

# Efectivitat d'un programa d'intervencions infermeres en la millora del trastorn d'ansietat generalitzada

Projecte de recerca



Laura Moreno Carreras

Grau en Infermeria

Tutora: Carme Bertran  
Noguer

Curs acadèmic 2018-2019

## **Agraïments**

Voldria agrair a la Dra. Carme Bertran, per la seva ajuda, els coneixements, l'amabilitat i la guia que m'ha proporcionat per poder realitzar aquest treball.

Donar les gràcies també a la Sra. Margarita de Castro, per haver-me ajudat a obtenir les dades per tal d'elaborar la mida de la mostra.

M'agradaria agrair especialment a la meva mare i el meu germà, per estar sempre amb mi, animar-me, escoltar-me i ser el vertader suport a la meva vida.

Voldria donar les gràcies també a les companyes i amigues, en especial a la Manisha, per saber sempre treure'm un somriure i per tants moments que hem compartit.

Per últim, vull agrair a totes aquelles persones que, al llarg d'aquest camí, m'han donat una oportunitat i m'han animat amb les seves paraules.

## Resum

**Introducció:** els trastorns de la salut mental tenen una alta prevalença i provoquen una discapacitat considerable avui en dia arreu del món. Els trastorns de salut mental més habituals són els trastorns d'ansietat i els depressius.

Els trastorns d'ansietat estan caracteritzats per una sèrie de símptomes somàtics i cognitius. El trastorn d'ansietat generalitzada es basa en preocupacions excessives i persistents sobre diversos aspectes de la vida. Des del rol d'infermeria, s'atén la persona des d'una perspectiva holística, tenint en compte les diferents dimensions de la persona i l'entorn que l'envolta. És a partir d'aquest paradigma de la infermeria que aquest estudi construeix les seves intervencions dirigides a aquelles persones que pateixen un trastorn d'ansietat generalitzada.

**Objectius:** l'objectiu d'aquest treball és avaluar l'efectivitat d'un programa d'intervencions infermeres basat en les dimensions física, psicològica, emocional, social i espiritual de la persona a l'hora de millorar la simptomatologia i la qualitat de vida en el trastorn d'ansietat generalitzada.

**Metodologia:** s'escolliran de manera aleatòria i sistemàtica 50 persones diagnosticades del trastorn d'ansietat generalitzada per participar en un estudi quasi experimental sobre l'abans i el després de deu intervencions infermeres. La metodologia serà quantitativa, a través de diferents qüestionaris, i qualitativa, mitjançant grups focals per avaluar la qualitat de vida. L'estudi es portarà a terme al Centre de Salut Mental d'Adults del Gironès i Pla de l'Estany.

**Aplicabilitat dels resultats:** aquest estudi pot contribuir a demostrar l'efectivitat de tractar la persona des d'una perspectiva holística i la gran varietat d'intervencions que pot oferir infermeria per tal de millorar la vida de les persones que pateixen un trastorn d'ansietat.

**Paraules clau:** trastorn d'ansietat generalitzada, dimensions de la persona, rol infermer, qualitat de vida

## Abstract

**Introduction:** mental health disorders have a high prevalence throughout the world and may provoke moderate or severe disability. The most common mental health disorders are anxiety disorders and depressive disorders. Anxiety disorders are characterized by somatic and cognitive symptoms. This study focuses on the generalized anxiety disorder, which is defined by excessive, persistent and uncontrollable worries about different aspects of life. The nursing role advocates to tend to people from a holistic perspective, taking into account the different human facets and the environment of each person. It is from this nursing paradigm that this study builds its interventions directed to those who suffer a generalized anxiety disorder.

**Objectives:** the aim of this project is to evaluate the effectiveness of a nursing program, which integrates physical, psychological, emotional, social and spiritual interventions in order to improve the symptomatology and quality of life of those people diagnosed with a generalized anxiety disorder.

**Methods:** 50 people diagnosed with a generalized anxiety disorder will be chosen to participate in a randomized quasi experimental pre-post intervention study. Quantitative and qualitative methodology will be used, through six questionnaires and focal groups to measure quality of life, respectively. The study will be carried out at a mental health service located in Girona, which is called Centre de Salut Mental d'Adults del Gironès i el Pla de l'Estany.

**Applicability of the results:** this study may contribute to demonstrate the effectiveness of treating each person from a holistic perspective. Furthermore, it may reflect the wide variety of interventions that nursing can offer in order to improve the lives of people suffering from an anxiety disorder.

**Keywords:** generalized anxiety disorder, holistic dimensions, nursing role, quality of life

# ÍNDEX

Resum .....	2
Abstract .....	3
MARC TEÒRIC .....	6
1. La salut mental .....	6
2. Els trastorns d'ansietat .....	9
3. El trastorn d'ansietat generalitzada i els seus criteris diagnòstics .....	14
Factors de risc i epidemiologia .....	16
Tractament i pronòstic .....	18
4. El rol d'infermeria en salut mental i les dimensions de la persona .....	20
5. La qualitat de vida .....	24
JUSTIFICACIÓ .....	27
BIBLIOGRAFIA .....	29
OBJECTIUS I HIPÒTESI.....	49
METODOLOGIA.....	50
Disseny de l'estudi .....	50
Àmbit de l'estudi.....	50
Població de l'estudi .....	50
Mostra .....	50
Criteris d'inclusió i d'exclusió.....	50
Variables .....	51
Instruments .....	53
Procediment .....	56
Anàlisi de dades.....	58
Consideracions ètiques.....	59
Cronograma .....	60

Pressupost .....	61
LIMITACIONS DE L'ESTUDI.....	62
APLICABILITAT DELS RESULTATS .....	62
ANNEXOS.....	63
ANNEX 1. ESCALES I QÜESTIONARIS .....	63
Annex 1.1. Escala d'Ansietat de Hamilton .....	63
Annex 1.2. Inventari de Preocupacions de Pennsilvània .....	65
Annex 1.3. Escala d'Intolerància a la Incertesa .....	66
Annex 1.4. Perfil dels Estats de l'Ànim .....	67
Annex 1.5. Escala Autoaplicada d'Adaptació Social .....	70
Annex 1.6. Qüestionari d'espiritualitat de Parsian & Dunning.....	72
ANNEX 2. FULL INFORMATIU.....	75
ANNEX 3. CONSENTIMENT INFORMAT .....	76
ANNEX 4. CRONOGRAMA TREBALL DE CAMP I DESENVOLUPAMENT DEL PROGRAMA "AFRONTANT L'ANSIETAT DES D'UNA PERSPECTIVA INFERMERA" .....	77
ANNEX 5. CONTINGUT DEL PROGRAMA: "AFRONTANT L'ANSIETAT DES D'UNA PERSPECTIVA INFERMERA" .....	78
ANNEX 6. PIRÀMIDE D'ALIMENTACIÓ SALUDABLE.....	96
ANNEX 7. PAUTES PER HIGIENE DEL SON.....	97
ANNEX 8. LES 11 CREENCES IRRACIONALS D'ALBERT ELLIS.....	98
ANNEX 9. PRACTICANT L'ASSERTIVITAT.....	99
ANNEX 10. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA AL GRUP FOCAL.....	100
ANNEX 11. AVALUACIÓ EN FINALITZAR LES INTERVENCIIONS.....	102
ANNEX 12. AVALUACIÓ EN FINALITZAR CADA GRUP FOCAL.....	103

# MARC TEÒRIC

## 1. La salut mental

Els trastorns psiquiàtrics tenen una alta prevalença i provoquen una discapacitat important: un quart del total de discapacitat en salut que hi ha al món. Això representa vuit vegades més discapacitat respecte la que provoquen els trastorns coronaris o 20 vegades més que l'associada al càncer. Tanmateix, els trastorns mentals no poden ser atesos igual arreu del món, degut a altres problemes de salut o pobresa molt greus també presents [1].

Segons la Organització Mundial de la Salut, la salut mental és “un estat de benestar en el qual la persona és conscient de les seves habilitats, pot afrontar els esdeveniments estressants normals de la vida, treballar de manera productiva oferint resultats visibles i fer una bona contribució a la seva comunitat” [2].

Segons Galderisi et al., la salut mental es pot concebre com un estat d'equilibri intern. Per aconseguir aquest estat d'equilibri, la persona utilitza les seves habilitats personals per tal de desenvolupar-se convenientment. La intel·ligència emocional, l'empatia, la resolució de problemes, la presa de decisions, l'assertivitat, la resiliència i l'autocura són algunes de les qualitats importants [3].

Aquest equilibri intern, però, va canviant al llarg del temps i, a vegades, cal que es reajusti davant diferents etapes de la vida. Segons Lamers, emocions com la por, la tristesa o la ira poden ser experimentades davant certes circumstàncies, però les persones amb una bona salut mental tenen la capacitat per retornar a aquest equilibri intern al cap d'un temps [4].

Doré i Caron afirmen que la salut mental aporta un benestar complet a la salut i és més que l'absència de malaltia. A més a més, gaudir d'una bona salut mental ajuda a viure plenament la vida i a fer front als desafiaments que es presenten en el dia a dia. La salut mental no és un aspecte aïllat de la vida, si no que impregna els diferents àmbits, tant personals, socials com professionals

que es viuen. D'altra banda, preveu les malalties mentals, com per exemple els trastorns d'ansietat o depressius, així com les addiccions, el consum de substàncies tòxiques i ajuda a evitar malalties cròniques. Així doncs, tot i que la salut mental és individual per a cada persona, també involucra al conjunt de la societat; per això, és una part molt important de la salut pública.

Durant el decenni entre el 1995 i el 2005, Keyes va realitzar un estudi als Estats Units basat en les dades extretes del Midlife in the United States (MIDUS), en el qual es van seleccionar, de manera aleatòria, persones entre els 25 i 74 anys d'edat, que sabessin parlar anglès, que no estiguessin institucionalitzades i que residissin en qualsevol estat dels Estats Units, excepte Alaska i Hawaii. Les variables d'estudi eren la malaltia mental, la salut mental i el funcionament psicosocial, recollides a través de diferents escales administrades als participants. Les conclusions d'aquest estudi varen permetre, per una banda, començar a construir la teoria que explica que la salut mental no és una línia contínua on la salut mental i la malaltia mental són dos extrems oposats, si no dues línies contínues on la salut mental i la malaltia mental són interdependents.

Per altra banda, va permetre determinar una sèrie de constatacions com que l'absència de malalties mentals no significa tenir una bona salut mental, donat que el fet que algú pateixi alguna malaltia mental tampoc significa que tingui una salut mental dolenta, ja que aquesta malaltia pot estar ben controlada. La mesura amb què es donin la salut mental o la malaltia mental, pot enriquir la vida de la persona o bé anar en detriment seu. Això marca la diferència respecte el model anterior, el qual concep salut mental i malaltia mental com a dos extrems oposats. De la mateixa manera, una salut mental reduïda no significaria tampoc malaltia mental, ja que podria ser deguda a una baixa satisfacció amb la vida, poca esperança en la societat en què es viu o apatia en vers la vida [5].



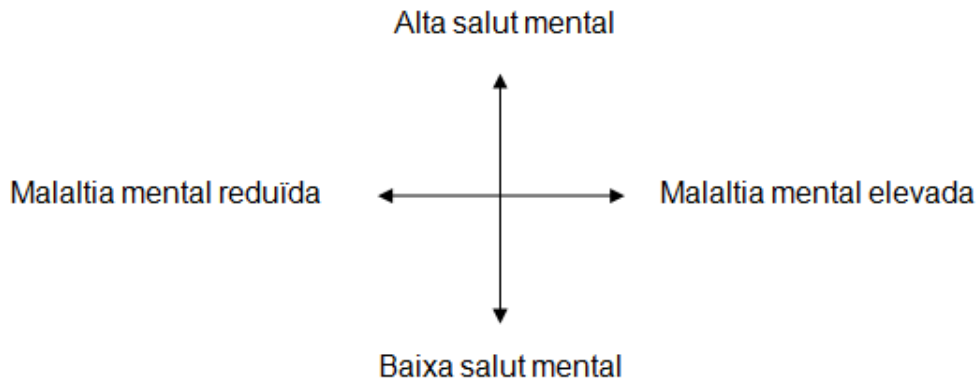


Figura 1. Model de les dues línies contínues de la salut mental [5]

El model de salut mental que es promou actualment és un model interdisciplinari. Cada disciplina científica acostuma a tenir un paradigma d'actuació, motiu pel qual amb la col·laboració de diferents disciplines s'aconsegueix un abordatge integral de la salut mental. L'abordatge integral, segons Wilber, ha de tenir en compte tant l'objectivitat com la subjectivitat, l'interior de la persona però també el seu entorn. Des del paradigma d'infermeria, la pèrdua de salut mental es relaciona amb una autocura insuficient i una pèrdua de la pròpia identitat. En conseqüència, l'actuació principal d'infermeria és considerada la de donar eines per millorar la consciència i regulació de les emocions, a més de fomentar un estil de vida saludable [6].

Actualment, s'avança cap a un model comunitari en comptes de l'hospitalari i, per tant, cada cop es fa més necessària l'atenció a la salut mental dins els serveis comunitaris. El paradigma en salut mental avança cap a l'atenció centrada en la persona, és a dir, la valoració de la persona en el seu context. En aquesta atenció de la persona dins la comunitat, l'element clau és la persona i no el diagnòstic. Es treballa per la no medicalització de les afliccions pròpies de la vida, amb l'objectiu de construir una relació terapèutica amb els professionals i promoure la comprensió del problema, a més de l'aportació d'eines pel canvi i la promoció de la participació activa de la persona en el seu tractament [7].

Huber afirma que la salut mental és l'habilitat per adaptar-se i gestionar la pròpia vida. Dins d'aquesta perspectiva, es podrien percebre els trastorns mentals com l'ansietat o la depressió, a vegades sorgits a partir de circumstàncies vitals, com una ajuda per a la persona. Des d'un punt de vista evolutiu, l'autor considera que la malaltia mental seria la que ajudaria a agafar consciència, és a dir, contribuiria a intentar modificar aquelles circumstàncies que estan fent mal a la persona, i de les que no n'és conscient, o bé que es resisteix a canviar [8].

Dins la salut mental es pot distingir entre benestar emocional, benestar psicològic i benestar social. El benestar emocional es basa en la felicitat, l'entusiasme i la satisfacció que es té per la vida. El benestar psicològic correspon a l'autoconcepte, la confiança en un mateix i la capacitat de desenvolupar-se adequadament tant a nivell personal, social com professional. El benestar social inclouria el sentit de pertinença a un grup, sentir-se útil i amb capacitat de contribuir a l'entorn [9].

Per últim, caldria mencionar la influència de la cultura dins la salut mental i, per tant, la necessitat d'entendre alguns fenòmens d'acord amb el seu context. Segons Vaillant, la salut mental es pot concebre des d'un punt de vista individual, és a dir, com l'essència de la persona, o bé a través d'un estàndard col·lectiu. Per tant, el concepte de salut mental produeix punts de vista molt diversos, des de completar escales amb puntuacions segons el funcionament de la persona o a partir de la concepció que cal entrenar algunes virtuts per millorar la salut mental, passant per la qüestió de la maduresa i la resiliència com a factors que contribueixen en gran manera a la salut mental [10].

## 2. Els trastorns d'ansietat

Els trastorns d'ansietat són un dels problemes de salut mental més comuns i els seus símptomes més representatius són la inquietud, el nerviosisme, la tensió muscular, la taquicàrdia o les palpitations, la sensació d'opressió al pit o d'un nus al coll, el dolor a l'abdomen, el mareig, la sensació d'ofec o que costa respirar, l'insomni, els tremolors, la dificultat per relaxar-se, la tensió mental, la

dificultat per concentrar-se, la por a perdre el control, la desrealització, el catastrofisme, la irritabilitat o el fet de sobresaltar-se fàcilment [11].

Aquesta simptomatologia, segons molts autors, justifica l'alteració considerable que els trastorns d'ansietat efectuen en les vides de qui els pateixen. Costello manifesta que els trastorns d'ansietat solen tenir un inici primerenc, a vegades durant l'adolescència. Acostumen a ser recurrents, entenent per recurrència la seva presentació ja sigui en forma d'un trastorn crònic i estable que mai acaba de remetre, o en forma de remissions i recaigudes continuades [12].

Autors com Kessler o Angst, diferencien entre l'ansietat adaptativa i l'ansietat patològica. L'ansietat adaptativa prepara la persona per actuar davant d'amenaçes, de manera que pugui sobreviure amb èxit. En canvi, en persones amb ansietat patològica, la qual dona lloc a trastorns d'ansietat, s'observa un llindar més baix a l'hora de detectar una amenaça. És a dir, hi ha una reacció desproporcionada a un estímul exterior, considerant-lo amenaçant quan realment és de poca importància [13].

Els símptomes característics de l'ansietat, com l'insomni, la tensió muscular o la dificultat per concentrar-se, són una conseqüència física de la tensió emocional que s'experimenta a causa d'aquest llindar baix, on es detecten amenaces més freqüentment del que l'organisme pot assimilar. Tal i com s'ha vist en els animals, en estudis realitzats per Bateson o Matheson, la percepció de vulnerabilitat o desprotecció en un ambient hostil provoca la disminució del llindar de percepció de l'amenaça, tot propiciant pics d'ansietat més freqüents. Les falses alarmes ocorren sovint i realment tenen una funció: fan més difícil que una amenaça real passi inadvertida i, d'aquesta manera, s'intenten evitar possibles conseqüències perjudicials. El resultat, però, és que els nivells d'activació del sistema nerviós són molt alts i aquest fet acaba resultant desgastant [14].

Des de la dècada del 1990, amb estudis portats a terme per Freeston, Dugas i altres autors i, més contemporàniament, amb les noves investigacions de McEvoy i Mahoney, s'ha vist que un component que afavoreix l'ansietat de manera destacable és la intolerància a la incertesa. Aquesta intolerància provoca que qualsevol ambigüitat es detecti com una amenaça.

Conseqüentment, a la persona li costa afrontar la vida quotidiana, a causa de totes les reaccions físiques, psicològiques i emocionals que li provoca sentir-se en un perill quasi constant. És a dir, qualsevol problema quotidià és percebut com una amenaça. A aquest fet s'hi suma que les persones amb ansietat sovint es veuen poc capaces de poder solucionar els problemes que puguin sorgir [15,16].

Pel que fa l'ansietat a nivell neurobiològic, la hiperactivació de l'amígdala i la reducció de l'activitat del còrtex prefrontal tenen un paper molt important. Aquesta hiperactivació de l'amígdala contribueix a una por i ansietat exagerades davant determinats estímuls. L'amígdala té la funció de processament de les emocions, és a dir, connecta un estímulo amb una emoció [17,18].

Per altra banda, el còrtex prefrontal és una estructura que permet adquirir respostes cognitives complexes a partir de l'experiència i, d'aquesta manera, respondre a la situació segons el que es consideri adequat a partir de l'aprenentatge realitzat [19].

Per últim, la funció de l'hipocamp ha estat força estudiada en el trastorn de pànic, ja que l'hipocamp està relacionat amb la memòria i la interpretació del context. Alteracions en l'hipocamp suposarien alteracions en aquestes dues funcions mencionades [17].

La classificació dels trastorns d'ansietat en el DSM-V és la següent:

- Trastorn d'ansietat generalitzada, que s'explica amb més detall al següent apartat.
- Trastorn d'ansietat per separació, el qual consisteix en una por excessiva a separar-se de les persones més properes. Malgrat que també es presenta en adults, se sol donar en nens i, per tant, és necessari tenir en compte la seva edat i el seu grau de desenvolupament. Aquest trastorn es produeix quan, per exemple, el nen experimenta una ansietat molt gran en marxar de casa i creu que pot tenir un accident o morir. De la mateixa manera, és recurrent que

pensi que alguna malaltia o esdeveniment advers el pot separar dels seus éssers estimats. Aquesta gran por condiona la vida, afectant la realització de les activitats quotidianes. Per tal de considerar-se un trastorn, ha de produir-se durant 4 setmanes en nens o durant 6 mesos en els adults.

