistir en repetir el argumento una y otra vez hasta que la otra persona queda convencida o por lo menos, se da cuenta que no va a lograr nada con sus ataques.
- Disco de niebla o técnica de la claudicación simulada: Consiste en dar la razón a la otra persona en lo que se considere puede haber de cierto en sus críticas, pero negándose a entrar en mayores discusiones. Así, parece estar cediendo pero sin ceder realmente, ya que, en el fondo, se deja claro que no se va a cambiar de postura. La persona está demostrando que cambiará si lo cree conveniente, pero no porque el otro se empeñe en ello. Para esta técnica, es muy importante controlar el tono de voz ya que si se dice de forma despreciativa, puede suscitar agresividad en el interlocutor.

- Aplazamiento asertivo: Esta respuesta es muy útil para personas indecisas y que no tienen una rápida respuesta a mano o para momentos en que nos sentimos abrumados por la situación y no nos sentimos capaces de responder con claridad. Consiste en aplazar la respuesta que vayamos a dar a la persona que nos ha criticado, hasta que nos sintamos más tranquilos y capaces de responder correctamente.

- Técnica para procesar el cambio: Consiste en desplazar el foco de discusión hacia el análisis de lo que está ocurriendo entre las dos personas. Para ello, hay que salirse del contenido de lo que estamos hablando como si lo viéramos desde fuera. Esta técnica es muy útil porque no suscita agresividad en la otra persona ni incita a defenderse a nadie y ayuda tanto a la persona que la emite como a la que la recibe.

- Técnica de ignorar: Esta técnica es parecida a la anterior, aunque en este caso, la responsabilidad recae en la otra persona solamente. Es aplicable cuando vemos a nuestro interlocutor muy alterado y tememos que sus críticas terminen en una salva de insultos, sin llegar a tener nosotros la oportunidad de defendernos. Es muy importante controlar el tono de voz con el que se emite. Un tono despectivo o brusco solo suscitaría mayor agresividad en el otro, ya de por sí enfadado, porque lo interpretaría como una provocación.

- Técnica del acuerdo asertivo: Esta técnica se parece algo a la del Banco de Niebla, pero va un poco más allá, ya que no se queda en ceder terreno sin mayores comentarios, sino que deja claro, además, de que una cosa es el error cometido y otra, el hecho de ser buena o mala persona. Es útil en situaciones en las que reconocemos que la otra persona tiene razón al estar enojado, pero no admitimos la forma de decírnoslo.

Sesión 9. Técnicas para mejorar la ansiedad:

El objetivo de la sesión es incentivar a los participantes del grupo a que se mantengan ocupados, realizando actividades diarias para sentirse competentes. Para conseguir esto, durante la sesión se darán alternativas de actividades generadoras de satisfacción.

Ejercicio físico

Muchos estudios han comprobado que el ejercicio físico produce una mejora en el humor y de la sensación de bienestar en general y mantiene ocupado a la persona, por esto, puede ser útil para mejorar la ansiedad y la depresión. A parte tiene muchos otros efectos beneficiosos, por ejemplo, disminuye el riesgo de padecer enfermedades cardíacas, aumenta la capacidad respiratoria, permite conocer gente nueva y hacer nuevas amistades, entre otras.

Actividades manuales

Las actividades manuales son muy beneficiosas para las personas que tienen ansiedad, ya que fomentan la distracción de las preocupaciones.

Actividad social

Aumentar la vida social, participar en las conversaciones, reuniones informales y cultivar la amistad, son positivos para mejorar nuestra autoestima. Existe una forma de relajación que es simplificar, es decir tumbarse, no ver a nadie, no hacer nada. Pero existe otra forma de relajación que proviene de la satisfacción y del ánimo, de habernos molestado en hacer algo con cierta calidad, habiéndonos interesado por los demás y por el mundo externo. Que es mucho más beneficiosa y productiva que la primera.

Actividad propuesta

Como tarea para esta sesión se proporcionará un listado con diversas actividades de ocio para que los participantes del grupo rellenen con las actividades que realizan en su tiempo libre y con qué frecuencia las practican.

	NUNCA	DE FORMA ESPORÁDICA	CADA MES	CADA SEMANA	>2 DÍAS A LA SEMANA
Leer la prensa, ver las noticias					
Hacer deporte					
Trabajos manuales					
Ir al cine					
Ir a la biblioteca					
Ir a cenar					
Ir a espectáculos					
Hacer actividades de voluntariado					
Practicar alguna afición					
Ver la TV					
Ver la TV de madrugada					
Navegar por internet					
Escuchar la radio					
Escuchar música					
Leer					
Escribir					
Jugar a videojuegos					
Jugar a juegos de mesa					
Cuidar a una mascota					
Cuidar un jardín o plantas					
Visitar a algún amigo o familiar					
Dedicar un rato a no hacer nada					
Echar la siesta					
Participar en una ONG					
Quedar con los amigos					
Otros.					