- Mutisme selectiu: situació que es prorroga durant més d'un mes, on la persona no parla en determinats contextos en els quals seria necessari que parlés. Tanmateix, sí que parla en altres situacions de manera normal. Se sol donar en nens. Això acaba interferint a la seva vida, per exemple a l'escola o a l'hora de fer amics. Per ser considerat mutisme selectiu, s'ha de descartar que no hi hagi cap altra problema en el llenguatge.
- Fòbia específica: por molt intensa a un objecte o situació específica. La persona procura evitar aquella situació concreta a través de tots els mitjans possibles. Hi ha molts tipus de fòbies: a les injeccions, a volar, a les altures, fòbia a certs animals, entre d'altres. La persona percep un perill molt gran quan, en realitat, és pràcticament inexistent. Per ser considerat un trastorn mental, és necessari que la fòbia limiti diferents àrees de la vida de manera important i ha de persistir durant més de 6 mesos.
- La fòbia social o ansietat social és una por intensa en situacions on la persona se sent avaluada pels altres, ja sigui mantenint una conversa o estant en un grup amb persones desconegudes, entre d'altres. La persona té molta por a ser valorada negativament o que la gent noti signes de l'ansietat que pateix i que, en conseqüència, la rebutgin. Per tant, comença a evitar aquestes situacions socials, amb l'objectiu de no ser jutjada. Per a ser considerat un trastorn, aquesta por ha de durar més de 6 mesos i ha de provocar un malestar important a la vida de la persona. Per exemple, en l'àrea social aquesta fòbia podria provocar aïllament i, en l'àrea laboral, podria produir absentisme a la feina.

- Trastorn de pànic: són atacs de pànic que es van donant de manera continuada al llarg del temps. Un atac de pànic és l'aparició sobtada d'una por i un malestar molt intens. En un atac de pànic han d'estar presents quatre o més dels següents símptomes: palpitations o taquicàrdia, sudoració, tremolor, dificultat per respirar, sensació d'ofec, dolor al tòrax (especialment a la zona precordial), nàusees o malestar abdominal, sensació de mareig o atordiment, calfreds o sensació de calor, sensació de formigueig o adormiment de les extremitats, desrealització (sentir que el que es viu no és real) o despersonalització (la persona no es reconeix, se sent algú extern a si mateixa), por a perdre el control o por a morir.

A partir d'aquests atacs de pànic es poden desenvolupar dues reaccions. Una d'elles és la por a les conseqüències dels atacs de pànic o al motiu per què succeeixen. És a dir, la por a cometre algun acte inadequat en el primer cas o la por a estar patint una malaltia greu en el segon cas. L'altra reacció és que la persona comenci a evitar les situacions que creu que l'indueixen a tenir un atac de pànic. Alguna d'aquestes dues reaccions és necessària per considerar els atacs de pànic com a trastorn de pànic.

Cal remarcar que els atacs de pànic no són un trastorn mental per si mateixos, sinó que solen formar part de la simptomatologia de diversos trastorns d'ansietat, trastorns depressius, del trastorn d'estrès post-traumàtic i són la característica principal del trastorn de pànic.

- L'agorafòbia es caracteritza per una por intensa en dues o més de les següents situacions: en els transports públics, com autobusos, trens o avions; en llocs oberts grans, com mercats o parcs; en llocs tancats, com ascensors o botigues; fent cua o estant en llocs amb molta gent, com ara centres comercials; o bé estant sol fora de casa.

La por desproporcionada a aquestes situacions ha de durar 6 mesos o més per tal de considerar-se un trastorn. És necessari que afecti la vida de la persona, privant-la de relacionar-se amb altres persones, per exemple.

Aquesta ansietat intensa de la qual parlem és deguda a què la persona creu que no podria marxar del lloc fàcilment o obtenir ajuda en cas de necessitar-la. Aquest fet va molt freqüentment associat al temor a l'aparició de possibles símptomes de pànic futurs.

Per altra banda, en el trastorn d'ansietat induït per medicaments o drogues, l'ansietat es desenvolupa durant l'efecte de la droga, poc després o durant el període d'abstinència. Per a què sigui considerat un trastorn d'ansietat induït per un medicament, la simptomatologia ansiosa ha de constar com a efecte secundari conegut del medicament.

El trastorn d'ansietat degut a una afecció mèdica ha de poder estar demostrat a través de la història clínica, de l'exploració física o de proves complementàries, essent una conseqüència directe del problema mèdic.

Per últim, hi ha el trastorn d'ansietat especificat i el no especificat. Ambdós cal que interfereixin en el curs de la vida de la persona per tal de ser considerats patològics. L'especificat és aquell que no compleix tots els criteris de cap dels possibles diagnòstics d'ansietat. Llavors, s'especifica a quin tendeix més i quina és l'excepció que no permet diagnosticar la persona d'aquell trastorn específic. En l'inespecificat no es menciona quin criteri s'incompleix del trastorn d'ansietat al qual s'aproximaria més [20].

### 3. El trastorn d'ansietat generalitzada i els seus criteris diagnòstics

El trastorn d'ansietat generalitzada està caracteritzat per una preocupació excessiva, persistent i incontrolable. Abunden preocupacions respecte la feina, la família, la salut, la parella o que alguna cosa dolenta passi. Les preocupacions estan associades a allò que es viu i hi ha una tendència a anticipar al futur, des d'un punt de vista negatiu. Aquestes preocupacions van acompanyades per altres símptomes físics i psicològics.

Es diferencia d'altres trastorns mentals perquè l'ansietat generalitzada té un caràcter flotant, és a dir, afecta tots els aspectes de la vida. Tal i com assenyalen Stein i Sareen, el trastorn d'ansietat generalitzada no es centra

només en les situacions socials o en la salut, ni són pensaments repetitius sobre un mateix tema poc relacionat amb la vida quotidiana, com passa en el trastorn obsessiu-compulsiu. Les preocupacions poden anar canviant a mesura que avança el temps i va variant la vida de la persona [21].

Segons Dugas i Borkovec, les persones amb un trastorn d'ansietat generalitzada consideren la incertesa un fet bastant estressant. Realitzen una evitació cognitiva, és a dir, intenten evitar aquells pensaments o emocions que poden resultar desagradables quan es troben davant d'una situació ambigua o que els produeix ansietat, normalment a través de la supressió o substitució de pensaments. De fet, es considera que la preocupació és una manifestació de l'evitació cognitiva. D'igual manera, acostumen a realitzar una evitació conductual, amb la presència de comportaments que busquen obtenir seguretat i confort. Aquestes conductes solen ser les comprovacions excessives, la procrastinació o l'excés de planificació [22].

D'acord amb els autors Dugas i Robichaud, l'evitació conductual fomenta l'evitació cognitiva, ja que si no s'evités viure la situació, la persona podria arribar a veure que les seves pors no estan totalment fonamentades en la realitat [23].

Segons el DSM-V, els criteris diagnòstics pel trastorn d'ansietat generalitzada són els següents:

- A) Es caracteritza per una ansietat i preocupació excessives, especialment anticipatòries, durant la majoria dels dies (està més dies present que absent) en un període mínim de 6 mesos. Aquestes preocupacions estan associades a diferents aspectes de la vida (com l'escola, la família o la feina)
- B) La preocupació resulta difícil de controlar per la persona
- C) Aquesta ansietat s'associa a tres o més dels següents símptomes, els quals han d'estar presents més dies que no pas estan absents: inquietud, nerviosisme o sensació d'estar atrapat, fatiga, dificultat per concentrar-se o mantenir la ment tranquil·la, irritabilitat, tensió muscular o problemes amb el son (insomni de conciliació o de manteniment, així com experimentar un son no reparador)



- D) L'ansietat, la preocupació i els símptomes físics derivats causen un malestar important en la persona o un deteriorament en les diferents àrees de la vida (personal, familiar, social o laboral)
- E) Tota aquesta simptomatologia no és a causa d'una droga o un medicament ni de cap altre problema mèdic
- F) Tampoc es pot explicar millor per un altre trastorn mental, com per exemple: ansietat davant la possible avaluació negativa de l'entorn com passa en l'ansietat social, por a tornar a patir atacs de pànic com succeeix en el trastorn de pànic, por a augmentar de pes com podria passar en l'anorèxia nerviosa, símptomes físics com succeeix en el trastorn somàtic, entre d'altres [20].

### Factors de risc i epidemiologia

Els factors de risc primordials pel trastorn d'ansietat generalitzada segons Moreno-Peral i Conejo-Cerón són: ser dona, tenir un nivell socioeconòmic baix i haver experimentat situacions adverses durant la infància, com ara abusos físics o sexuals, violència domèstica, negligència per part dels pares i alcoholisme o drogoaddiccions a la família. L'herència genètica també és un factor de risc important, amb una heretabilitat estimada d'entre el 15 i el 20% [21].

Un element que fa la persona més vulnerable al trastorn d'ansietat generalitzada és el factor de personalitat del neuroticisme, que és una propensió a experimentar emocions negatives i estats d'ànim baixos, a més d'una dificultat a l'hora de manejar emocions i situacions diverses [15].

La sensibilitat a l'ansietat és una altra característica psicològica. Fa referència a la por als símptomes d'ansietat, ja que es parteix de la creença que l'ansietat i els seus símptomes físics associats poden ser perillosos. Això contribueix a intensificar l'ansietat [24].

Bowlby va explicar a la dècada dels 70 que el lligam que estableix el nen amb els pares també influeix considerablement en el risc de patir trastorns d'ansietat en el futur. Si es desenvolupa un lligam insegur durant la infància, s'incrementa

aquest risc. Existeix el lligam evitatiu i l'ambivalent. En el lligam ambivalent, el nen percep que a vegades el cuidador atén les seves necessitats, mentre que altres cops el vincle es torna distant i, llavors, el nen se sent desprotegit. Per altra banda, en el lligam evitatiu, el nen no sent les seves necessitats satisfetes i aprèn a reprimir-les. És a dir, actua com si no necessités un vincle emocional amb ningú i sent que ha d'aprendre a fer les coses per si sol [25,26].

Com a estils de vincles insegurs, és important mencionar també el vincle desorganitzat, on el nen desenvolupa sentiments contradictoris respecte els vincles personals: en sent necessitat i busca la reafirmació, però en ocasions se n'allunya i rebutja formar vincles profunds amb les persones. És la mescla entre el vincle evitatiu i l'ambivalent [27].

El maltractament, les pèrdues que es poden experimentar al llarg de la vida o altres esdeveniments negatius prolongats durant el temps, un temperament inhibid, una menor obertura a noves experiències, així com una major sensibilitat als estímuls exteriors predisposa al desenvolupament de símptomes del trastorn d'ansietat generalitzada [28].

Segons Bandelow i Michaelis, una de cada tres persones experimentarà un trastorn d'ansietat durant la seva vida, essent més prevalent en dones i a la mitjana edat. La ràtio entre els dos sexes (homes:dones) pel trastorn d'ansietat generalitzada és 1:2 o 1:3 [29].

L'any 2010, Baxter va quantificar a nivell mundial un total de 272 milions de casos de trastorns d'ansietat, el qual significa un 4% de prevalença. La prevalença varia segons la regió del món: a Israel o al Sud-est asiàtic la prevalença dels trastorns d'ansietat s'aproxima al 2%, mentre que al nord d'Àfrica, a Orient Mitjà o al Canadà volta al 6% i a França o Noruega al 7%. Als Estats Units hi havia una prevalença del 3,6% l'any 2010 [30]. Posa de manifest, també, que els adults de més 55 anys tenen un 20% menys de probabilitats de patir un trastorn d'ansietat que els adults entre els 35 i els 54 anys [31].

A l'Enquesta Nacional de Salut Espanyola de l'any 2017, el 9,1% de les dones i el 4,3% dels homes van referir tenir ansietat crònica. La prevalença dels

trastorns d'ansietat és el doble en les persones que no tenen feina. El 13,9% de les dones i el 7,4% dels homes refereix prendre tranquil·litzants o hipnòtics habitualment [32].

A l'Enquesta de Salut de Catalunya de l'any 2017, un 10,2% dels homes i un 20,7% de les dones de 15 anys i més refereixen patir ansietat o depressió a Catalunya. Un 5,6% dels nens i un 4,6% de les nenes tenen probabilitat de patir un trastorn de salut mental en el futur [33].

### Tractament i pronòstic

Bandelow explica que la comorbiditat entre els diferents trastorns d'ansietat és molt habitual i tendeix a incrementar-se a mesura que passa el temps sense resoldre el trastorn. És comuna la comorbiditat entre el trastorn d'ansietat generalitzada i el trastorn de pànic (s'estima entre el 55% i el 94%), o entre el trastorn d'ansietat generalitzada i el trastorn d'ansietat social. El trastorn d'ansietat generalitzada també pot ocórrer amb un trastorn de símptomes somàtics o amb un trastorn de personalitat. Tal i com afirmen els autors Kessler i Bandelow, els trastorns d'ansietat solen decreixer amb l'edat (a partir dels 50 anys o 60 anys normalment), però el trastorn d'ansietat generalitzada se sol mantenir al llarg de la vida [34].

El trastorn d'ansietat generalitzada també presenta una alta comorbiditat amb la depressió, així com amb la distímia. Això es pot explicar pel fet que tant l'ansietat com la depressió comparteixen el tret d'afectivitat negativa, essent l'anhedònia més pròpia de la depressió i la impotència més típica de l'ansietat. L'abús de substàncies tòxiques també és una problemàtica importants en els trastorns d'ansietat. S'estima que un 35% de les persones amb trastorn d'ansietat generalitzada fa un abús de l'alcohol o consumeix alguna droga per tal d'alleugerir els símptomes [20].

D'altra banda, els trastorns d'ansietat estan relacionats amb un grau de discapacitat força sever. Una major gravetat dels símptomes físics o psíquics,

una major comorbiditat amb altres trastorns o recórrer a comportaments evitatius de manera habitual prediuen una major discapacitat [35].

Amb molta evidència científica i segons múltiples autors com ara Cuijpers, Newby, Hofmann o Andrews, el tractament de primera línia pel trastorn d'ansietat generalitzada és la psicoteràpia. La teràpia cognitiva-conductual, que és la que demostra més eficàcia, es basa en la reestructuració cognitiva dels pensaments i la teràpia d'exposició per tal de comprendre que el nivell d'amenaça que es percep no s'ajusta a la realitat. Se sol començar amb la teràpia cognitiva-conductual i, només si fos necessari, s'afegiria la farmacologia. Si falla la teràpia cognitiva-conductual també es pot dur a terme la teràpia psicodinàmica, la qual té menys evidència [18]. La teràpia psicodinàmica consisteix en identificar aquelles situacions que s'eviten afrontar perquè fan sorgir emocions considerades desagradables. El resultat d'evitar aquestes situacions és un increment de l'ansietat [36].

Els fàrmacs de primera elecció pels trastorns d'ansietat són els inhibidors selectius de la recaptació de serotonina i els inhibidors de la recaptació de serotonina i norepinefrina. Pel trastorn d'ansietat generalitzada, hi ha evidència per la prescripció d'escitalopram, paroxetina, sertralina, venlafaxina i duloxetina. També hi ha la pregabalina, que és un anticonvulsivant, però resulta útil si el pacient pateix d'insomni. Hi ha evidència per les benzodiazepines, que poden provocar dependència, però tenen un efecte ansiolític que comença poc després de la seva administració. També es pot recomanar la buspirona, que és un ansiolític que no pertany a les benzodiazepines. Tot i que resulta poc habitual, també es podria introduir algun antipsicòtic, com la quetiapina, a dosis baixes [21,34].

Encara que el tractament psicològic i el farmacològic són de primera línia, hi ha altres teràpies psicològiques que han demostrat una efectivitat important. Ströhle es recolza en l'evidència de diferents investigadors per apostar per la teràpia metacognitiva, la teràpia d'acceptació i compromís, els grups d'ajuda mútua, el mindfulness i la teràpia de relaxació progressiva [33].

Asmundson i Fetzner consideren que la psicoeducació és molt important. D'igual manera, Wilson i Mannix posen èmfasi en promoure l'exercici físic i

assegurar una bona higiene del son com a coadjuvants del tractament de primera línia [21,34].

S'ha demostrat que l'activitat física afavoreix la salut mental i el funcionament cognitiu. Proporciona un efecte ansiolític, analgèsic, aporta sensació de benestar i disminueix l'activitat del sistema simpàtic.

A través de l'exercici aeròbic, s'aconsegueix que les pors associades als símptomes físics característics de l'ansietat, com l'augment de la freqüència cardíaca o la dificultat per respirar, els quals també estan presents en l'exercici físic, disminueixin. La persona aprèn que aquests símptomes poden ser incòmodes, però que no representen una amenaça [37,38].

#### 4. El rol d'infermeria en salut mental i les dimensions de la persona

Per tal d'assolir una bona salut mental en el conjunt de la societat, és primordial la promoció de la salut. Aquest concepte és definit per la OMS com "el procés que permet a les persones tenir un major control sobre la seva salut". Posa èmfasi en protegir la salut i en prevenir les causes que originen les principals malalties, en comptes d'enfocar-se únicament en el tractament dels problemes de salut. Dóna molta importància a millorar la salut i la qualitat de vida, a través d'intervencions procedents de tots els àmbits de la societat. Les polítiques de salut en la urbanització, el comerç o la seguretat, l'educació sanitària o la construcció de ciutats saludables són, segons la OMS, elements clau per a la promoció de la salut [39].

Les polítiques de salut es fonamenten en la certesa que la salut està influïda per molts factors que no només són atesos a través dels sistema sanitari, com ara l'educació, la situació econòmica o l'habitatge. D'acord amb la Organització Mundial de la Salut, les decisions polítiques afecten la salut de la població. Per aquest motiu, és molt important la implicació dels governs, les institucions educatives, els mitjans de comunicació i la societat civil a l'hora de prendre acció per tal que es compleixi el principi que la salut és un dret humà fonamental per a tothom [40].

L'educació sanitària és la segona línia estratègica en promoció de la salut per a la OMS. Aspira a apoderar les persones a través d'un nivell suficient de coneixements, habilitats personals i autoconfiança per tal de millorar la seva salut, la seva vida i l'entorn. D'aquesta manera, les persones assoleixen un paper actiu i s'afavoreix la col·laboració amb el conjunt de la societat. Dins d'aquesta col·laboració ciutadana, l'atenció a la població més desafavorida és vital per tal de millorar la salut del conjunt del país [41].

Per altra banda, les ciutats saludables són aquelles que milloren les seves estructures físiques i socials, a més d'enfortir els recursos característics de la comunitat. Segons la OMS, assegurar una bona higiene, sanejament, accés al sistema de salut i xarxes de suport resulten les accions més eficaces per promoure la salut des de les ciutats saludables [42]

La OMS manifesta que un altre element clau per la promoció de la salut és realitzar-la a l'escola i entre els joves, ja que molts dels hàbits són establerts a la infància o a l'adolescència. Per la OMS, les línies de prevenció més importants pels joves són: el consum de tabac, el comportament temerari, el consum d'alcohol o altres drogues, els hàbits alimentaris i higiènics correctes, la vida sedentària i les conductes sexuals perilloses [43].

En tot aquest àmbit de promoció de la salut, la OMS treballa per tal de donar suport als països subdesenvolupats o en vies de desenvolupament, els quals no sempre tenen els mitjans per dur a terme les intervencions que afavoreixen la promoció de la salut [44].

La promoció de salut ha estat l'objectiu de diferents conferències mundials organitzades per la OMS. La primera va ser a Ottawa l'any 1986, on per primer cop es va parlar sobre la promoció de la salut. Seguidament, a la conferència d'Adelaida de l'any 1988 es va parlar de la importància de formular polítiques públiques que fomentessin la salut i a la conferència de Sundsvall (1991) es va debatre sobre la rellevància d'un ambient polític, socioeconòmic i físic que protegís la salut. A les conferències de Jakarta (1997), Mèxic (2000) i Bangkok (2005) es va abordar el tema dels determinants de la salut, mentre que a la de Nairobi (2009) es van proposar accions per tal de portar els objectius de promoció de la salut a les agendes polítiques i de desenvolupament. Finalment,

a la conferència de Hèlsinki (2013) es va defensar la idea que la salut ha d'estar present en totes les polítiques i, a la conferència de Xangai l'any 2016, es va col·locar la promoció de salut com a centre dels Objectius de Desenvolupament Sostenible pel 2030 [45].

La promoció de la salut mental treballa sobre dos eixos, que són la prevenció dels problemes de salut i la potenciació dels recursos de salut dins la comunitat, a través dels actius de salut. L'objectiu principal de la promoció de la salut és ensenyar les persones a identificar i utilitzar aquells recursos que ja tenen i, d'aquesta manera, millorar la seva qualitat de vida, des d'una perspectiva salutogènica.

Segons Hernán-García, l'enfocament salutogènic en la promoció de la salut mental pretén impulsar una vida més satisfactòria a través de fomentar el benestar mental, el qual permet millorar les relacions interpersonals, treballar de manera productiva, fer front a les adversitats de la vida i contribuir positivament a la societat. Power i Herrman manifesten que aquesta promoció del benestar mental es pot fer a través d'accions individuals com enfortir les xarxes socials, augmentar l'activitat física, ser més conscient del món i d'un mateix o emprendre accions altruistes. O també es pot realitzar a través de la millora de l'entorn físic o la superació de barreres estructurals i de desigualtat [46].

Pel que fa infermeria, el treball de la professió en promoció de la salut ha demostrat ser efectiu en termes d'adherència al tractament, una major educació sanitària del pacient, una millora en l'autocura i en la qualitat de vida. Per una banda, una actuació molt important d'infermeria en relació a la promoció de la salut és educar el pacient i apoderar-lo. D'altra banda, aquesta promoció de la salut ha d'estar orientada a la comunitat i a la salut pública.

Per tal de promoure la salut de manera òptima, es requereixen diverses habilitats per part de la infermera; com per exemple, el coneixement ampli sobre aspectes relacionats amb la salut i la malaltia, així com pel que fa l'epidemiologia o diferents aspectes socials. Les habilitats comunicatives són considerades com una de les eines més importants, especialment pel que fa la capacitat de donar suport, saber respondre a diferents actituds i la capacitat

d'escolta activa. El treball en equip, la gestió del temps i la recerca d'evidència científica són clau també per dur a terme una bona promoció de la salut. És de gran importància, per tant, que la infermera esdevingui un referent pel pacient [47].

Segons els resultats d'un estudi de Cusack, Killoury i Nigent, és necessari que els professionals infermers potenciïn la recuperació a través d'una atenció individualitzada i centrada en la persona, sense limitar-se exclusivament a aconseguir l'absència de símptomes. Segons aquest paradigma, cal tenir molt en compte les creences, necessitats i fortaleses de la persona, per tal que aquestes puguin contribuir a la recuperació. La relació terapèutica entre el pacient i els professionals infermers esdevé molt important, ja que aquests últims han de ser capaços de promoure una bona comunicació amb el pacient, intervencions psicosocials, activitats preventives i de promoció de la salut. Per desenvolupar una atenció centrada en la persona, la formació continuada i comptar amb un equip interdisciplinari també és essencial [48].

Segons Ruddick, la infermera és l'encarregada d'apoderar la persona, especialment en quant a la identificació dels propis recursos i a l'hora d'augmentar l'autoresponsabilitat i l'autoconfiança. L'ajuda del pacient expert i el treball amb la família són també primordials, així com el sentit de pertinença dins la comunitat i les polítiques socials per tal d'afavorir la igualtat d'oportunitats [49]

La infermeria ofereix una atenció holística a la persona, és a dir, atén la persona en tota la seva globalitat. Es té en compte tant l'àmbit físic, com psicològic, social, emocional, espiritual i cultural. En aquest model, l'entorn no és un aspecte aïllat de la persona, si no que l'influència considerablement [50].

En referència a les diferents esferes de la persona, la dimensió física consta d'hàbits saludables i un bon estil de vida, és a dir, la pràctica d'activitat física, una dieta completa i equilibrada, una bona hidratació, una bona qualitat del son i un entorn sa. La dimensió psicològica inclou l'anàlisi de les cognicions que afavoreixen els trastorns d'ansietat, així com la construcció d'estratègies per augmentar la capacitat de resoldre problemes i per construir un bon autoconcepte [51,52].



La dimensió emocional comprèn la gestió dels sentiments, mentre que la dimensió social promou l'assertivitat i una millor relació amb els altres i amb un mateix. Mitjançant la dimensió espiritual, es fa una reflexió sobre els propis valors i creences, així com del sentit de la vida [50].

Kalra, Bhugra i Ruddick asseguren que la salut mental i la salut física van lligades i s'influencien mútuament. En línia amb la concepció holística de la persona, la dieta, l'exercici físic i l'entorn seran elements molt importants en les intervencions infermeres per tal de millorar els trastorns mentals. Aquests autors afirmen que és essencial conèixer les necessitats de la població, enfortir les xarxes socials de la persona i de la comunitat, construir hàbits saludables i augmentar la sensibilitat pels temes referents a la salut mental. Les intervencions primerenques i l'educació per la salut són molt efectives a l'hora de reduir la comorbiditat entre els trastorns psiquiàtrics i el grau de discapacitat que poden arribar a comportar [53].

Galvis-López manifesta que actualment la infermeria psiquiàtrica es pot basar en models d'infermeria diferents, però que el seu objectiu és la rehabilitació de la persona en l'entorn familiar, a través del seguiment d'un equip ambulatori. En el rol d'infermeria, és essencial reconèixer la complexitat de l'experiència de cada persona i la importància de la interacció amb el pacient, on cada persona entendrà la vida, la salut i el procés de malaltia d'una manera diferent. Per tant, el paper de la infermera és molt important a l'hora d'informar i ajudar al pacient a prendre decisions de manera autònoma. És a través d'aquesta relació terapèutica que es poden originar canvis en la persona atesa, sota el supòsit que tots els éssers humans tenen el potencial per canviar i millorar la seva salut i que l'eina més important que es pot oferir a les persones que sofreixen psicològicament és el diàleg dins un ambient de confiança [54].

## 5. La qualitat de vida

Segons la Organització Mundial de la Salut, la qualitat de vida es defineix com "la percepció que té una persona sobre el seu lloc a la vida en el context de la

cultura i societat on viu i en relació als seus objectius, expectatives, normes i interessos” [53].

La qualitat de vida engloba les diferents àrees i rols de la vida, com per exemple, les relacions interpersonals, familiars o laborals, la situació financera, la percepció de la salut física i mental, la satisfacció amb la vida, entre d'altres [55].

El terme “qualitat de vida” es va començar a utilitzar als anys seixanta i setanta, per tal d'analitzar la percepció subjectiva de diferents poblacions respecte el seu nivell de vida. Segons Lefley, la qualitat de vida indicaria el benestar de la persona però lligat a un punt de vista determinat, el qual pot variar segons el context cultural, econòmic o polític. Molta evidència sobre qualitat de vida concorda en què aquesta és subjectiva per a cadascú i que cada dimensió cobra una importància diferent per a cada persona i moment de la vida [56].

La qualitat de vida sovint es troba molt relacionada amb temes de salut, on els símptomes d'una malaltia o una baixa funcionalitat acaben afectant la salut i, per tant, la qualitat de vida. Tanmateix, hi ha altres aspectes no relacionats amb la salut i també molt importants per la qualitat de vida, com són els econòmics, cívics, polítics, socials i mediambientals [57].

Wang demostra que en el trastorn d'ansietat generalitzada, tant els símptomes físics com psicològics afecten considerablement la qualitat de vida, ja que poden provocar el deteriorament de diferents àrees de la vida [58].

Com més severs són els símptomes, més disminueix la qualitat de vida. D'acord amb Heldt, Lenz i Moritz, la reducció dels símptomes propis dels trastorns d'ansietat és molt important pels pacients a l'hora de percebre una millora de la seva qualitat de vida. També s'ha trobat que la qualitat de vida percebuda en l'inici del trastorn d'ansietat és menor que al cap d'un temps. D'altra banda, els autors Rapaport i Somers indiquen que amb major comorbiditat, menor és la qualitat de vida percebuda [59].

En referència a la qualitat de vida en salut mental, Connell demostra que els símptomes depressius són els que els participants identifiquen com a més significatius a l'hora de fer disminuir la qualitat de vida, més que l'ansietat o que

els símptomes psicòtics. La severitat del trastorn també afecta la percepció de les diferents àrees de la qualitat de vida. En aquest estudi, la desesperança o la sensació d'alienació respecte la societat eren presents en aquelles persones amb un trastorn mental més greu.

En aquesta mateixa investigació, també es trobava reflectida la contradicció entre necessitats i aspiracions en pacients amb algun trastorn mental. Algunes persones volien més independència respecte els altres, però a la vegada s'adonaven de la necessitat de suport i, fins i tot, dependència en els moments més crítics del trastorn. El mateix passava a l'hora d'assumir nous reptes, on la por que l'estrès pogués agreujar els símptomes els feia desdir d'intentar-ho. Per tant, l'estudi mostrava que pels participants era difícil saber quines decisions els proporcionarien major qualitat de vida [60].

Estudiar la qualitat de vida en salut mental permet entendre millor els problemes que afronten els pacients i ajuda a fer sorgir noves intervencions, a més de prevenir futures complicacions. La qualitat de vida es pot mesurar amb l'escala de qualitat de vida Whoqol-Bref, l'inventari breu de símptomes o l'escala de satisfacció amb la vida, entre els més destacables [61].

Tal com manifesta que hi ha 4 maneres principals d'explicar la qualitat de vida. Aquestes són: la valoració subjectiva que fa una persona dels fets positius presents a la seva vida, la satisfacció general que té amb la seva vida, la opinió que té sobre la seva salut física, mental, social i la seva funcionalitat o bé la percepció de si els seus objectius personals i la realitat que viu encaixen. La qualitat de vida pot ser valorada de manera subjectiva, segons els objectius de la persona, o bé des de la societat, d'acord amb el que aquesta estimi com a més important [62].

Si s'analitza la qualitat de vida des d'un punt de vista subjectiu, es valorarà la satisfacció en vers la vida o la felicitat. Des d'un punt de vista més objectiu, es tindran en compte les necessitats bàsiques, viure en unes condicions dignes o tenir una situació econòmica estable. Per les persones amb algun problema de salut mental, una investigació de Connell considera important tenir en compte els següents aspectes per avaluar la qualitat de vida: benestar, autonomia, autoconcepte, pertinença, activitat i esperança [63].

## JUSTIFICACIÓ

La prevalença de les malalties mentals és elevada, essent d'un 25% arreu del món segons la Organització Mundial de la Salut. Resten anys de vida a aquells que les pateixen, provoquen una discapacitat considerable i comporten uns costos econòmics importants. Són problemes de salut que no només afecten la pròpia persona, si no també les famílies i el conjunt de la societat. Segons Pitman, Krysinska i Naylor, la salut mental afecta també la salut física, ja sigui augmentant el risc de patir altres malalties com són les cardiovasculars, o bé empitjorant l'evolució dels problemes de salut ja presents en la persona [64].

En un estudi ampli a nivell d'Europa, només el 20,6% dels participants amb un trastorn d'ansietat va demanar ajuda professional i, d'aquests, un cop havent demanat ajuda, encara hi va haver un 23,2% que no va rebre cap tipus de tractament [29].

Tanmateix, mentre que els problemes de salut mental afecten de manera considerable a la població, a Europa els fons que s'inverteixen en recerca sobre aquest tema són molt escassos [64].

L'objectiu primordial del rol infermer és cuidar la persona i promoure el seu benestar, tenint en compte totes les seves esferes. S'atén l'esfera biològica, psicològica i social, sense desconnectar la persona del seu entorn, el qual és dinàmic i canviant al llarg del temps. És en aquesta visió de la infermeria que aquest treball troba el seu fonament, ja que es pretén observar la situació global de la persona per poder entendre el seu trastorn d'ansietat i ajudar-la en l'autocura, tot fomentant l'autoconfiança, l'autoresponsabilitat i, així, promoure una millora de la seva salut. Segons Pepin i Kérouac, l'auto-reflexió per part d'infermeria i l'escolta activa són claus per poder realitzar l'acompanyament de les persones amb un algun problema de salut mental [65].

En un article de Collier i Grant, es recull l'experiència de les persones que pateixen una malaltia mental per tal de poder entendre millor com la viuen. La por a recaure o a tornar a viure experiències emocionals desagradables, així com la soledat o l'estigma si expliquen les seves vivències és comú entre els

pacients. Una xarxa social de confiança la consideren vital per tal d'impulsar-los a la recuperació.

Per tant, dins el rol d'infermeria es fa necessari afavorir l'autonomia, l'educació del pacient i la presa de decisions autònoma per tal de combatre la discapacitat que poden provocar els trastorns d'ansietat.

Una de les tasques d'infermeria en salut mental és aportar estratègies d'afrontament i, segons l'estudi de Collier i Grant, tenir una ocupació, marcar-se uns objectius realistes, practicar exercici físic, l'expressió emocional de les vivències o l'acceptació dels pensaments sense permetre que condicionin la vida són eines que persones amb algun problema de salut mental han assenyalat com a útils [66].

Segons Mc Kay, sovint els pacients refereixen una deriva per arribar a delimitar el diagnòstic, de manera que es perd la seva individualitat. Entremig de la farmacologia, perceben com les seves necessitats reals no són adreçades. Per tant, l'atenció individualitzada es fa imprescindible [67].

Per últim, pel que fa la qualitat de vida i els trastorns d'ansietat, López de la Parra i Mendieta Cabrera conclouen en el seu estudi que la simptomatologia depressiva i els antecedents familiars d'un trastorn d'ansietat condueixen a una pitjor qualitat de vida. És essencial tenir en compte la qualitat de vida en el context d'un trastorn d'ansietat, ja que aquesta influencia en gran manera l'evolució de la malaltia i el tractament. Sense una bona qualitat de vida, la recuperació serà més difícil [68].

És sota aquesta mirada holística i treballant a través de l'escolta activa, la consideració de les necessitats del pacient i la implementació d'estratègies pel canvi, que aquest treball troba el seu fonament per ajudar a combatre els trastorns d'ansietat. En aquest cas, el trastorn d'ansietat generalitzada.

## BIBLIOGRAFIA

[1]: Baxter AJ, Patton G, Scott KM, Degenhardt L, Whiteford HA. Global epidemiology of mental disorders: what are we missing?. Plos One [Internet]. Juny 2013 [consultat 19 de març del 2019]; 8(6):1-9. Disponible a: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0065514&type=printable>

[2]: Who.int [Internet]. Ginebra: World Health Organization; c2019. Mental health: a state of well-being; 2014 [consultat 11 d'abril del 2019]; [aprox. 1 pantalla]. Disponible a: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)

[3]: Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. World Psychiatry [Internet]. Juny del 2015 [consultat 30 de desembre del 2018]; 14(2):231-233. Disponible a: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/wps.20231>

[4]: Lamers SMA, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET, Klooster PM, Keyes CLM. Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). Journal of Clinical Psychology [Internet]. 2011 [consultat 11 d'abril del 2019]; 67(1):99-110. Disponible a: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jclp.20741>

[5]: Doré I, Caron J. Santé mentale: concepts, mesures et déterminants. Santé mentale au Québec [Internet]. 2017 [consultat 29 de desembre del 2018]; 42(1):125-145. Disponible a: <https://www.erudit.org/en/journals/smq/2017-v42-n1-smq03101/1040247ar/>

[6]: Flórez-Moreno JD, Gallego-Jacded HD. La salud mental desde la transdisciplinariedad y el modelo integral. Tesis Psicológica [Internet]. Noviembre del 2011 [consultat 11 d'abril del 2019]; 6(1):118-141. Disponible a: <http://www.redalyc.org/pdf/1390/139022629008.pdf>

[7]: Lynch JM, Askew DA, Mitchell GK, Hegarty KL. Beyond symptoms: defining primary care mental health clinical assessment priorities, content and process. Social Science and Medicine [Internet]. Gener del 2012 [consultat 11 d'abril del

2019]; 74(2):143-9. Disponible a:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611006320>

[8]: Manwell LA, Barbic SP, Roberts K, Durisko Z, Lee C, Ware E et al. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open* [Internet]. Gener del 2015 [consultat el 2 de gener del 2019]; 5(6):1-11. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4458606/pdf/bmjopen-2014-007079.pdf>

[9]: Keyes CLM, Simoes EJ. To flourish or not: Positive Mental Health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health* [Internet]. Novembre 2012 [consultat el 30 de desembre del 2018]; 102(11):2164-72. Disponible a: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2012.300918>

[10]: Vaillant GE. Positive mental health: is there a cross-cultural definition?. *World Psychiatry* [Internet]. Juny 2012 [consultat 2 de gener del 2019]; 11(2):93-99. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1723861712000573>

[11]: Simms LJ, Prisciandaro JJ, Krueger RF, Goldberg DP. The structure of depression, anxiety and somatic symptoms in primary care. *Psychological Medicine* [Internet]. Juny 2011 [consultat 8 de gener del 2018]; 42(1):15-28. Disponible a: <https://search.proquest.com/docview/906482684?pq-origsite=gscholar>

[12]: Smoller JW. The Genetics of Stress-Related Disorders: PTSD, Depression and Anxiety Disorders. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2015 [consultat 25 de novembre del 2018]; 41(1):297-319. Disponible a: <https://www.nature.com/articles/npp2015266.pdf>

[13]: Angst J, Gamma A, Baldwin DS, Adjacic-Gross V, Rössler W. The generalized anxiety spectrum: prevalence, onset, course and outcome. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2009 [consultat 12 de maig del 2019]; 259(1):37–45. Disponible a: [http://doc.rero.ch/record/314434/files/406\\_2008\\_Article\\_832.pdf](http://doc.rero.ch/record/314434/files/406_2008_Article_832.pdf)

- [14]: Bateson M, Brilot B, Nettle D. Anxiety: An Evolutionary Approach. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2011 [consultat 21 de desembre del 2018]; 56(12):707-715. Disponible a: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0706743711105601202>
- [15]: McEvoy PM, Mahoney AEJ. To Be Sure, To Be Sure: Intolerance of Uncertainty Mediates Symptoms of Various Anxiety Disorders and Depression. *Behavior Therapy* [Internet]. 2012 [consultat 7 de gener del 2019]; 43(3):533-545. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000578941100075X?via%3Dihub>
- [16]: Dugas MJ, Freeston MH, Ladouceur R. Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research* [Internet]. 1997 [consultat 12 de maig del 2019]; 21(6):593-606. Disponible a: <https://search.proquest.com/openview/35a68980e6514b9acdbababba98848b7/1?pq-origsite=gscholar&cbl=47945>
- [17]: Shin LM, Liberzon I. The Neurocircuitry of Fear, Stress and Anxiety Disorders. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2009 [consultat 15 de novembre del 2018]; 35(1):169-191. Disponible a: <https://www.nature.com/articles/npp200983.pdf>
- [18]: Janak PH, Tye KM. From circuits to behaviour in the amygdala. *Nature* [Internet]. Gener del 2015 [consultat 15 de novembre del 2018]; 517(7534):284-292. Disponible a: <https://www.nature.com/articles/nature14188.pdf>
- [19]: Kolb B, Mychasiuk R, Muhammad A, Li Y, Frost DO, Gibb R. Experience and the developing prefrontal cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences* [Internet]. Juliol 2012 [consultat 9 de gener del 2019]; 109(2):1-8. Disponible a: [https://www.pnas.org/content/pnas/109/Supplement\\_2/17186.full.pdf](https://www.pnas.org/content/pnas/109/Supplement_2/17186.full.pdf)
- [20]: Kupfer DJ, Regier DA, Narrow WE, Blazer DG, Burke JD, Carpenter WT, et al. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. 5a edició. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.