Tabla 6. Tabla de actividades de ocio

Sesión 10 y 11. Los pensamientos positivos:

Las dos sesiones siguientes tendrán un objetivo común, este objetivo es que los participantes del grupo aprendan estrategias cognitivas que les ayuden a identificar los pensamientos negativos irracionales característicos de los episodios de ansiedad y de la depresión. Para ello, se proporcionarán conocimientos de las diversas técnicas que les pueden ayudar en el aprendizaje de estrategias cognitivas para identificar los pensamientos irracionales y trabajar en la elaboración de pensamientos más adaptativos y racionales.

Al comenzar la sesión se explicarán las diferencias entre pensamientos racionales e irracionales. Los pensamientos irracionales son aquello que son dogmáticos o absolutistas, se expresan en forma de obligación o de exigencia, provocan alteraciones en la conducta y además son subjetivos e inflexibles. En cambio los pensamientos racionales son relativos, se expresan en forma de deseos o gustos, son objetivos, coherentes con los hechos externos, son flexibles y modulables, capaces de generar emociones adecuadas y ayudan a conseguir las propias metas.

Los pensamientos irracionales, las cogniciones distorsionadas, negativas y las actitudes inadecuadas fomentan la predisposición a la depresión y a sufrir crisis de ansiedad. Además en la depresión se atiende selectivamente y se magnifica la información negativa, mientras que se ignora y se minimiza la positiva. Por esto, se personalizan los fracasos y los errores exagerando los propios defectos.

Por todo esto, el cambio en las cogniciones y las actitudes del individuo son un elemento esencial en el tratamiento de la ansiedad y la depresión y en la prevención de las posibles recaídas.

Después de la explicación, durante la primera sesión se describirán diversas estrategias cognitivas que pueden ayudar a sustituir los pensamientos más distorsionados por otros más adaptativos.

Entrenamiento en el reto de los pensamientos negativos

Tiene como objetivo desarrollar argumentos que reduzcan la intensidad y la validez de los pensamientos negativos. Algunas alternativas para afrontar estos pensamientos, pueden ser:

- ¿Antes de estar deprimido, percibía mi realidad tan negativa como ahora?
- ¿Estoy minimizando los aspectos positivos?
- ¿Estoy exagerando los aspectos negativos?
- ¿Es realista y objetivo lo que pienso?
- ¿Me sirve para algo pensar así?
- ¿Cómo pensaría otra persona?
- ¿Pruebas a favor y en contra que confirmen mis pensamientos negativos?

Además de exponer esta técnica, se pasará a los participantes una hoja con estas preguntas para que las respondan y reflexionen sobre ello.

Entrenamiento de las autoinstrucciones

Tienen como objetivo modificar el monólogo interno negativo de la persona, de forma que los pensamientos negativos sean sustituidos por pensamientos positivos.

Este entrenamiento consiste en hacer que cada paciente diga una serie de frases racionales para contrarrestar sus creencias irracionales. Se recomienda que escriban estas frases y las lean varias veces al día para favorecer su interiorización, pero sobre todo recomendarles que las repitan cada vez que en la vida cotidiana se enfrenten a situaciones que favorezcan la depresión.

Técnicas de distracción

El objetivo de esta técnica es llevar a cabo actividades que hagan competencia a las cogniciones negativas, de forma que propicien un cambio en la forma de ver las cosas. Algunas de estas actividades pueden ser: realizar cálculos matemáticos, hacer crucigramas, sudokus, etc., cambiar de actividad a realizar cuando empiezan a aparecer pensamientos negativos o centrar la atención en el entorno.

En la sesión 11 se propondrá una dinámica grupal, se entrenamiento en autoinstrucciones.

Cada participante del grupo tiene que escoger un pensamiento positivo de los trabajados durante la sesión, tiene que anotar en un folio y leerlo en voz alta. Después, tiene que anotar en su hoja los pensamientos de los demás miembros del grupo, a medida que los vayan diciendo en voz alta; primero se leen para compartirlos y después se vuelven a repetir para que los puedan anotar en el folio.

De esta manera, se garantiza que cada participante tenga recogidos en el folio los pensamientos positivos al final de la sesión y, así, se pueda comprometer a ponerlos en práctica pueda repasarlos siempre que le sea posible, para no olvidarlos.

Sesión 12. Despedida:

Durante esta última sesión se preguntará a los participantes de grupo si creen que el hecho de haber participado en las sesiones ha ayudado a mejorar la evolución de su enfermedad y cómo lo ha hecho. Además se pedirá a los pacientes que evalúen el programa mediante un cuestionario de satisfacción grupal y se volverá a pasar la escala modificada de Goldberg, para comprobar si los resultados de la intervención grupal han sido satisfactorios.

Por último se propondrá a los participantes si tienen alguna duda sobre que hacer tras acabar con el programa y se les orientara para seguir con un buen control de los trastornos de ansiedad y de depresión.