[21]: Stein MB, Sareen J. Generalized Anxiety Disorder. *New England Journal of Medicine* [Internet]. Novembre 2015 [consultat 27 de novembre del 2018]; 373(21):2059-2068. Disponible a: [http://drkney.com/pdfs/GAD\\_111915.pdf](http://drkney.com/pdfs/GAD_111915.pdf)

[22]: Mahoney AEJ, Hobbs MJ, Newby JM, Williams AD, Sunderland M, Andrews G. The Worry Behaviors Inventory: Assessing the behavioral avoidance associated with generalized anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. Juny del 2016 [consultat 7 de gener del 2019]; 203:256-264. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032716305079>

[23]: Brown TA, Tung ES. The Contribution of Worry Behaviors to the Diagnosis of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* [Internet]. Maig del 2018 [consultat 3 de gener del 2019]; 40(4):636-644. Disponible a: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10862-018-9683-5.pdf>

[24]: Wheaton MG, Deacon BJ, McGrath PB, Berman NC, Abramowitz JS. Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety Disorders* [Internet]. 2012 [consultat 7 de gener del 2019]; 26(3):401-408. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618512000072>

[25]: Newman MG, Shin KE, Zuellig AR. Developmental risk factors in generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2016 [consultat 30 de novembre del 2018]; 206:94-102. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032716304712>

[26]: Jinyao Y, Xiongzhao Z, Auerbach RP, Gardiner CK, Lin C, Yuping W, et al. Insecure attachment as a predictor of depressive and anxious symptomatology. *Depression and Anxiety* [Internet]. 2012 [consultat 5 de gener del 2019]; 29(9):789-796. Disponible a: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/da.21953>

[27]: Borhani Y. Substance Abuse and Insecure Attachment Styles: A Relational Study. LUX [Internet]. 2013 [consultat 4 de gener del 2019]; 2(1):1-12. Disponible a: <https://scholarship.claremont.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://scholar.google.es/&httpsredir=1&article=1003&context=lux>

[28]: Newman MG, Llera SJ, Erickson TM, Przeworski A, Castonguay LG. Worry and Generalized Anxiety Disorder: A Review and Theoretical Synthesis of Evidence on Nature, Etiology, Mechanisms and Treatment. Annual Review of Clinical Psychology [Internet]. 2013 [consultat 4 de gener del 2019]; 9(1):275-297. Disponible a: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC4964851&blobtype=pdf>

[29]: Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21 st century. Dialogues in Clinical Neuroscience [Internet]. 2015 [consultat 25 de novembre del 2018]; 17(3):327-335. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610617/pdf/DialoguesClinNeurosci-17-327.pdf>

[30]: Baxter AJ, Vos T, Scott KM, Ferrari AJ, Whiteford HA. The global burden of anxiety disorders in 2010. Psychological Medicine [Internet]. Gener del 2014 [consultat 4 de gener del 2019]; 44(11):1-12. Disponible a: [https://www.researchgate.net/profile/Amanda\\_Baxter/publication/259876820\\_The\\_global\\_burden\\_of\\_anxiety\\_disorders\\_in\\_2010/links/53e001fc0cf2aede4b4be5c0.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Amanda_Baxter/publication/259876820_The_global_burden_of_anxiety_disorders_in_2010/links/53e001fc0cf2aede4b4be5c0.pdf)

[31]: Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. Psychological Medicine [Internet]. Juliol 2012 [consultat 4 de gener del 2019]; 43(5):897-910. Disponible a: <https://search.proquest.com/docview/1323168945?pq-origsite=gscholar>

[32]: Mscbs.gob.es [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; c2019. Nota Técnica. Encuesta Nacional de Salud. España 2017. Principales resultados; juny del 2018 [consultat 11 d'abril del 2019]; [aprox. 12 pantalles]. Disponible a:

[http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017\\_notatecnica.pdf](http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf)

[33]: Salutweb.gencat.cat [Internet]. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; c2019. Enquesta de salut de Catalunya 2017; 2018 [consultat 11 d'abril del 2019]; [aprox. 12 pantalles]. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/ca/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/enquestes/esca/resultats\\_enquesta\\_salut\\_catalunya](http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya)

[34]: Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. Dialogues in Clinical Neuroscience [Internet]. 2017 [consultat el 4 de gener del 2019]; 19(2):93-106. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573566/pdf/DialoguesClinNeurosci-19-93.pdf>

[35]: Hendriks SM, Spijker J, Licht CMM, Hardeveld F, de Graaf R, Batelaan NM, et al. Long-term disability in anxiety disorders. BMC Psychiatry [Internet]. Juliol del 2016 [consultat 4 de gener del 2019]; 16(1):1-8. Disponible a: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-016-0946-y>

[36]: Keefe JR, McCarthy KS, Dinger U, Zilcha-Mano S, Barber JP. A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. Clinical Psychology Review [Internet]. Juny del 2014 [consultat 5 de febrer del 2019]; 34(4): 309-323. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735814000531>

[37]: Carek PJ, Laibstain SE, Carek SM. Exercise for the treatment of depression and anxiety. International Journal of Psychiatry in Medicine [Internet]. 2011 [consultat 28 de gener del 2019]; 41(1):15-28. Disponible a: <https://pdfs.semanticscholar.org/dfb6/2ffb865f032fb5461e03b21a8b32e983511.pdf>

[38]: Anderson E, Shivakumar G. Effects of exercise and physical activity on anxiety. Frontiers in Psychiatry [Internet]. Abril del 2013 [consultat 28 de gener del 2018]; 4(27):1-4. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3632802/pdf/fpsyty-04-00027.pdf>

[39]: Who.int [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2019. ¿Qué es la promoción de la salud?; 2016 [consultat 12 d'abril del 2019]; [aprox. 1 pantalla]. Disponible a: <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>

[40]: Who.int [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2019. Health promotion. Good governance; n.d. [consultat 12 d'abril del 2019]; [aprox. 1 pantalla]. Disponible a: <https://www.who.int/healthpromotion/good-governance/en/>

[41]: Who.int [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2019. Health promotion. Health literacy; n.d. [consultat 12 d'abril del 2019]; [aprox. 1 pantalla]. Disponible a: <https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/>

[42]: Who.int [Internet]. Geneva : World Health Organization ; c2019. Health promotion. Healthy cities; n.d. [consultat 12 d'abril del 2019]. Disponible a: <https://www.who.int/healthpromotion/healthy-cities/en/>

[43]: Who.int [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2019. School and youth health promotion; n.d. [consultat 12 d'abril del 2019]; [aprox. 6 pantalles]. Disponible a: [https://www.who.int/school\\_youth\\_health/en/](https://www.who.int/school_youth_health/en/)

[44]: Who.int [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2019. Chronic diseases and health promotion; n.d. [consultat 12 d'abril del 2019]; [aprox. 5 pantalles]. Disponible a: [https://www.who.int/chp/about/global\\_forum/en/](https://www.who.int/chp/about/global_forum/en/)

[45]: Who.int [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2019. Health promotion. WHO Global Health Promotion Conferences; n.d. [consultat 14 d'abril del 2019]; [aprox. 1 pantalla]. Disponible a: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>

[46]: Hernán-García M, Mena-Jiménez AL, Lineros-González C, Botello-Díaz B, García-Cubillana de la Cruz P, Huertas-Povedano Á. Activos para la salud y promoción de la salud mental. Experiencia formativa [Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2011 [consultat 14 d'abril del 2019]. Disponible a: <https://consaludmental.org/publicaciones/Activossaludmental.pdf>

[47]: Kemppainen V, Tossavainen K, Turunen H. Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. Health Promotion International

[Internet]. Desembre del 2013 [consultat 12 d'abril del 2019]; 28(4):490-501. Disponible a: <https://academic.oup.com/heapro/article/28/4/490/556908>

[48]: Cusack E, Killoury F, Nugent LE. The professional psychiatric/mental health nurse: skills, competencies and supports required to adopt recovery orientated policy in practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [Internet]. 2016 [consultat 15 de març del 2019]; 24(2):93-104. Disponible a: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jpm.12347>

[49]: Ruddick F. Promoting mental health and wellbeing. *Nursing Standard* [Internet]. Febrer del 2013 [consultat el 15 del març del 2019]; 27(24):35-39. Disponible a: <https://search.proquest.com/docview/1317596961?pq-origsite=gscholar>

[50]: Mijangos-Fuentes KI. El Paradigma Holístico de la Enfermería. *Salud y Administración* [Internet]. 2014 [consultat 16 de gener del 2019]; 1(2):17-22. Disponible a: <http://www.unsis.edu.mx/SaludyAdministracion/02/Ensayos1.pdf>

[51]: Rausch L, Rovella A, Morales de Barbenza C, González-Rodríguez M. Procesos cognitivos del trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes. *Psicología y Salud* [Internet]. 2011 [consultat 2 de gener del 2019]; 21(2):215-226. Disponible a: <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/574/988>

[52]: Kusec A, Tallon K, Koerner N. Intolerance of uncertainty, causal uncertainty, causal importance, self-concept clarity and their relations to generalized anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy* [Internet]. Juny del 2016 [consultat el 4 de gener del 2019]; 45(4):307-323. Disponible a: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16506073.2016.1171391>

[53]: Kalra G, Christodoulou G, Jenkins R, Tsipas V, Christodoulou N, Lecic-Tosevski D, et al. Mental health promotion: guidance and strategies. *European Psychiatry* [Internet]. Febrer del 2012 [consultat el 15 de març del 2019]; 27(2):81-86. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092493381100160X>

[54]: Galvis-López MA. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Revista Cuidarte [Internet]. 2015 [consultat 14 d'abril del 2019]; 6(2): 1108-1120. Disponible a: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v6n2/v6n2a12.pdf>

[55]: Theofilou P. Quality of life: definition and measurement. Europe's Journal of Psychology [Internet]. 2013 [consultat 13 de març del 2019]; 9(1):150-162. Disponible a: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.299.4629&rep=rep1&type=pdf>

[56]: Urzúa-Morales A, Caqueo-Úrizar A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. Terapia Psicológica [Internet]. Gener del 2012 [consultat 13 de març del 2019]; 30(1):61-71. Disponible a: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>

[57]: Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Revista Española de Salud Pública [Internet]. Març del 2010 [consultat el 13 de març del 2019]; 84(2):169-184. Disponible a: <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2010.v84n2/169-184/es>

[58]: Wang J, Chen Y, Tan C, Zhao X. Family functioning, social support and quality of life for patients with an anxiety disorder. International Journal of Social Psychiatry [Internet]. Febrer del 2016 [consultat el 17 de març del 2019]; 62(1):5-11. Disponible a: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.915.9496&rep=rep1&type=pdf>

[59]: Sudhir PM, Sharma MP, Mariamma P, Subbakrishna DK. Quality of life in anxiety disorders: its relation to work and social functioning and dysfunctional cognitions: an exploratory study from India. Asian Journal of Psychiatry [Internet]. Desembre del 2012 [consultat el 15 de març del 2019]; 5(4):309-314. Disponible a: <https://0-www-science-direct.com.catalog.udg.edu/science/article/pii/S1876201812000834>

- [60]: Connell J, O’Cathain A, Brazier J. Measuring quality of life in mental health: Are we asking the right questions?. *Social Science & Medicine* [Internet]. Novembre del 2014 [consultat el 17 de març del 2019]; 120(1):12-20. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953614005437>
- [61]: Fontelene de Oliveira M, Moura-Castro RC, Pereira-Calou CG, Fontelene de Oliveira M, de Souza-Aquino P, Lima da Silva CG, et al. Ways to measuring quality of life in mental health. *International Archives of Medicine* [Internet]. 2015 [consultat 15 de març del 2019]; 8(91):1-4. Disponible a: <http://www.imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1128/795>
- [62]: Post MWM. Definitions of quality of life: What has happened and how to move on. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation* [Internet]. 2014 [consultat 15 d’abril del 2019]; 20(3):167-180. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4257148/pdf/sci-20-167.pdf>
- [63]: Connell J, Brazier J, O’Cathain A, Lloyd-Jones M, Paisley S. Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. Novembre del 2012 [consultat 15 de març del 2019]; 10(1):1-16. Disponible a: <https://hqlo.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1477-7525-10-138>
- [64]: Wykes T, Haro JM, Belli SR, Obradors-Tarragó C, Arango C, Ayuso-Mateos JL, et al. Mental health research priorities for Europe. *Lancet Psychiatry* [Internet]. Novembre del 2015 [consultat 22 de març del 2019]; 2(11):1036-1042. Disponible a: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/671711/mental\\_wykes\\_TLP\\_2015\\_ps.pdf;jsessionid=77D44D690F668BD7A48F5BF00C22B388?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/671711/mental_wykes_TLP_2015_ps.pdf;jsessionid=77D44D690F668BD7A48F5BF00C22B388?sequence=1)
- [65]: Olivé-Ferrer MC, Isla-Pera MP. El modelo Watson para un cambio de paradigma en los cuidados enfermeros. *Revista Rol Enfermería* [Internet]. 2015 [consultat 22 de març del 2019]; 38(2):123-128. Disponible a: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65766/1/647485.pdf>

[66]: Collier E, Grant MJ. A Literature Review on the Experience of Long-Term Mental Illness. *Issues in Mental Health Nursing* [Internet]. Febrer del 2018 [consultat el 25 de novembre del 2018]; 39(6):506-513. Disponible a: [https://0-www-tandfonline-](https://0-www-tandfonline-com.catalog.udg.edu/doi/full/10.1080/01612840.2017.1404169)

[com.catalog.udg.edu/doi/full/10.1080/01612840.2017.1404169](https://0-www-tandfonline-com.catalog.udg.edu/doi/full/10.1080/01612840.2017.1404169)

[67]: McKay EA. 'Rip that book up, I've changed': unveiling the experiences of women living with and surviving enduring mental illness. *British Journal of Occupational Therapy* [Internet]. Març 2010 [consultat 30 d'octubre del 2018]; 73(3):96-105. Disponible a: [https://www.researchgate.net/profile/Elizabeth\\_Mckay/publication/233634183\\_'Rip\\_That\\_Book\\_up\\_I've\\_Changed'\\_Unveiling\\_the\\_Experiences\\_of\\_Women\\_Living\\_with\\_and\\_Surviving\\_Enduring\\_Mental\\_Illness/links/0deec51b07fd7f261f000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Elizabeth_Mckay/publication/233634183_'Rip_That_Book_up_I've_Changed'_Unveiling_the_Experiences_of_Women_Living_with_and_Surviving_Enduring_Mental_Illness/links/0deec51b07fd7f261f000000.pdf)

[68]: Marjan-López de la Parra MP, Mendieta-Cabrera D, Muñoz-Suárez MA, Díaz-Anzaldúa A, Cortés-Sotres JF. Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Salud Mental* [Internet]. Noviembre 2014 [consultat 1 d'abril del 2019]; 37(6):509-516. Disponible a: <https://www.redalyc.org/html/582/58237778009/>

[69]: Gencat.cat [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; c2019. Enquesta de Salut de Catalunya. 2n semestre del 2018; 2018 [consultat 5 d'abril del 2019]; [aprox. 45 pantalles]. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/ca/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/enquestes/esca/resultats\\_enquesta\\_salut\\_catalunya/](http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya/)

[70]: Salutweb.gencat.cat [Internet]. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; c2019. Enquesta de Salut de Catalunya. 1r semestre del 2019. Qüestionari general. Població de 15 anys i més; desembre del 2018 [consultat 12 d'abril del 2019]; [aprox. 49 pantalles.] Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/ca/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/enquestes/esca/resultats\\_enquesta\\_salut\\_catalunya/](http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya/)

[71]: Hospital Universitario Virgen de las Nieves [Internet]. Granada: Servicio Andaluz de Salud; c2019. Escala de Ansiedad de Hamilton; n.d. [consultat 1



d'abril del 2019]; [aprox. 3 pantalles]. Disponible a:  
[http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala\\_de\\_ansiedad\\_de\\_hamilton.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf)

[72]: Jiménez-Izarrá C. Musicoterapia para el tratamiento de la ansiedad, depresión y somatizaciones. Estudio de un caso. Revista de Investigación en Musicoterapia [Internet]. 2017 [consultat 5 d'abril del 2019]; 1(1):85-105. Disponible a: <https://revistas.uam.es/index.php/rim/article/view/7725>

[73]: Junta de Andalucía [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; c2019. Afrontando las preocupaciones; 2011 [consultat 1 d'abril del 2019]; [aprox. 8 pantalles]. Disponible a:  
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/481/html/afrentando.html>

[74]: Nettle D, Bateson M. The Evolutionary Origins of Mood and Its Disorders. Current Biology [Internet]. 2012 [consultat el 5 d'abril del 2019]; 22(17):712-21. Disponible a:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0960982212006653?via%3Dihub>

[75]: Ibáñez-Cubillas P, Díaz-Martín C, Pérez-Torregrosa AB. Social networks and childhood. New agents of socialization. Procedia-Social and Behavioral Sciences [Internet]. 2017 [consultat 6 d'abril del 2019]; 237(21): 64-69. Disponible a:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042817300265>

[76]: Itson Universidad [Internet]. México: Instituto Tecnológico de Sonora; c2019. Autoconciencia; 2012 [consultat 6 d'abril del 2019]; [aprox 7 pantalles]. Disponible a:  
[http://biblioteca.itson.mx/oa/desarrollo\\_personal/oa36/autoconciencia/index.htm](http://biblioteca.itson.mx/oa/desarrollo_personal/oa36/autoconciencia/index.htm)

[77]: Bullinger M, Quitmann J. Quality of life as patient-reported outcomes: principles of assessment. Dialogues in Clinical Neuroscience [Internet]. 2014 [consultat 6 d'abril del 2019]; 16(2):137-145. Disponible a:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4140508/pdf/DialoguesClinNeurosci-16-137.pdf>

[78]: MedConsults. College of Medicine [Internet]. Gainesville: University of Florida; c2019. Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A); maig del 2011 [consultat 1 d'abril del 2019]; [aprox. 2 pantalles]. Disponible a: <https://dcf.psychiatry.ufl.edu/files/2011/05/HAMILTON-ANXIETY.pdf>

[79]: Proyecto Oroel de Jaca [Internet]. Huesca: Red Aragonesa de Proyectos de Promoción para la Salud. Inventario de Preocupación de Pensilvania (Penn State Worry Questionnaire); n.d. [consultat 3 d'abril del 2019]; [aprox. 5 pantalles]. Disponible a: [http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/H\\_Recursos/h\\_6\\_Psicol\\_Clinica/h.6.4.Instrumentos\\_evaluac/05.PSWQ\\_Invent\\_preocupacion\\_pensilvania.pdf](http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/H_Recursos/h_6_Psicol_Clinica/h.6.4.Instrumentos_evaluac/05.PSWQ_Invent_preocupacion_pensilvania.pdf)

[80]: Ude@ Educación Virtual [Internet]. Medellín: Universidad de Antioquía; c2017. Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre (IUS); n.d. [consultat 3 d'abril del 2019]; [aprox. 2 pantalles]. Disponible a: [http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/men\\_udea/pluginfile.php/27441/mod\\_resource/content/0/EVALUACION\\_ANSIEDAD\\_GENERALIZADA.pdf](http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/men_udea/pluginfile.php/27441/mod_resource/content/0/EVALUACION_ANSIEDAD_GENERALIZADA.pdf)

[81]: Yang Z. Psychometric Properties of the Intolerance of Uncertainty Scale (IUS) in a Chinese-Speaking Population. Behavioural and Cognitive Psychotherapy [Internet]. 2013 [consultat 3 d'abril del 2019]; 41(4):500-4. Disponible a: <https://search.proquest.com/docview/1477175323?pq-origsite=gscholar>

[82]: Andrade-Fernández EM, Arce-Fernández C, Seane-Pesqueira G. Adaptación al español del cuestionario "Perfil de los Estados de Ánimo" en una muestra de deportistas. Psicothema [Internet]. 2002 [consultat 3 d'abril del 2019]; 14(4):708-713. Disponible a: <http://www.psicothema.es/pdf/788.pdf>

[83]: BIPFAES. Banco de instrumentos psicométricos [Internet]. España: Faes 2.1. Programa; c2019. Escala Autoaplicada de Adaptación Social; n.d. [consultat 3 d'abril del 2019]; [aprox. 2 pantalles]. Disponible a: [http://www3.faesfarma.com/BIPFAES\\_MOD/test/impresion/076.pdf](http://www3.faesfarma.com/BIPFAES_MOD/test/impresion/076.pdf)

[84]: Valderrama-Monsalve V, Orejuela-Soto F. Adaptación social y estrategias de afrontamiento en estudiantes de primer semestre de pregrado de la Universidad de Antioquía, sedes de Medellín, provenientes de regiones

diferentes a Antioquía [TFG a Internet]. Medellín: Universidad de Antioquía; 2015 [consultat 3 d'abril del 2019]. Disponible a: [http://200.24.17.74:8080/jspui/bitstream/fcsh/189/1/ValderramaVivianne\\_adaptacionsolestrategiasafrontamientoestudiantesprimersemestrepregradouniversidadantioquiamedellinregionesdiferentesantioquia.pdf](http://200.24.17.74:8080/jspui/bitstream/fcsh/189/1/ValderramaVivianne_adaptacionsolestrategiasafrontamientoestudiantesprimersemestrepregradouniversidadantioquiamedellinregionesdiferentesantioquia.pdf)

[85]: Díaz-Heredia LP, Muñoz-Sánchez AI, de Vargas D. Confiabilidad y validez del cuestionario de espiritualidad de Parsian y Dunning en versión española. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2012 [consultat 4 d'abril del 2019]; 20(3):1-8. Disponible a: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es\\_a18v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a18v20n3.pdf)

[86]: Miguel-Rojas J, Vílchez-Quevedo EJ, Reyes-Bossio M. Espiritualidad e inteligencia emocional en estudiantes universitarios de la ciudad de Ayacucho. Interacciones [Internet]. Maig del 2018 [consultat 4 d'abril del 2019]; 4(2):131-141. Disponible a: <https://ojs.revistainteracciones.com/index.php/ojs/article/view/104/html>

[87]: Dapcich V, Salvador-Castell G, Ribas-Barba L, Pérez-Rodrigo C, Aranceta-Bartrina J, Serra-Majem LI, et al. Guía de la alimentación saludable [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria; 2016 [consultat 18 d'abril del 2019]. Disponible a: [https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/06/Guia\\_SENC.pdf](https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/06/Guia_SENC.pdf)

[88]: Guiainfantil.com [Internet]. Madrid: Polegar Medios S.L.; c2019. Reviriego C. Técnica del semáforo de alimentos para adolescentes; 2017 [consultat 18 d'abril del 2019]; [aprox. 1 pantalla]. Disponible a: <https://www.guiainfantil.com/articulos/alimentacion/tecnica-del-semaforo-de-alimentos-para-adolescentes/>

[89]: Asenarco.es [Internet]. Saragossa: Asociación Española del Sueño, c2019. Guía del Sueño; 2017 [consultat 18 d'abril del 2019]; [aprox. 7 pantalles]. Disponible a: <http://asenarco.es/wp-content/uploads/2017/03/GuiadelSue%C3%B1o.pdf>

[90]: Paho.org [Internet]. Washington: Pan American Health Organization; c2019. ¡A moverse! Guía de actividad física; 2019 [consultat 22 d'abril del 2019]; [aprox. 33 pantalles]. Disponible a:

[https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&view=download&slug=guia-de-actividad-fisica-msp-compressed&Itemid=307](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&slug=guia-de-actividad-fisica-msp-compressed&Itemid=307)

[91]: Ballbé-Gibernau M, Bruguera-Cortada E, Cano-Vega M, Delgado-Almeda MT, Fernández-Grané T, Fonseca-Casals F, et al. Guía de intervención clínica en el consumo de tabaco en pacientes con trastorno mental [Internet]. Barcelona: Red Catalana de Hospitales sin Humo; 2012 [consultat 22 d'abril del 2019]. Disponible a: <https://www.xchsf.cat/docs/460-Guia%20Tabac%20int%20cast.pdf>

[92]: Zarco-Montejo J. Documento de consenso sobre la deshabituación tabáquica [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2016 [consultat 25 d'abril del 2019]. Disponible a: [https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/06/Consenso-deshabituaci%C3%B3n-alcoh%C3%B3lica\\_DEF.pdf](https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/06/Consenso-deshabituaci%C3%B3n-alcoh%C3%B3lica_DEF.pdf)

[93]: Arbesu JA, Armenteros del Olmo L, Casquero R, Gonçalves F, Guardia-Serecigni J, López-Santiago A, et al. Manual de consenso sobre alcohol en atención primaria [Internet]. Barcelona: Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías; 2016 [consultat 25 d'abril del 2019]. Disponible a: <http://www.socidrogalcohol.org/manuales-y-guias-clinicas-de-socidrogalcohol.html>

[94]: Eoepsabi.educa.aragon.es [Internet]. Huesca: Proyecto Oroel de Jaca; c2018. Villa-Bruned Q. Las creencias irracionales según la terapia racional emotiva de Ellis; n.d. [consultat 23 d'abril del 2019]; [aprox. 6 pantalles]. Disponible a: [http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/H\\_Recursos/h\\_6\\_Psicol\\_Clinica/h.6.1.Materiales\\_divulgacion/5.2.TRE%20Ellis.pdf](http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/H_Recursos/h_6_Psicol_Clinica/h.6.1.Materiales_divulgacion/5.2.TRE%20Ellis.pdf)

[95]: Juntadeandalucia.es [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; c2019. García-Herrera JM, Noguera-Morillas EV. Guías de autoayuda. Aprenda a controlar sus pensamientos ansiosos; 2013 [consultat 23 d'abril del 2019]; [aprox. 6 pantalles]. Disponible

a:[http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/567/pdf/24\\_guia\\_pensamientos\\_ansiosos.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/567/pdf/24_guia_pensamientos_ansiosos.pdf)

[96]: Juntadeandalucia.es [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; c2019. García-Herrera JM, Nogueras-Morillas EV. Guías de Autoayuda. ¿Cómo resolver problemas?; 2013 [consultat 24 d'abril del 2019]; [aprox. 7 pantalles]. Disponible a: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr\\_smental\\_23\\_12\\_gauto\\_2](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_smental_23_12_gauto_2)

[97]: Juntadeandalucia.es [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; c2019. García-Herrera JM, Nogueras-Morillas EV. Guías de Autoayuda. ¿Cómo hacer frente a las preocupaciones?; 2013 [consultat 24 d'abril del 2019]; [aprox. 10 pantalles.] Disponible a: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/567/pdf/20guia\\_preocupaciones.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/567/pdf/20guia_preocupaciones.pdf)

[98]: Psicoactiva. La autoestima: qué es y cómo potenciarla [Vídeo a Internet]. 2016 [consultat 17 d'abril del 2019]. Disponible a: <https://www.youtube.com/watch?v=xdd2I9OUga0>

[99]: Vaz-Serra A. Lo que un buen autoconcepto puede hacer por nosotros. Revista Iberoamericana de Psicología [Internet]. 2015 [consultat 17 d'abril del 2019]; 116(1):47-56. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288543>

[100]: Revistainsight.es [Internet]. Espanya: Revista Psicológica Insight; c2019. Locus de control; 2014 [consultat 17 d'abril del 2019]; [aprox. 1 pantalla]. Disponible a: <http://www.revistainsight.es/locus-de-control/>

[101]: Cop.es [Internet]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicología; c2015. Técnicas para manejar la ansiedad y el pánico; n.d. [consultat 20 d'abril del 2019]; [aprox. 13 pantalles]. Disponible a: <http://www.cop.es/colegiados/pv00520/tecnicas%20ansiedad.pdf>

[102]: Amadag.com [Internet]. Madrid: Asociación Madrileña de Agorafobia; c2019. Maldonado G. ¿Qué es y cómo aplicar la relajación progresiva de

Jacobson?; 2017 [consultat 20 d'abril del 2019]; [aprox. 3 pantalles]. Disponible a: <https://amadag.com/aplicar-la-relajacion-progresiva-jacobson/>

[103]: Ual.es [Internet]. Almería: Universidad de Almería; c2019. Relajación progresiva de Jacobson; n.d. [consultat 20 d'abril del 2019]; [aprox. 3 pantalles]. Disponible a: <https://w3.ual.es/Universidad/GabPrensa/controlexamenes/pdfs/capitulo08.pdf>

[104]: Desrosiers A, Vine V, Klemanski DH, Nolen-Hoeksema S. Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. *DepressAnxiety* [Internet]. 2013 [consultat 20 d'abril del 2019]; 30(7):654-661. Disponible a: <https://0-www-ncbi-nlm-nih-gov.catalog.udg.edu/pmc/articles/PMC4012253/pdf/nihms572610.pdf>

[105]: Mayoclinic.org [Internet]. Rochester: Mayo Foundation for Medical Education and Research; c2019. Mindfulness exercises; 2018 [consultat 21 d'abril del 2019]; [aprox. 1 pantalla]. Disponible a: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/consumer-health/in-depth/mindfulness-exercises/art-20046356>

[106]: F-ima.org [Internet]. Barcelona: Fundación Imagen y Autoestima; c2013. Autoestima; n.d. [consultat 17 d'abril del 2019]; [aprox. 1 pantalla]. Disponible a: <http://www.f-ima.org/es/factores-de-proteccion-para-la-prevencion/autoestima>

[107]: Juntadeandalucia.es [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; c2019. La autoestima; 2011 [consultat 17 d'abril del 2019]; [aprox. 8 pantalles]. Disponible a: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/481/html/descargas/4\\_Web\\_Autoestima.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/481/html/descargas/4_Web_Autoestima.pdf)

[108]: Juntadeandalucia.es [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; c2019. La autoestima; 2011 [consultat 17 d'abril del 2019]; [aprox. 8 pantalles]. Disponible a: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/481/html/descargas/4\\_Web\\_Autoestima.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/481/html/descargas/4_Web_Autoestima.pdf)

[109]: Leahy RL. From practicing cognitive therapy: a guide to interventions [Internet]. Lanham: Jason Aronson Publishing; 1997. 1, Introduction: Fundamentals of Cognitive Therapy; [consultat 17 d'abril del 2019]; p. 1-11. Disponible a: <http://cognitivetherapynyc.com/docs/aronsonintro.pdf>

[110]: Eslami AA, Rabiei L, Afzali SM, Hamidizadeh S, Masoudi R. The effectiveness of assertiveness training on the levels of stress, anxiety and depression of high school students. Iran Red Crescent Med J [Internet]. 2016 [consultat 19 d'abril del 2019]; 18(1):1-10. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752719/pdf/ircmj-18-01-21096.pdf>

[111]: Sorkari.com [Internet]. Sopela: Atención integral al desarrollo de la persona; c2019. Feijoo-Portero P. Asertividad frente los conflictos; n.d. [consultat 20 d'abril del 2019]; [aprox. 9 pantalles]. Disponible a: [http://sorkari.com/pdf/Conflictos\\_Asertividad.pdf](http://sorkari.com/pdf/Conflictos_Asertividad.pdf)

[112]: Juntadeandalucia.es [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; c2019. García-Herrera JM, Nogueras-Morillas EV. Guías de autoayuda. Aprenda a organizar sus actividades; 2013 [consultat 25 d'abril del 2019]; [aprox. 5 pantalles]. Disponible a: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/567/pdf/15\\_guia\\_organizar\\_actividades.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/567/pdf/15_guia_organizar_actividades.pdf)

[113]: Juntadeandalucia.es [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; c2019. García-Herrera JM, Nogueras-Morillas EV. Guías de autoayuda. Aprenda a relacionarse mejor con los demás; 2013 [consultat 25 d'abril del 2019]; [aprox. 6 pantalles]. Disponible a: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/567/pdf/17guia\\_relacionarse.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/567/pdf/17guia_relacionarse.pdf)

[114]: Upsocl Video. Corto inspirador- Identidad [Vídeo a Internet]. 2014 [consultat 18 d'abril del 2019]. Disponible a: <https://www.youtube.com/watch?v=97HSsCrRS-8>

[115]: Arrieta-García AL. El abordaje de la dimensión espiritual en la enfermedad terminal [TFG a internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid;

2014 [consultat 18 d'abril del 2019]. Disponible a: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/7212/1/TFG-G693.pdf>

[116]: López-Seoane-Puente B. El cuidado espiritual de los pacientes en el proceso de aceptación de la muerte [TFG a internet]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2017 [consultat 18 d'abril del 2019]. Disponible a: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680664/lopez-seoane\\_puente\\_beatriztf.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680664/lopez-seoane_puente_beatriztf.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[117]: Weber SR, Pargament KI. The role of religion and spirituality in mental health. Current Opinion [Internet]. 2014 [consultat 19 d'abril del 2019]; 27(5):358-363. Disponible a: <https://pdfs.semanticscholar.org/8422/fdcc2e5ef96123ef197821a03c0472018a36.pdf>

[118]: Rcpsych.ac.uk [Internet]. Londres: Royal College of Psychiatrists; c2019. Spirituality and mental health; 2015 [consultat 19 d'abril del 2019]; [aprox. 14 pantalles]. Disponible a: <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/spirituality-and-mental-health>

[119]: Nutricioncomunitaria.org [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, c2019. Pirámide de Alimentación Saludable; 2017 [consultat 18 d'abril del 2019]; [aprox. 1 pantalla]. Disponible a: <http://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia/se-presentan-las-nuevas-guias-alimentarias-para-la-poblacion-espanola-elaboradas-por-la-senc-con-la->

[120]: Asenarco.es [Internet]. Saragossa: Asociación Española del Sueño, c2019. Guía del Sueño; 2017 [consultat 18 d'abril del 2019]; [aprox. 7 pantalles]. Disponible a: <http://asenarco.es/wp-content/uploads/2017/03/GuiadelSue%C3%B1o.pdf>

[121]: Cat-barcelona.com [Internet]. Barcelona: Centre d'Assistència Terapèutica, c2008. Roca E. La Teràpia Racional Emotiva (TRE); n.d. [consultat 23 d'abril del 2019]; [aprox. 16 pantalles]. Disponible a: <https://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/terapia-racional-emotiva/tre7.pdf>



[122]: Uwosh.edu [Internet]. Oshkosh: University of Wisconsin; c2019. How to communicate assertively and respectfully; n.d. [consultat 20 d'abril del 2019]; [aprox. 2 pantalles]. Disponible a: <http://www.uwosh.edu/ccdet/caregiver/Documents/Gris/Handouts/gracasr.pdf>

[123]: Franke GH, Jaeger S, Glaesmer H, Barkmann C, Petrowski K, Braehler E. Psychometric analysis of the brief symptom inventory 18 (BSI-18) in a representative German sample. BMC Medical Research Methodology [Internet]. 2017 [consultat 16 d'abril del 2019]; 17(14):1-7. Disponible a: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12874-016-0283-3>

[124]: Books.wwnorton.com [Internet]. Nova York: W.W. Norton & Company, Inc; 2019. Rosenberg Self-Esteem Scale, n.d. [consultat 16 d'abril del 2019]; [aprox. 1 pantalla]. Disponible a: <https://www.wwnorton.com/college/psych/psychsci/media/rosenberg.htm>

[125]: Gigantesco A, Giuliani M. Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità [Internet]. 2011 [consultat 16 d'abril del 2019]; 47(4):363-372. Disponible a: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/aiss/v47n4/a07v47n4.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/aiss/v47n4/a07v47n4.pdf)

## OBJECTIUS I HIPÒTESI

**Objectiu general:** Avaluar l'efectivitat d'un programa d'intervencions infermeres, basat en les dimensions física, psicològica, emocional, social i espiritual de la persona, en la millora del trastorn d'ansietat generalitzada.

**Objectius específics:**

- Identificar si hi ha diferències segons sexe, edat, estat civil, estudis, situació econòmica, ocupació o nacionalitat
- Avaluar com la pràctica d'hàbits de vida saludables afavoreix la salut mental
- Determinar l'impacte de la psicoeducació en persones que pateixen un trastorn d'ansietat
- Identificar la importància de la consciència de les emocions
- Descriure la rellevància de les relacions interpersonals en els trastorns mentals
- Determinar la influència de l'espiritualitat en la salut
- Conèixer els canvis que s'originen en la qualitat de vida quan s'atén la persona en la seva globalitat

**Hipòtesi:**

Un programa d'intervencions infermeres que engloba les 5 dimensions de la persona incideix en la millora de la simptomatologia i la qualitat de vida de les persones amb un trastorn d'ansietat generalitzada

## METODOLOGIA

### Disseny de l'estudi

Estudi quasi experimental sobre l'abans i el després d'una intervenció a través de metodologia quantitativa i qualitativa

### Àmbit de l'estudi

L'estudi es durà a terme a la Regió Sanitària de Girona

### Població de l'estudi

Està dirigit a persones diagnosticades del trastorn d'ansietat generalitzada que facin el seguiment al Centre de Salut Mental d'Adults del Gironès i el Pla de l'Estany

### Mostra

La mida de la mostra serà de 50 participants d'una població total de 2161 persones diagnosticades d'un trastorn d'ansietat generalitzada a la Regió Sanitària de Girona l'any 2018.

Aquesta mostra s'escollirà a través d'un mostreig aleatori sistemàtic

### Criteris d'inclusió i d'exclusió

Per poder ser part de la mostra d'aquest estudi, caldrà que les persones compleixin els següents criteris d'inclusió:

- Ser major de 18 anys
- Estar diagnosticat del trastorn d'ansietat generalitzada
- Comprendre correctament la llengua catalana o castellana
- Acceptar participar en l'estudi donant el seu consentiment informat
- Complir correctament amb el tractament terapèutic actual

Aquelles persones que tinguin algun dels següents criteris d'exclusió no podran formar part de l'estudi:

- Ser menor de 18 anys
- No entendre la llengua catalana o castellana
- Patir un deteriorament cognitiu moderat o sever
- Haver efectuat canvis en el tractament farmacològic o psicoterapèutic durant el període que dura la intervenció d'aquest estudi
- Tenir un trastorn d'abús de substàncies tòxiques, com ara a l'alcohol, al cànnabis, a la cocaïna, entre d'altres substàncies psicoactives similars

## Variables

Variables sociodemogràfiques i socioeconòmiques:

- Edat: variable quantitativa, assenyalada en anys
- Sexe: variable qualitativa, home o dona
- Estat civil: variable qualitativa, on podem distingir entre solter, en parella, parella de fet, casat, separat, divorciat o vidu
- Estudis: variable qualitativa, dividida en persones amb estudis primaris incomplets, estudis primaris complets, educació secundària, batxillerat, formació professional, estudis universitaris i estudis universitaris de màster, post-grau, doctorat, MIR o equivalent [69].
- Ocupació: variable qualitativa, on es pot triar entre treballador, treballador però amb baixa laboral, aturat amb prestació, aturat sense prestació, mestre/essa de casa, estudiant, persona amb discapacitat, jubilat per raó d'edat o jubilat de manera anticipada [69].
- Situació econòmica: variable qualitativa. Es demana que marquin tots els ítems que tenen o es poden permetre tenir a casa seva: rentadora, fer tres o quatre àpats de carn o peix a la setmana i l'equivalent si són vegetarians, calefacció durant els mesos freds, televisió, telèfon (fix o mòbil), cotxe, anar de vacances una setmana cada any o fer front a una despesa imprevista de 500 euros [70].
- Nacionalitat: variable qualitativa, on es demana a la persona que esculli la nacionalitat amb què més s'identifica. Les opcions difereixen entre

espanyola, espanyola i una altra d'estrangera o estrangera, la qual se sol·licita que s'especifiqui [69].

#### Variables clíniques:

- Nivell d'ansietat psíquica: variable qualitativa. Correspon a l'estat de tensió psicològic i emocional, el qual es tradueix en determinades conductes com són l'evitació o la recerca de seguretat [71].
- Nivell d'ansietat somàtica: variable qualitativa, la qual mostra els canvis que l'ansietat produeix a nivell fisiològic (taquicàrdia, dificultat per respirar, nàusees, mareig, dolors crònics, entre d'altres) [72].
- Intensitat de les preocupacions: variable qualitativa. Les preocupacions es refereixen a la por a un problema o a possibles esdeveniments negatius. Consisteixen en processos cognitius que contribueixen a un estat d'alerta davant la percepció d'una amenaça [73].
- Tendència a la intolerància a la incertesa: variable qualitativa. Correspon a la predisposició a reaccionar de manera negativa a les situacions que es presenten incertes [21].
- Estat d'ànim: variable qualitativa. Consisteix en un estat afectiu que dura un temps i que sorgeix quan succeeix un esdeveniment positiu o negatiu, el qual té un efecte que canvia la predisposició emocional de la persona. També pot ser considerat com la suma de diferents experiències emocionals al llarg d'un temps [74].

#### Variables psicosocials:

- Socialització: variable qualitativa. Es defineix com el desenvolupament de pensaments, sentiments i accions a partir de la interacció amb els altres, de manera que es pot efectuar una contribució significativa a la societat [75].
- Espiritualitat: variable qualitativa. Promou una valoració adequada d'un mateix, un sentit de transcendència i fomenta una connexió amb l'interior de cada persona. Ajuda a construir una escala de valors i busca la plenitud a través de perfeccionar-se a si mateix [76].

- Qualitat de vida: variable qualitativa definida com la percepció subjectiva de salut, tenint en compte les diferents dimensions (física, psicològica o social) de la persona que afecten la salut global percebuda [77].

## Instruments

- L'escala d'ansietat de Hamilton s'utilitza per mesurar la severitat dels símptomes d'ansietat. És comú utilitzar-la en el trastorn d'ansietat generalitzada i pot resultar adequada per mesurar els canvis després d'una intervenció. Va ser creada per Max Hamilton l'any 1959 en anglès i l'any 2002 va ser validada al castellà per Lobo, Chamorro, Luque i altres autors que pertanyen al Grup de Validació en Espanyol d'Escales Psicomètriques.

Consta de 14 ítems, 7 que indiquen l'ansietat somàtica i 7 que identifiquen l'ansietat psíquica. És una escala que permet demostrar que no totes les persones experimenten l'ansietat de la mateixa manera. És heteroadministrada, on el professional va marcant les respostes que dona la persona. El temps d'administració és entre 10 i 15 minuts. Hi ha la possibilitat de respondre entre cinc opcions que van de 0 (absent) a 4 (sever). La puntuació màxima pot ser 56, on una puntuació major a 17 indica una ansietat lleu, entre 18 i 24 punts una ansietat entre lleu i moderada i de 25 a 30 un estat d'ansietat entre moderat i sever. Més de 30 punts ja correspondria a una ansietat severa o molt severa. Es pot consultar a l'annex 1.1 [71,78].

- L'inventari de preocupacions de Pennsilvània va ser creat per Meyer, Miller, Metzger i Borkovec l'any 1990. Va ser validat al castellà l'any 2002 per Nuevo, Montorio i Ruiz. Avalua la preocupació-tret, que és la tendència de la pròpia personalitat a preocupar-se. Aquest factor és especialment rellevant en el trastorn d'ansietat generalitzada, on la característica principal són les preocupacions excessives i incontrolables. Serveix com a instrument per detectar el trastorn d'ansietat generalitzada, o bé per avaluar els resultats després d'una intervenció terapèutica. Pot ser autoaplicat i el temps d'administració és d'uns 8 minuts.

Consta de 16 ítems, on es pot escollir entre 5 opcions que van de “res” a “molt”. El rang de puntuació és entre 16 i 80 punts. Els ítems 1, 3, 8, 10 i 11 es puntuen del revés, amb l’opció “molt” comptant un punt. Els altres ítems es puntuen amb l’opció “molt” comptant 5 punts. El punt de tall per la detecció del trastorn d’ansietat generalitzada és entre els 56 i els 60 punts. Es pot consultar a l’annex 1.2 [79].

- El test d’intolerància a la incertesa va ser creat per Freeston, Rhéaume, Letarde, Dugas i Ladouceur l’any 1994 i validat al castellà l’any 1998 per González, Ibáñez, Peñate i Díaz. Consta de 27 ítems, els quals poden ser puntuats de l’1 al 5, significant 1 “gens característic de mi” i 5 “extremadament característic de mi”. La puntuació total pot oscil·lar entre els 27 i 135 punts. No existeix un punt de tall, a més puntuació major intolerància a la incertesa. És autoadministrat i es triguen uns 12 minuts per completar-lo.

Avalua la intolerància a la incertesa, que és un constructe cognitiu molt relacionat amb l’aparició de preocupacions i la duració d’aquestes al llarg del temps. Les preocupacions són el factor central del trastorn d’ansietat generalitzada.

Aquest test presenta quatre idees principals sobre la incertesa a la persona que el realitza: la primera és que la incertesa és un fet estressant, la segona és que la incertesa minva la capacitat d’actuar, la tercera és que els esdeveniments negatius són incerts i caldria evitar-los i, finalment, que el fet d’estar en una situació incerta és injust. Es pot veure a l’annex 1.3 [80,81].

- El test sobre el perfil d’estats d’ànim va ser creat per Nair, Loor i Droppleman l’any 1971. Va ser desenvolupat tant per població psiquiàtrica externa, per tal d’avaluar els possibles resultats del tractament, com per població no psiquiàtrica, especialment esportistes. És un dels instruments més utilitzats per la mesura dels sentiments i estats d’ànim. Es mesuren set estats afectius amb els seus corresponents ítems, i aquests són: tensió, depressió, còlera, vigor,

fatiga, confusió i amistat. S'utilitza una escala de Likert que va des del 0 (res) al 4 (moltíssim).

En castellà consta de 63 ítems, a causa de criteris psicòmètrics i semàntics. Va ser validat l'any 2000 per Arce, Andrade i Seaone. És autoadministrat i es triga uns 10 minuts a realitzar-lo. Es pot consultar a l'annex 1.4 [82].

- L'escala autoaplicada d'adaptació social permet avaluar la perspectiva de la persona sobre si mateixa i sobre l'entorn, així com la conducta i quines són les seves motivacions a l'hora d'interaccionar socialment. Explora sis àrees de funcionament de la persona: feina, oci, família, relacions socials, motivacions i interessos. Va ser creada per Bosc, Dubini i Polin l'any 1997 i està validada al castellà per Bobes, González, Bascarán, Corominas, Adán, Sánchez, et al des del 1999. És autoaplicada i el temps d'administració és d'uns 5 minuts.

Consta de 21 ítems, on hi ha 4 opcions per a cada ítem, de més a menys, les quals valen de 3 a 0 punts. La puntuació màxima pot ser de 60 punts, on de 0 a 25 significa desadaptació social, de 25 a 52 punts normalitat i més de 55 adaptació patològica. Es pot veure a l'annex 1.5 [83,84].

- El qüestionari d'espiritualitat de Parsian & Dunning va ser creat per dues infermeres l'any 2009 i va ser validat al castellà per Díaz, Muñoz i Vargas l'any 2012. És un test autoadministrat que porta entre 15 minuts i 20 minuts per completar-lo.

Està compost per 29 ítems dividits en 4 dimensions: autoconsciència, importància de les creences espirituals per la vida, pràctiques espirituals i necessitats espirituals. Permet valorar el concepte d'espiritualitat des de la identitat percebuda per un mateix, el sentit de la vida i la connexió amb l'entorn o alguna força superior. Cada ítem es respon a través d'una escala de Likert de l'1 al 4, on l'1 correspon a "totalment en desacord" i el 4 a "totalment d'acord". No existeix una puntuació de tall, a major puntuació major espiritualitat. Es pot consultar a l'annex 1.6 [85,86].



- Els grups focals, pels quals s'escolliran de manera aleatòria entre 8 i 10 participants per cada sessió de les 50 persones que hi ha en total, buscaran obtenir informació sobre la percepció de la qualitat de vida, especialment les experiències de cadascú, els seus pensaments, emocions i percepcions. S'escull utilitzar la metodologia qualitativa per tal d'afavorir la perspectiva holística d'aquest estudi i observar el procés de canvi a partir de les intervencions infermeres. Es comptarà amb un moderador (la infermera), el qual tindrà un guió semiestructurat (annex 10) [60,61,123,124,125]. Es fomentarà el debat, l'aportació de diferents idees i experiències i la retroalimentació entre els participants. S'aniran realitzant grups focals fins arribar a la saturació d'informació sobre qualitat de vida.

## Procediment

Primerament, es presentarà el projecte al Comitè d'Ètica Assistencial de l'IAS per sol·licitar la seva realització. Un cop es tingui el vistiplau, es demanarà permís per poder fer les sessions en alguna aula del Centre de Salut Mental d'Adults del Gironès i Pla de l'Estany. S'explicarà el programa a la direcció del centre i a l'equip d'infermeres i es procedirà al reclutament de les persones participants. Aquest es durà a terme a través d'un primer contacte telefònic i d'una reunió posterior per tal d'explicar detalladament tot l'estudi, la seva metodologia, poder plantejar dubtes i lliurar tant el full informatiu (annex 2) com el consentiment informat (annex 3), el qual caldrà signar per tal de poder participar a l'estudi. Se'ls donarà, a més, un cronograma de les sessions (annex 4).

Es faran dos grups als quals se'ls aplicarà la intervenció infermera a través del Programa *Afrontant l'ansietat des d'una perspectiva infermera* (annex 5). Els seus participants acudiran al llarg d'onze sessions i participaran als grups focals posteriors que es realitzaran fins arribar a la saturació d'informació. Les sessions es programaran en dos horaris, podent escollir els participants quin prefereixen amb la intenció de facilitar la conciliació laboral i familiar, però procurant que hi hagi uns 25 participants a cada grup. L'horari serà dimecres al matí o dijous a la tarda, l'hora exacta resta a disponibilitat del centre. Les

sessions duraran aproximadament una hora i mitja i seran dirigides per una infermera.

Per cada grup focal, es farà una selecció intencionada de 8 o 10 persones dins la mostra dels 50 participants de l'estudi per tal que, segons la seva disponibilitat, puguin participar-hi. Es faran tants grups focals com siguin necessaris fins a saturar la informació.

### **Contingut i desenvolupament del Programa *Afrontant l'ansietat des d'una perspectiva infermera***

A la primera sessió, es citarà els participants, se'ls donarà la benvinguda i es farà la presentació del que es farà al llarg de la intervenció. Es presentaran tant els participants com els professionals amb la descripció que ells desitgin, ja sigui el seu nom, edat, ocupació, què els agrada... En aquesta primera sessió, es pot aprofitar per resoldre algun dubte. Finalment, es passaran els qüestionaris següents: l'Escala d'Ansietat de Hamilton, l'Inventari de Preocupacions de Pennsilvània, l'Escala d'Intolerància a la Incertesa, el Test de Perfils d'Estats d'Ànim, l'Escala Autoaplicada d'Adaptació Social i el Qüestionari d'Espiritualitat de Parsian & Dunning. Es calcula que el temps aproximat per completar els qüestionaris serà d'una hora i quart. Tots els qüestionaris seran autoadministrats, excepte l'Escala d'Ansietat de Hamilton, que és heteroadministrada. Per aquest motiu, primer es faran tots els qüestionaris autoadministrats i, quan estiguin finalitzats, per ordre alfabètic s'anirà cridant a cada participant per poder fer l'Escala d'Ansietat de Hamilton.

La segona i tercera sessió s'ocuparan de la dimensió física de la persona, on s'explicaran els hàbits correctes en quant a l'alimentació, l'exercici físic, la higiene del son i l'evitació de conductes nocives.

Durant la quarta, cinquena i sisena sessió s'abordarà la part psicològica de l'ansietat, on s'exposaran les creences irracionals més comunes, els pensaments característics de l'ansietat i es promourà l'autoconeixement.

A la setena sessió es donaran diferents eines per a la relaxació i a la vuitena es treballarà l'autoestima. A la novena sessió es faran una sèrie de representacions teatrals per tal de practicar l'assertivitat. A la desena trobada

se'ls proposarà fer un calendari d'activitats quotidianes i practicar les habilitats socials en el seu dia a dia.

Durant l'última intervenció es convidarà als participants a reflexionar sobre l'espiritualitat. A la dotzena sessió es començaran a fer els grups focals sobre qualitat de vida. La infermera comptarà amb un guió d'entrevista semiestructurada, ja que interessarà que es parli de tots els temes allà presents (annex 10). Tanmateix, podran anar sorgint noves preguntes a partir del que contestin els participants. Prèviament a l'inici del grup focal, es recordarà que tal i com van signar en el consentiment informat es gravaran les seves veus pel posterior anàlisi de dades sobre qualitat de vida. El següent grup focal serà la setmana següent. S'aniran fent aquests grups focals fins arribar a la saturació d'informació, on es donaran per acabades les sessions d'aquest estudi. Llavors, se'ls tornarà a citar per passar els sis qüestionaris post-intervenció: l'Escala d'Ansietat de Hamilton, l'Inventari de Preocupacions de Pennsilvània, l'Escala d'Intolerància a la Incertesa, el Test de Perfils d'Estats d'Ànim, l'Escala Autoaplicada d'Adaptació Social i el Qüestionari d'Espiritualitat de Parsian & Dunning. En acabar-los, es farà el comiat del grup.

L'avaluació de cada sessió es farà a través d'un qüestionari sobre la satisfacció dels participants tant pel que fa les sessions sobre les intervencions infermeres com pels grups focals (annexos 11 i 12).

### Anàlisi de dades

Les variables quantitatives es recolliran en un Microsoft Excel i es realitzarà una taula de freqüències per les variables qualitatives en aquest mateix full de càlcul. Per l'anàlisi dels resultats d'aquestes variables es farà servir el programa SPSS.

Per l'anàlisi quantitatiu, s'empraran les freqüències, el percentatge i les eines habituals de centralitat (mitjana i mediana) i variabilitat (desviació estàndard i rang total). Per a l'encreuament de variables categòriques, per la seva forma de mesurament, s'utilitzarà el test d'independència de Khi quadrat i la T d'estudent.

A les dades qualitatives recollides dels grups focals se'ls aplicarà una anàlisi de contingut aplicant una codificació dels conceptes recollits amb una posterior categorització i subcategorització dels mateixos estructurada segons els temes tractats en cada sessió del grup focal, procedents de la transcripció literal de les respostes de cada participant a aquests grups focals.

### Consideracions ètiques

Aquest estudi garanteix que es respectarà la llei de protecció de dades (Llei Orgànica 15/1999), tant pel que fa el secret professional com la confidencialitat de tota la informació obtinguda gràcies als participants. Tant l'autonomia del pacient com els drets i deures del pacient pel que fa la informació i documentació clínica estaran regulats en aquest estudi a través de la llei 41/2002.

La persona serà informada de l'objectiu de l'estudi i el seu procediment, s'aclariran tots els dubtes que li puguin sorgir tant al principi com al llarg de l'estudi i, si vol participar, caldrà que signi el consentiment informat de manera voluntària. Haurà de ser coneixedor que pot abandonar la seva participació en l'estudi sempre que ho desitgi.

Els professionals que duguin a terme aquest programa d'intervencions infermeres hauran d'actuar segons el codi deontològic i el codi ètic dels infermers i infermeres de Catalunya. Serà necessari que exerceixin la seva activitat professional segons els 4 principis bioètics de no maleficència, justícia, autonomia i beneficència i que actuïn sempre segons les Pautes Mèdiques Internacionals per a la Recerca Biomèdica en Éssers Humans.

Per tal que aquest estudi es pugui dur a la pràctica, caldrà que sigui aprovat pel Comitè d'Ètica Assistencial de l'IAS, el qual vetllarà per la protecció dels drets, la seguretat i el benestar de les persones que participin en aquest projecte d'investigació. Assegurarà que la metodologia i l'ètica siguin el més correctes possibles i que tot el procediment es faci dins la màxima legalitat. Aquest Comitè d'Ètica Assistencial farà un seguiment de tota la realització de l'estudi.

## Cronograma

<b>Períodes</b>	<b>Tasques</b>
<b>Novembre 2019 – Febrer 2020</b>	Recerca d'evidència científica i elaboració del projecte
<b>Març – Abril 2020</b>	Presentació del projecte al Comitè d'Ètica Assistencial de l'IAS
<b>Maig 2020</b>	Reunió per presentar el projecte al CSMA del Gironès-Pla de l'Estany
<b>Juny 2020</b>	Selecció de la mostra i aplicació dels criteris d'inclusió i exclusió
<b>Juliol – Setembre 2020</b>	Contacte amb els participants de l'estudi. Reclutament, lliurament del full informatiu i el consentiment informat
<b>Octubre – Desembre 2020</b>	Intervenció infermera: inici del procediment amb la recollida basal d'informació i realització de les sessions formatives
<b>Gener – Febrer 2021</b>	Realització dels grups focals
<b>Març - Juny 2021</b>	Anàlisi quantitativa i qualitativa de les dades
<b>Juliol – Octubre 2021</b>	Redacció de la memòria
<b>Novembre 2021</b>	Comunicació dels resultats a l'Institut d'Assistència Sanitària (Centre de Salut Mental d'Adults del Gironès i Pla de l'Estany)
<b>Desembre 2021 – Maig 2022</b>	Difusió dels resultats a dos congressos i publicació d'articles

## Pressupost

### Recursos humans

Cost de la infermera que realitzarà les 11 sessions d'intervenció i els grups focals: 800 euros per cada grup, és a dir, 1600 euros en total
--

Cost de l'assessorament per l'anàlisi estadístic de les dades quantitatives: 800 euros
--

### Recursos materials

<b>Material fungible</b>
Impressions: 50 euros
Bolígrafs (15): 7,50 euros
Refrigeri pels grups focals: 8 euros per persona cada grup focal

<b>Material no fungible</b>
Ordinador de suport al projecte: 400 euros
Programa SPSS: 600 euros
Gravadora de veu: 125 euros

<b>Difusió dels resultats</b>
Inscripcions per la participació en dos congressos internacionals: 750 euros
Allotjament pels congressos: 720 euros
Transport: 600 euros
Dietes: 300 euros
Publicació de dos articles: 2400 euros
Traducció dels articles a l'anglès: 1400 euros

**Total:** 9912 euros aproximadament

## LIMITACIONS DE L'ESTUDI

Les limitacions d'aquest estudi corresponen principalment a la mostra, ja que només s'agafarà una mostra de 50 persones del total de la població de 2161 persones diagnosticades del trastorn d'ansietat generalitzada a la Regió Sanitària de Girona. Per tant, pot ser que la mostra no sigui del tot representativa. Referent a la mostra, hi ha una altra limitació i és que els grups seran de 25 persones cadascun, motiu pel qual és probable que la participació esdevingui més difícil en alguna sessió que requereixi ser més dinàmica, degut a un volum de persones important en cada grup.

D'altra banda, un altre punt feble d'aquest estudi és l'evidència científica trobada a l'hora de dissenyar les intervencions. Tot i que les intervencions incloses provenen d'associacions de psiquiatria o de professionals de l'àmbit de la salut mental, penso que ha mancat poder trobar guies de pràctica clínica i documents amb un grau d'evidència científica més elevada respecte aquestes intervencions.

Per últim, d'una manera similar al que he comentat a la segona limitació és que hi ha poca evidència científica respecte les diferents dimensions de la persona i l'atenció holística de la persona en salut mental, conceptes que sovint es confonen amb pseudoteràpies sense evidència científica.

## APLICABILITAT DELS RESULTATS

Els resultats d'aquest estudi poden donar un impuls al rol infermer dins l'àmbit de la salut mental, a través d'intervencions concretes que infermeria pot aplicar de manera autònoma mitjançant un major desenvolupament del paradigma holístic. Pot fomentar també el rol investigador d'infermeria, amb l'objectiu de perfeccionar l'atenció a les persones amb un algun problema de salut mental, on els professionals infermers són els que vetllen per les seves necessitats d'una manera molt pròxima. Per últim, és possible que ajudi a tenir una visió més global de tots els factors que influeixen en la salut mental, tant protectors com de risc.

# ANNEXOS

## ANNEX 1. ESCALES I QÜESTIONARIS

### Annex 1.1. Escala d'Ansietat de Hamilton

Indique la intensidad con qué se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en los 14 ítems siguientes:

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4



<p><b>11. Síntomas gastrointestinales.</b>  Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.</p>	0	1	2	3	4
<p><b>12. Síntomas genitourinarios.</b>  Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.</p>	0	1	2	3	4
<p><b>13. Síntomas autónomos.</b>  Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)</p>	0	1	2	3	4
<p><b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b>  Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.  Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>	0	1	2	3	4

## Annex 1.2. Inventari de Preocupacions de Pennsilvània

Indique hasta qué punto se identifica con cada una de las situaciones que vamos a presentarle a continuación, referidas al modo que tienen las personas de preocuparse:

	<b>Nada</b>	<b>Algo</b>	<b>Regular</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1. Se preocupa si no tiene suficiente tiempo para hacerlo todo					
<b>2. Sus preocupaciones le agobian</b>					
3. Suele preocuparse por las cosas					
<b>4. Hay muchas circunstancias que hacen que se preocupe</b>					
<b>5. Sabe que no debería preocuparse por las cosas, pero no puede evitarlo</b>					
<b>6. Cuando está bajo tensión tiende a preocuparse mucho</b>					
<b>7. Siempre está preocupándose por algo</b>					
8. Le resulta difícil dejar de lado las preocupaciones					
<b>9. Tan pronto como termina una tarea, en seguida empieza a preocuparse por alguna otra cosa que debe hacer</b>					
10. Se preocupa por todo					
11. Aunque no haya nada más que se pueda hacer por algo, sigue preocupándose por ello					
<b>12. Ha estado preocupado toda su vida</b>					
<b>13. Se da cuenta de que siempre está preocupándose por las cosas</b>					
14. Una vez que comienza a preocuparse por algo, ya no puede parar					
15. Está todo el tiempo preocupándose por algo					
16. Se preocupa por un proyecto hasta que está acabado					

### Annex 1.3. Escala d'Intolerància a la Incertesa

Estas son distintas afirmaciones sobre cómo las personas reaccionan a la incertidumbre. Seleccione cómo de características son para usted las siguientes frases:

	1	2	3	4	5
1. La incertidumbre me impide tener una opinión firme.					
2. Estar inseguro/a sobre algo me desorganiza.					
3. La incertidumbre hace intolerable la vida.					
4. Es injusto no tener garantías de que las cosas vayan a salir bien en la vida.					
5. No puedo estar tranquilo/a mientras no sepa lo que va a suceder al día siguiente.					
6. La incertidumbre me produce inquietud, ansiedad o estrés.					
7. Los imprevistos me molestan mucho.					
8. Es frustrante para mí no tener toda la información que necesito.					
9. La incertidumbre me impide disfrutar plenamente de la vida.					
10. Se debería prever todo para evitar las sorpresas.					
11. Un pequeño imprevisto puede arruinarlo todo, incluso con la mejor de las planificaciones.					
12. Cuando llega el momento de actuar, la incertidumbre me paraliza.					
13. Estar inseguro implica no poder figurar entre los mejores.					
14. Cuando estoy indeciso/a no puedo seguir adelante.					
15. Cuando estoy indeciso/a no puedo funcionar muy bien.					
16. A diferencia de mí, los demás siempre parecen saber hacia dónde dirigen sus vidas.					
17. La incertidumbre me hace vulnerable, infeliz o triste.					
18. Quiero saber siempre qué me depara el futuro.					
19. No soporto que me cojan por sorpresa.					
20. La más mínima duda me puede impedir actuar.					
21. Tendría que ser capaz de organizar todo de antemano.					
22. La incertidumbre me produce falta de confianza en mí mismo/a.					
23. No entiendo cómo otras personas parecen tan seguras y decididas acerca de su futuro.					
24. La incertidumbre me impide dormir bien.					
25. Debo alejarme de toda situación incierta.					
26. Las ambigüedades de la vida me causan estrés.					
27. No soporto estar indeciso/a acerca de mi futuro.					

#### Annex 1.4. Perfil dels Estats de l'Ànim

Indique del 0 al 4 cómo se ha sentido la última semana, incluyendo el día de hoy:

<b>Estados del ánimo</b>	<b>0</b> (nada)	<b>1</b> (un poco)	<b>2</b> (moderadamente)	<b>3</b> (bastante)	<b>4</b> (muchísimo)
<b>Tensión</b> 2. Tenso 10. Agitado 16. Con los nervios de punta 21. Relajado 24. Intranquilo 25. Inquieto 32. Nervioso 39. Ansioso					
<b>Depresión</b> 5. Infeliz 9. Arrepentido por cosas hechas 14. Triste 18. Melancólico 20. Desesperanzado 30. Desanimado 33. Solo 34. Desdichado 42. Abatido 43. Desesperado 46. Desvalido 56. Inútil 59. Aterrorizado 60. Culpable					

<p><b>Cólera</b></p> <p>3. Enfadado</p> <p>12. Malhumorado</p> <p>17. Irritable</p> <p>22. Rencoroso</p> <p>29. Molesto</p> <p>31. Resentido</p> <p>37. Con rabia</p> <p>40. Agresivo</p> <p>45. Rebelde</p> <p>50. Enfadado</p> <p>51. Furioso</p> <p>55. De mal genio</p>					
<p><b>Vigor</b></p> <p>7. Animado</p> <p>15. Activo</p> <p>19. Enérgico</p> <p>36. Alegre</p> <p>49. Alerta</p> <p>54. Lleno de energía</p> <p>58. Libre de preocupaciones</p> <p>61. Vigoroso</p>					
<p><b>Fatiga</b></p> <p>4. Rendido</p> <p>11. Desatento</p> <p>27. Fatigado</p> <p>38. Exhausto</p> <p>44. Débil</p> <p>47. Cansado</p> <p>63. Agotado</p>					

<p><b>Confusión</b></p> <p>8. Confundido</p> <p>26. Incapaz de concentrarme</p> <p>35. Aturdido</p> <p>48. Desorientado</p> <p>52. Eficiente</p> <p>57. Olvidadizo</p> <p>62. Indeciso</p>					
<p><b>Amistad</b></p> <p>1. Amistoso</p> <p>6. Sensato</p> <p>13. Considerado (con los demás)</p> <p>23. Comprensivo</p> <p>28. Servicial</p> <p>41. Amable</p> <p>53. Confiado</p>					

## Annex 1.5. Escala Autoaplicada d'Adaptació Social

Responda a estas sencillas preguntas, teniendo en cuenta su opinión en este momento. Responda, por favor, a todas las preguntas, marcando una sola respuesta para cada pregunta.

---

¿Tiene usted un trabajo u ocupación remunerada?      SI  NO

*Si la respuesta es "SI":*

1. ¿En qué medida le interesa su trabajo?

- Mucho                       Moderadamente                       Un poco                       Nada en absoluto

*Si la respuesta es "NO":*

2. ¿En qué medida le interesan las tareas domésticas u otras ocupaciones no remuneradas?

- Mucho                       Moderadamente                       Un poco                       Nada en absoluto

3. Cuando participa en el trabajo o en la actividad que constituye su ocupación principal (tareas domésticas, estudios, etc.):

- Disfruta mucho                       Disfruta bastante                       Disfruta tan sólo un poco                       No disfruta en absoluto

4. ¿Le interesan los hobbies/actividades de ocio?

- Mucho                       Moderadamente                       Un poco                       Nada en absoluto

5. La calidad de su tiempo libre es:

- Muy, buena                       Buena                       Aceptable                       Insatisfactoria

6. ¿Con qué frecuencia busca usted el contacto con miembros de su familia (cónyuge, hijos, padre, etc.)?

- Muy frecuentemente                       Frecuentemente                       Raras veces                       Nunca

7. En su familia, las relaciones son:

- Muy buenas                       Buenas                       Aceptables                       Insatisfactorias

8. Aparte de su familia, se relaciona usted con:

- Muchas personas                       Algunas personas                       Tan sólo unas pocas personas                       Nadie

9. ¿Intenta usted establecer relaciones con otros

- Muy activamente?                       Activamente?                       De forma moderadamente activa?                       De ninguna forma activa?

10. ¿Cómo calificaría en general sus relaciones con otras personas?

- Muy buenas                       Buenas                       Aceptables                       Insatisfactorias

11. *¿Qué valor le da usted a sus relaciones con los demás?*  
 Gran valor       Bastante valor       Tan solo un poco de valor       Ningún valor en absoluto
12. *¿Con qué frecuencia buscan contacto con usted las personas de su círculo social?*  
 Muy a menudo       A menudo       Raras veces       Nunca
13. *¿Respeto usted las normas sociales, las buenas maneras, las normas de educación, etc.?*  
 Siempre       La mayor parte del tiempo       Raras veces       Nunca
14. *¿En qué medida está usted involucrado en la vida de la comunidad (asociaciones, comunidades de vecinos, clubes, iglesia, etc.)?*  
 Plenamente       Moderadamente       Ligeramente       Nada en absoluto
15. *¿Le gusta buscar información sobre cosas, situaciones y personas, para mejorar la comprensión que tiene usted de ellas?*  
 Mucho       Moderadamente       No mucho       Nada en absoluto
16. *¿Está usted interesado en la información científica, técnica o cultural?*  
 Mucho       Moderadamente       Tan sólo ligeramente       Nada en absoluto
17. *¿Con qué frecuencia le resulta difícil expresar sus opiniones a la gente?*  
 Siempre       A menudo       A veces       Nunca
18. *¿Con qué frecuencia se siente rechazado, excluido de su círculo?*  
 Siempre       A menudo       A veces       Nunca
19. *¿Hasta qué punto considera usted que es importante su aspecto físico?*  
 Muy importante       Moderadamente importante       No muy importante       Nada en absoluto
20. *¿En qué medida tiene usted dificultades para manejar sus recursos e ingresos?*  
 Siempre       A menudo       A veces       Nunca
21. *¿Se siente capaz de organizar su entorno según sus deseos y necesidades?*  
 En gran medida       Moderadamente       No mucho       Nada en absoluto



## Annex 1.6. Qüestionari d'espiritualitat de Parsian & Dunning

Responda a las siguientes afirmaciones en referencia a su persona marcando un número del 1 al 4

<b>Auto-conciencia</b>	<b>1</b> (completamente en desacuerdo)	<b>2</b> (en desacuerdo)	<b>3</b> (de acuerdo)	<b>4</b> (completa- mente de acuerdo)
Creo que soy una persona valiosa				
Creo que tengo las mismas cualidades y defectos que otras personas				
Siento que tengo muchas cualidades				
Tengo una actitud positiva conmigo mismo				
En general me siento satisfecho con la persona que soy				
Siento que soy una persona compasiva y amable				
En general soy una persona que cree en sí misma				
Creo que mi vida tiene algún significado				
Soy capaz de entender lo que representan las situaciones difíciles				
Pienso en aspectos positivos cuando avalúo mi vida				

<b>Importancia de las creencias espirituales</b>	<b>1</b> (completamente en desacuerdo)	<b>2</b> (en desacuerdo)	<b>3</b> (de acuerdo)	<b>4</b> (completamente de acuerdo)
11. La espiritualidad me ayuda a definir las metas que establezco en mi vida				
12. La espiritualidad me ayuda a decidir quién soy				
13. La espiritualidad me ayuda a decidir mi orientación general en la vida				
14. La espiritualidad está integrada en mi vida				

<b>Prácticas espirituales</b>	<b>1</b> (completamente en desacuerdo)	<b>2</b> (en desacuerdo)	<b>3</b> (de acuerdo)	<b>4</b> (completamente de acuerdo)
15. Reflexiono para alcanzar la paz interior				
16. Leo libros de conocimiento espiritual y auto-ayuda				
17. Empleo el silencio para ponerme en contacto con mi yo interior				
18. Trato de vivir en armonía con la naturaleza				
19. A menudo me involucro en programas para cuidar el medio ambiente				

20. Trato de encontrar momentos para ampliar mi espiritualidad				
--	--	--	--	--

<b>Necesidades espirituales</b>	<b>1</b> (completamente en desacuerdo)	<b>2</b> (en desacuerdo)	<b>3</b> (de acuerdo)	<b>4</b> (completamente de acuerdo)
21. Busco la belleza física, espiritual y emocional en la vida				
22. Trato de encontrar respuesta a los misterios o dudas de la vida				
23. Trato de alcanzar la paz interior y armonía				
24. Realmente disfruto escuchando música				
25. Estoy buscando un propósito en la vida				
26. Mi vida es un proceso de cambio y está en evolución				
27. Necesito tener un vínculo emocional fuerte con las personas que me rodean				
28. Mantener y fortalecer las relaciones con los demás es importante para mí				
29. Estoy desarrollando una visión particular de la vida				

## ANNEX 2. FULL INFORMATIU

### **Estudi sobre l'efectivitat d'un programa d'intervencions infermeres en la millora del trastorn d'ansietat generalitzada**

#### **Presentació**

Aquest és un estudi dirigit a les persones que tenen diagnosticat el trastorn d'ansietat generalitzada i se'ls fa un seguiment al Centre de Salut Mental d'Adults del Gironès i el Pla de l'Estany. Vostè compleix els criteris d'inclusió per participar en aquest estudi i, per tant, el convidem a fer-ho.

#### **Objectiu de l'estudi**

El principal objectiu d'aquest estudi és conèixer l'efectivitat que pot tenir un programa d'intervencions infermeres en el qual s'actua en les diferents dimensions de la persona (física, psicològica, emocional, social i espiritual) en persones amb un trastorn d'ansietat generalitzada, tant a nivell de simptomatologia com pel que fa qualitat de vida.

Ens interessa saber l'impacte de totes aquestes dimensions de la persona en la salut mental i com a través de l'entorn i els hàbits de vida es pot contribuir a la millora d'un trastorn d'ansietat i a la millora de la qualitat de vida.

#### **Participació**

Qui vulgui participar en aquest estudi, serà necessari que acudeixi a totes les sessions que tindran lloc al Centre de Salut Mental d'Adults del Gironès i el Pla de l'Estany un cop a la setmana. Es faran dos grups: un el dimecres al matí i l'altra el dijous a la tarda.

El fet d'acceptar participar en aquest estudi inclou un compromís d'intentar posar a la pràctica algunes de les estratègies plantejades al llarg de totes les sessions. Seria important també l'assistència als grups focals, on s'enregistrarà la veu per tal de poder realitzar l'anàlisi de dades posteriorment.

Totes les dades facilitades pels participants seran tractades de manera confidencial.

### ANNEX 3. CONSENTIMENT INFORMAT

Jo \_\_\_\_\_ ,  
amb DNI \_\_\_\_\_ ,

Estic d'acord en participar a l'estudi sobre l'efectivitat d'un programa d'intervencions infermeres en la millora del trastorn d'ansietat generalitzada. He estat informat/da dels objectius de l'estudi, del seu procediment, de com serà la meva participació i he pogut consultar els dubtes que se m'han presentat. Per tant, accedeixo a participar de manera totalment voluntària, sent coneixedor/a que en qualsevol moment puc abandonar l'estudi. Estic assabentat/da que les meves dades seran tractades de manera confidencial i restaran sempre en l'anonimat. Sóc conscient que durant el grup focal s'enregistrarà la meva veu.

En conseqüència, en signar aquest consentiment, accepto que se m'inclogui a l'estudi.

\_\_\_\_\_

Firma del participant

\_\_\_\_\_

Firma de l'investigador

#### ANNEX 4. CRONOGRAMA TREBALL DE CAMP I DESENVOLUPAMENT DEL PROGRAMA “AFRONTANT L’ANSIETAT DES D’UNA PERSPECTIVA INFERMERA”

<b>Data</b>	<b>Sessió</b>
Dimecres 7 – Dijous 8 d’octubre del 2020	Presentació del programa d’intervenció i dels participants. Es passaran diferents qüestionaris per l’estudi
Dimecres 14 – Dijous 15 d’octubre del 2020	Es donaran consells sobre l’alimentació i per la millora de la qualitat del son
Dimecres 21 – Dijous 22 d’octubre del 2020	Es parlarà de l’exercici físic i de la deshabituació tabàquica
Dimecres 28 (matí i tarda) d’octubre del 2020	S’explicarà com manejar les creences irracionals i els pensaments ansiosos
Dimecres 4 – Dijous 5 de novembre del 2020	Es donaran tècniques per a la resolució de problemes
Dimecres 11 – Dijous 12 de novembre del 2020	Es proporcionaran eines per a la construcció de l’autoconcepte
Dimecres 18 – Dijous 19 de novembre del 2020	Es treballaran tècniques de relaxació
Dimecres 25 – Dijous 26 de novembre del 2020	Es farà una sessió sobre com potenciar l’autoestima
Dimecres 2 – Dijous 3 de desembre del 2020	Es treballarà l’assertivitat a través d’una sèrie de representacions
Dimecres 9 – Dijous 10 de desembre del 2020	Aquesta sessió ajudarà a l’organització i a millorar les habilitats socials
Dimecres 16 – Dijous 17 de desembre del 2020	Es farà una sessió sobre espiritualitat

A partir del gener del 2021 es faran els grups focals, que seran reunions participatives per parlar sobre la qualitat de vida. En finalitzar-les, es tornaran a passar els qüestionaris que formen part d’aquest estudi.

## ANNEX 5. CONTINGUT DEL PROGRAMA: “AFRONTANT L’ANSIETAT DES D’UNA PERSPECTIVA INFERMERA”

### **Presentació**

#### **Primera sessió.**

Com que és la primera sessió, tots els participants es presentaran i es donarà la benvinguda. Poden dir el seu nom, d'on vénen, què els agrada o el que considerin oportú. A continuació, es farà una breu presentació sobre què tracta aquest programa d'intervencions infermeres. S'explicarà que seran una sèrie de sessions on es treballaran les diferents esferes de la persona, amb activitats sobre l'alimentació, l'exercici físic, els pensaments irracionals, l'autoestima, la relaxació o l'assertivitat, amb l'objectiu d'ajudar a millorar la simptomatologia del trastorn d'ansietat generalitzada i la qualitat de vida. Hi haurà un temps per expressar els possibles dubtes, si és que els tenen.

A continuació, es passaran els instruments per tal d'avaluar les variables definides a l'estudi. Es passarà l'Escala d'Ansietat de Hamilton, l'Inventari de Preocupacions de Pennsilvània, el Test d'Intolerància a la Incertesa, el Test de Perfils d'Estats d'Ànim, l'Escala Autoaplicada d'Adaptació Social i el Qüestionari d'Espiritualitat de Parsian & Dunning.

En finalitzar tots els qüestionaris, s'agrairà la seva col·laboració i es quedarà per la propera setmana, que és quan començarà el programa d'intervencions.

### **Dimensió física**

#### **Segona sessió. Alimentació i higiene del son**

Introducció: es donarà la benvinguda a la sessió, en la qual es treballarà l'alimentació i la higiene del son. S'explicarà que és important mantenir una dieta variada per tal d'assegurar tots els nutrients que el cos necessita; alhora que equilibrada, ja que alguns aliments s'han de consumir en major freqüència i d'altres en menor.

Desenvolupament: per tal de prendre consciència de com portar una dieta equilibrada, es farà l'activitat del semàfor dels aliments. Es faran grups de 2 o 3

persones i se'ls donarà un full en horitzontal, on hi haurà dibuixat un semàfor amb la llum verda, la groga i la vermella. A sota del semàfor, coincidint amb cada llum diferent, hi haurà tres columnes. S'hauran elaborat targetes amb els següents aliments: poma, ous, aigua, cervesa, kiwi, refrescos, verdura bullida, embotits, fruits secs, amanida, derivats làctics desnatats o semidesnatats, llegums, galetes, suc natural, suc envasat, carn magra, peix, aperitius salats, oli d'oliva, derivats de cereals/pa/patates/arròs, hamburguesa, maionesa i plats preparats. Es demanarà que col·loquin les targetes dels aliments a la columna corresponent de la llum que pensin que els toca. La llum verda significarà que l'aliment es pot prendre diàriament o quasi cada dia i que no és perjudicial, la llum groga representarà un consum ocasional i moderat i la llum vermella un consum molt de tant en tant i limitat. Al costat poden posar la freqüència amb què creuen que s'ha de consumir cadascun d'aquests aliments. Per exemple: 3 peces de fruita diàries o un refresc setmanal. Després es resoldrà l'activitat. S'explicarà, a més, que la forma de cocció d'un aliment el pot fer canviar d'una llum a l'altra. Per exemple, patates bullides són llum verda i patates fregides llum vermella, igual que carn magra a la planxa és llum verda i carn magra fregida seria llum groga [87,88].

A continuació, es procedirà a la segona part de la sessió, que tractarà sobre la higiene del son. Es donaran pautes amb l'objectiu de tenir un son suficient i reparador (annex 7) i es deixarà un temps per a què els participants comparteixin la seva experiència o opinions [89].

Comiat: se'ls donarà un paper amb les pautes per la higiene del son (annex 7) i una piràmide dels aliments plastificada (annex 6), per tal que tinguin presents aquests hàbits en el seu dia a dia. Se'ls recomanarà que mirin els aliments que tenen a casa i que observin els seus menús, per tal d'adonar-se si s'acosten a aquesta piràmide d'aliments o no. També se'ls animarà que posin en pràctica els hàbits d'higiene del son.

### **Tercera sessió. Exercici físic i evitació de conductes nocives**

Introducció: es donarà la benvinguda a la sessió, on es començarà explicant que l'activitat física és primordial per tal d'assolir un estil de vida saludable. L'activitat física millora la salut física i la salut mental, ja que l'alliberació



d'endorfines aporta una sensació de benestar mental i redueix l'ansietat. Es parlarà de la rellevància tant de l'activitat física estructurada com de la no estructurada, ja que resulta igual d'important potenciar ambdues. Pel que fa la no estructurada, es pot practicar pujant escales, fent tasques domèstiques, encàrrecs o anant a la feina a peu. Pel que fa l'estructurada, es pot afavorir la seva participació a partir de classes al gimnàs, fent caminades o jugant a algun esport, com ara futbol, bàsquet o tennis.

Desenvolupament: s'explicarà que es recomana a les persones adultes realitzar 150 minuts d'activitat aeròbica moderada a la setmana, en un període mínim de 10 minuts seguits cada vegada. Si l'activitat aeròbica és intensa, seria suficient amb 75 minuts a la setmana. S'entén com a activitat física moderada el caminar ràpid, ballar o anar amb bicicleta. L'activitat física intensa correspondria a córrer, sessions al gimnàs, nedar o fer algun esport competitiu. S'explicarà la importància de reduir el sedentarisme, que és un estil de vida on la persona passa moltes hores asseguda o estirada. Es plantejarà que és bo que el temps lliure sigui actiu, encara que l'activitat laboral hagi de ser sedentària. Per exemple, en comptes de passar el temps lliure assegut, es podria sortir a passejar, o en comptes de fer encàrrecs amb el cotxe es podria anar-hi a peu. D'aquesta manera, es fomentaria un estil de vida actiu.

Es comentarà que, seguint aquestes pautes, cada dia s'hauria de fer exercici almenys durant 30 minuts. Per tant, caminar o anar amb bicicleta durant 30 minuts diaris seria suficient. Tanmateix, es recomanarà també escollir algun esport, segons les preferències de cadascú. Per exemple: natació, ioga, jugar a algun esport d'equip, fer alguna classe al gimnàs... [90].

La segona part correspondria a la prevenció del consum de substàncies tòxiques, com el tabac o l'alcohol. S'explicarà que en períodes on es viu més ansietat, sovint es recorre erròniament a conductes addictives per tal d'emascarar les emocions percebudes com a desagradables. S'explicarà que el tabac no relaxa, sinó al contrari, perquè és un estimulants. En tot cas, si té una acció calmant és perquè, en satisfer l'addicció, ajuda a rebaixar l'ansietat provocada per la pròpia abstinència al tabac.

S'exposarà que si algú vol deixar de fumar, el primer pas és saber en quina etapa del canvi està: si no ho contempla, ho contempla en el futur, ho vol fer o ha recaigut. Es poden abordar els possibles motius per deixar de fumar, com la millora de la condició física, la prevenció de nombroses malalties, l'augment de l'autocontrol, l'estalvi de diners, donar un bon exemple a altres persones... Es poden ensenyar tècniques de relaxació, distracció o d'afrontament de l'estrès, o bé fer exercici físic quan sorgeixi l'ansietat per fumar.

Es poden oferir altres tècniques també, com deixar el tabac a casa si s'han de sortir poques hores, fer més tard el primer cigarret del dia o el de després dels àpats, o bé determinar un consum concret de cigarrets durant un matí o un dia. Igualment es pot fer el compromís de no fumar en els moments que habitualment es fuma, com poden ser sovint en les pauses de la feina o al moment de sortir de casa. Una altra tècnica és tenir poc tabac a l'abast.

Es pot animar a identificar sota quin context es fuma més: si en tenir més temps lliure o en estar cansat o enfadat, per exemple. A partir d'aquí, s'animarà a buscar altres estratègies per fer front a aquest tipus de situacions sense haver de fumar. Per últim, es recordarà que hi ha fàrmacs sota prescripció mèdica que ajuden a contrarrestar la dependència al tabac i el síndrome d'abstinència quan es deixa de fumar [91].

S'abordarà també el tema de l'abús d'alcohol. L'alcohol pot afavorir l'aparició de moltes malalties, entre elles la hipertensió arterial o la dislipèmia, alguns tipus de càncer i cirrosi hepàtica, un infart de miocardi o un accident vascular cerebral. Segons Nutt, l'abús d'alcohol és l'addicció que més dany biopsicosocial provoca en la persona i en les famílies. D'altra banda, les persones amb un trastorn d'ansietat són més vulnerables a consumir alcohol de manera abusiva [92].

El consum de risc és el que marca possibles conseqüències perjudicials per la salut si es converteix en un hàbit. Aquest risc se situa a més de 20 grams d'alcohol diaris (2 UBE) per les dones i més de 40 grams diaris d'alcohol (4 UBE) pels homes. S'explicaran les diferents mesures en les UBE. Per exemple, 1 UBE correspon a 200 ml de cervesa, a un vas petit de vi, a una copa de cava o a un cigaló, mentre que dos UBE correspon a 1 copa de conyac, de whisky o

de vermut. S'aconsellarà no beure mai sense haver menjat alguna cosa abans i restringir les begudes alcohòliques a ocasions puntuals, ensenyant també a valorar aquelles begudes que no són alcohòliques. S'aconsellarà beure a poc a poc i no afavorir els ambients que conviden a beure compulsivament. Es recomanarà no beure cada dia i mai intentar calmar l'angoixa a través de l'alcohol [93]

Comiat: es farà un breu resum de la sessió, especialment tornant a recordar la importància de l'exercici físic i les diferents maneres per fomentar-lo. Finalment, es demanarà, tot recordant allò treballat a l'anterior sessió, si han identificat algun possible canvi que podrien dur a terme a la seva dieta.

### **Dimensió psicològica**

#### **Quarta sessió. Psicoeducació: identificació de creences irracionals i pensaments ansiògens**

Introducció: es donarà la benvinguda a la sessió. En aquesta ocasió, s'oferiran coneixements sobre el trastorn d'ansietat generalitzada i aspectes relacionats amb l'ansietat, amb l'objectiu que a través del coneixement cadascú sàpiga gestionar millor els seus pensaments i emocions.

Desenvolupament: es començarà, primer de tot, definint què és el trastorn d'ansietat generalitzada i quina és la seva possible etiologia i els factors de risc, segons la evidència científica presentada en el marc teòric. Després, es demanarà que amb la participació de tothom es faci una llista dels símptomes que experimenten més habitualment, de manera que es pugui percebre que tots aquests símptomes són fruit de la tensió mental i el malestar emocional, però que no provenen d'una malaltia física o un perill imminent. Creure això darrer augmenta encara més l'ansietat.

S'explicarà que els pensaments tenen una gran influència en les emocions, en les conductes i, a més, poden produir símptomes físics. S'enumeraran les 11 creences irracionals d'Albert Ellis (annex 8) i es repartiran en un full per a cadascú. Es faran grups de dos i es demanarà que cada creença irracional s'escrigui en forma de creença racional. Llavors es posarà en comú per a tot el

grup. Tot seguit, s'explicaran les 3 creences irracionals bàsiques que resumeixen les 11 esmentades anteriorment [94].

A continuació, es parlarà dels pensaments ansiosos. Quan algú pateix ansietat, tendeix a centrar-se molt en futur, anticipant fets negatius. Aquests pensaments distorsionats afecten les emocions i produeixen cada cop més ansietat. En canviar aquests pensaments, amb el temps es podrà canviar la forma en què una persona se sent. Primerament, és important identificar aquests pensaments. Per tant, es farà anotar als participants els pensaments negatius que sovint els passen per la ment, o aquells que tenen abans de sentir molta ansietat. Després es mirarà si són realistes, o si són fruits d'exageracions, de generalitzacions o de centrar-se només en allò negatiu que passa i ignorar allò positiu. Tot seguit, aquests pensaments negatius es canviaran per pensaments més realistes i més positius. Es farà un exercici en què cada participant apuntarà situacions on senti molta ansietat i anotarà els pensaments negatius que recordi tenir. Després s'hauran de substituir amb diversos pensaments positius i, sobretot, més realistes. Més tard, els participants podran compartir allò que han escrit.

Comiat: s'animarà als participants a apuntar durant la setmana quins pensaments negatius solen tenir a la seva vida quotidiana i que potser durant la sessió no han recordat. El que poden fer també és que després d'una situació on hagin passat molta ansietat, anotin què estaven pensant abans. Després de fer aquest exercici, al costat haurien d'anotar pensaments realistes en front aquests pensaments negatius. Igualment quan percebin que molts pensaments catastròfics els vénen a la ment, els poden anar substituint espontàniament per altres pensaments més positius. En fer d'aquest mètode un hàbit, l'ansietat pot anar disminuint [95].

### **Cinquena sessió. Psicoeducació: resolució de problemes**

Introducció: tothom té problemes i dificultats a la vida i, per tant, és convenient saber com afrontar-los i resoldre'ls. Quan es fuig dels problemes i s'afronten d'una manera desadaptativa, és possible que l'ansietat o la frustració apareguin. En aquesta sessió s'explicaran tècniques per la resolució de problemes.

Desenvolupament: primerament, s'ensenyarà a realitzar una separació entre el que són problemes propis i el que no ho són. Si algun problema no és personal, es pot assumir la bona voluntat d'ajudar, però sabent que la responsabilitat última no és pròpia, sinó d'aquella persona que té el problema.

Partint d'aquí, si s'identifica que el problema és propi, cal definir-lo de manera concreta, sense idees massa generals. Després d'això, cal avaluar la importància d'aquell problema, si és un assumpte molt greu o si, pel contrari, no és un tema que pugui afectar en gran manera la seva vida. Llavors, caldria fer una llista de solucions, per la qual es poden recordar experiències viscudes del passat o demanar ajuda a algú que sabem que ens pot aconsellar.

A l'hora de disposar-se a resoldre algun problema, és important tenir objectius realistes i anar actuant de mica en mica. Els passos han de ser concrets i escoltant les necessitats personals. El millor és escollir una de les solucions pensades o una combinació d'aquestes.

Quan s'hagi començat a actuar sobre el problema, es pot avaluar com està anant. Es pot continuar amb el pla, canviar de solució o, fins i tot, podria ser que el problema canviés de perspectiva [96].

Després d'haver explicat aquests passos generals per a la resolució de problemes, es demanarà si algú vol posar algun exemple de problema perquè, d'aquesta manera, entre tots es puguin anar elaborant els passos anteriorment explicats. També es poden proposar problemes comuns, com ara: discussions familiars, mal ambient laboral, problemes econòmics, no tenir feina, sentir-se sol, problemes de salut, entre d'altres. A partir de dos o tres exemples de problemes, es farà servir el mètode anterior per mostrar com es poden alleujar.

Finalment, s'explicarà que les preocupacions poden ser útils en certa mesura, especialment perquè ajuden a estar més atents al que passa al nostre voltant o ens impulsen a actuar. Ara bé, cal distingir també entre aquelles preocupacions que només aporten malestar i que frenen qualsevol acció que es pugui emprendre. Per exemple, preocupacions sobre coses que no es poden canviar o preocupacions sobre alguna cosa que podria passar en el futur, però que no hi ha cap evidència que passi.

Es poden fer servir diferents maneres per saber si una preocupació és important. Per exemple: pensar si d'aquí una setmana, un mes o un any seguirà sent tant important com ho sembla ara.

D'altra banda, hi ha preocupacions sobre les quals es pot actuar i altres en les quals no. En aquests casos, és necessari tenir molt clara la preocupació i, a partir d'aquí, fer un pla amb les actuacions que calgui. Quan s'hagi fet allò necessari, caldrà deixar apartada la preocupació. Si hi ha una preocupació que no té una solució a l'abast i contínuament irromp a la vida, és convenient aturar-se per prestar-li atenció; és a dir, reconèixer que no podem fer-hi res més i continuar amb la pròpia vida. Per distreure's d'aquesta preocupació, és útil practicar activitats que agradin o centrar-se en les coses del dia a dia. Es recomanarà també escriure les preocupacions, què se sent respecte aquestes, què es pot fer que es tingui a l'abast, o bé, parlar-ne amb altres persones [97].

Comiat: per finalitzar aquesta sessió, s'entregarà un paper als participants i se'ls demanarà que hi anotin aquells assumptes que considerin que no mereixen preocupar-se per ells, amb l'ajuda de les explicacions fetes durant la sessió, ja sigui perquè són coses que podrien passar i no ho sabem si passaran, o bé perquè són coses que no es poden resoldre o en les quals ja s'ha fet tot el possible.

### **Sisena sessió. Autoconcepte**

Introducció: es donarà la benvinguda a la sessió, on es començarà explicant que l'autoconcepte és l'opinió que es té sobre un mateix i que, per elaborar-lo, és molt important conèixer-se a si mateix.

Desenvolupament: es demanarà als participants que es descriguin a si mateixos en un full, en els diferents àmbits de la vida: físicament, segons la seva personalitat, com són amb la família, amb els amics, a la feina o als estudis, quins són els seus gustos, si participen en alguna associació o el que creguin convenient. Llavors, es demanarà que ho rellegeixin i marquin el que considerin positiu o negatiu, a més de corregir allò que no s'hagi escrit de manera objectiva. Per exemple, allò que considerin exageracions, o bé matisos que vulguin donar-hi. Es faran grups de 3 o 4 persones i es llegirà la descripció

de cadascú. Els altres membres del grup ajudaran la persona a adonar-se d'aquelles qualitats positives i afegir-ne de noves que no ha tingut en compte, a més d'ajudar a detectar les creences errònies sobre si mateix [98].

A continuació es parlarà del locus de control. Un locus de control intern afavoreix l'autoconcepte, el qual es correlaciona negativament amb el locus de control extern [99]. S'explicarà que el locus de control intern percep la vida com el resultat de les accions pròpies i, per tant, ajuda a valorar l'esforç i l'autoresponsabilitat. La persona sent que és ella qui controla la seva vida. En canvi, si la persona percep un locus de control extern, creu que el que li succeeix és degut al destí o a l'atzar, o bé a causa del que decideixen els altres. Per tant, la persona sent que no pot controlar la seva vida i els seus mèrits els atribueix a altres persones. Es potenciarà el locus de control intern, per tal de fomentar el compromís amb un mateix, el reconeixement dels èxits i l'acceptació dels errors, ja que aquests últims constitueixen una valuosa eina que ajuda a millorar [100].

Comiat: a partir d'aquesta visió del locus de control intern, es proposarà als participants que pensin en un o dos objectius que els agradaria complir en el futur. Es demanarà que a casa seva pensin quins petits passos podrien emprendre per tal de començar a fer-los realitat.

### **Dimensió emocional**

#### **Setena sessió. Tècnica de relaxació progressiva de Jacobson i mindfulness**

Introducció: es donarà la benvinguda i es comentarà durant una estona, tot recordant l'anterior sessió, quins passos han pensat a casa per tal de complir el seu objectiu de futur. A continuació, s'iniciarà la sessió explicant que hi ha diferents tècniques per ajudar a disminuir l'ansietat, les quals calmen la ment i ajuden a destensar el cos.

Es començarà amb un exercici per aprendre a respirar amb el diafragma ja que sovint, quan algú pateix ansietat, la respiració es torna superficial i cada cop més ràpida. Per prendre consciència de com es respira, es demanarà que la persona es posi una mà sobre el tòrax i l'altra sobre l'estómac. S'indicarà que

dirigeixi l'aire cap a l'estómac, de manera que aquest s'anirà inflant. Amb una postura relaxada i respirant lentament, es deixarà anar l'aire, tot desinflant l'estómac. Es practicarà aquesta respiració durant 5 minuts i es demanarà que es fixin com respiren al llarg del dia. Potser s'adonaran que en moments en què estan angoixats, la respiració es torna ràpida i superficial [101].

Desenvolupament: tot seguit, s'explicarà el mètode de relaxació de Jacobson, que és un mètode que se centra en entrenar el cos d'una determinada manera per tal d'assolir un estat de repòs. Destensant els diferents grups musculars s'assoleix un alleujament de la tensió mental. Es pot practicar estirats o asseguts, en aquest últim cas amb l'esquena recolzada a la cadira i els braços relaxats. Aquesta tècnica de Jacobson consisteix en tensionar un grup de músculs durant uns 5 segons, per després relaxar-los. S'hauria de repetir tres vegades per cada grup de músculs.

Primer, es pot començar per la cara, arrugant el front i relaxant-lo, obrint i tancant els ulls, somrient àmpliament i després relaxant els llavis, prement la mandíbula i deixant anar la tensió després, elevant les espatlles en tensió i després relaxant-les, entre d'altres. Es pot continuar contraient els braços, sense moure'ls, i després prement els punys i relaxant-los. Tot seguit, es pot aixecar primer una cama cap amunt notant la tensió i després relaxar-la. Caldrà fer-ho també amb l'altra cama tres vegades durant 5 segons. També es pot tensar l'esquena, intentant que es toquin els omòplats, o inspirar retenint l'aire durant uns segons i, tot seguit, relaxar el tòrax espirant lentament.

En acabar, la persona ha d'observar si sent el cos més relaxat i, si pot, encara intentar relaxar més algun grup muscular que noti en tensió. S'ensenyaran de mica en mica tots aquests passos i es recomanarà la pràctica habitual d'aquests exercicis. A la llarga, la persona aprendrà a observar el seu propi cos, notant quins músculs estan en tensió i relaxant-los. D'aquesta manera, la relaxació corporal contribuirà a una relaxació mental. Aquesta pràctica es podrà fer dins una rutina establerta però, més tard, enmig d'una situació estressant també. Es recomanarà que mentre es faci la relaxació corporal s'intenti mantenir un pensament agradable a la ment [102,103].



A continuació, s'explicarà la tècnica del mindfulness, que consisteix en l'atenció plena en el moment present, acceptant les pròpies emocions i experiències, sense jutjar-les. S'explicarà que practicar el mindfulness s'ha associat amb una reducció de l'ansietat i dels símptomes depressius. Hi ha certa evidència que el mindfulness ajuda a la regulació de les emocions, que és un procés que a vegades és difícil en situacions de trastorns mentals. Segons Desrosiers, el mindfulness permet reavaluar l'impacte que té un estímul en la persona, de manera que les emocions que aquest estímul provoca poden ser moderades gràcies al mindfulness. Per tant, contribueix a una millor resposta de la persona davant situacions d'estrès. En aquesta pràctica d'estar en el moment present, l'hàbit de la preocupació o rumiació també disminueix. A més, ajuda a millorar la memòria, la capacitat de concentració i la tolerància al dolor. S'ha demostrat que l'acceptació de les emocions que una persona sent, la qual es pot realitzar a través del mindfulness, ajuda especialment al trastorn d'ansietat generalitzada [104].

Es recomanarà fer aquesta pràctica cada dia a casa, escollint un moment en què la persona no tingui interrupcions i, si pot ser, més o menys sempre a la mateixa hora. La duració pot ser entre 5 i 20 minuts. Es pot suggerir començar per 5 minuts i anar augmentant de manera consistent, si es vol, fins arribar als 10, 20 minuts o el temps que la persona desitgi.

S'ensenyarà com realitzar el mindfulness a través dels següents passos. Primerament, és necessari asseure's en una cadira amb una postura còmoda i relaxada, amb l'esquena ben recolzada, els braços relaxats i els peus tocant a terra. Es tanquen els ulls i es comença a respirar a poc a poc i de manera profunda, centrant-se en la respiració. S'intentarà deixar a una banda els pensaments, però quan la persona noti que la ment es comença a centrar en algun d'ells, el deixarà i es tornarà a centrar en la respiració. A través d'aquesta pràctica, la persona es pot fer conscient de les seves emocions, sense rebutjar-les. Pot notar quina emoció sent aquell dia o en aquell moment, a on la localitza en el cos i li pot donar un color per identificar-la, per exemple. Un cop aquesta emoció ha estat reconeguda i acceptada, la persona pot tornar a centrar-se en la respiració.

Si a la persona se li fa difícil centrar-se en la respiració, se li recomanarà que compti fins a 4 en la inspiració i fins a 4 durant l'expiració. S'explicarà als participants que a partir d'aquesta pràctica s'espera construir un hàbit, però que és bo no esperar la desaparició de totes les emocions negatives a partir d'ella. En realitat, l'objectiu és aprendre a escoltar-se i a reconèixer i acceptar com ens sentim [105].

Comiat: es recomanarà la pràctica d'aquests dos mètodes de relaxació i s'acomiarà la sessió.

### **Vuitena sessió. Autoestima**

Introducció: es començarà la sessió fent una pluja d'idees sobre què s'entén per autoestima. Per exemple, es podrà dir que l'autoestima correspon al que es pensa i sent sobre un mateix, en base a allò que la persona creu d'ella mateixa i del valor que tenen totes aquestes característiques per ella. S'explicarà que una bona autoestima permet gaudir de més benestar, millor estat d'ànim, més motivació per la vida, capacitat d'autocura i afrontament dels reptes que presenta la vida. A continuació, es faran dues columnes on es demanarà als participants que diguin quins signes creuen que corresponen a una bona autoestima i quins a una baixa autoestima. [106].

Desenvolupament: es repartiran tres papers i es demanarà als participants que apuntin en un dels papers quines creuen que són les seves virtuts. Quan hagin acabat, demanarem als participants que passin per les taules de tothom i escriguin una qualitat positiva al paper de cada persona. Un cop fet això, cada participant es tornarà a asseure al seu lloc i, per torns, llegirà en veu alta les qualitats positives que s'han apuntat [107].

En un altre paper, es demanarà que els participants apuntin les frases negatives que es solen dir habitualment a si mateixos. A continuació, se'ls preguntarà com creuen que afecten aquests pensaments negatius a la seva autoestima. S'explicarà que els pensaments que de manera continuada estan presents a la ment, s'acaben traduint en emocions i en estats d'ànim. El resultat d'aquests pensaments i emocions acaben afectant el desenvolupament de la pròpia vida, ja sigui positivament o negativament [108].

Es farà qüestionar als participants si aquests pensaments s'ajusten a la realitat o si són fruit de distorsions cognitives, a través de l'explicació de les 17 distorsions cognitives descrites per Aaron Beck als anys 1960. Per exemple, es pot explicar la distorsió de la lectura del pensament, que consisteix en creure que se sap què pensen els altres i per què actuen de la manera que ho fan, o bé la personalització, que correspon a la creença que les reaccions o actes dels altres sempre van dirigits a la pròpia persona. També es pot comentar la distorsió del negativisme, on es magnifiquen els fets negatius i es treu valor a allò positiu, o de la generalització, on a partir del que passa en una ocasió es creu que sempre més passarà. Es parlarà del perfeccionisme i les exigències, el pensament dicotòmic i el catastrofisme. S'animarà a pensar en situacions que contradueixen tots aquests pensaments negatius que ells reconeixen que sovint tenen a la ment; com per exemple: “no l'importo a ningú”, “no sóc bona persona” o “no podré fer-ho bé” [109].

Comiat: es demanarà que escriguin alguna característica de la seva manera de ser que vulguin canviar o millorar. Guardaran el paper i el posaran en algun lloc de manera que, de tant en tant, ho puguin recordar, com per exemple a la cartera o al seu escriptori. Es comentarà com han anat les pràctiques de relaxació a casa i s'intercanviaran opinions. Per finalitzar la sessió, es faran 5 minuts de mindfulness.

## **Dimensió social**

### **Novena sessió. Assertivitat**

Introducció: es donarà la benvinguda a la sessió, en la qual s'explicarà que l'assertivitat permet millorar les relacions amb les persones del voltant i expressar tot tipus de sentiments i necessitats, sense que la persona se senti culpable o amb la sensació que està perjudicant els altres. Cal tenir present que l'assertivitat ajuda a deixar clars quins són els drets de la persona, sense resultar ofensius i, per tant, afavoreix la satisfacció que té la persona amb la seva vida. Practicar l'assertivitat augmenta l'autoestima i les habilitats socials, disminueix l'ansietat, les pors, l'estrès i millora el maneig de la ira [110].

Desenvolupament: es demanarà al grup si poden sortir voluntàries dues persones per fer una petita escena de teatre d'uns 5 minuts. La moderadora s'endurà les dues persones fora de la classe i els explicarà què han de fer. Faran el paper de dos amics que han quedat, on un d'ells representarà que arriba mitja hora tard i comença a criticar la roba i el pentinat que porta l'altra persona. Finalment, quan l'amic li expliqui que ha trobat una nova feina, anirà ensorrant cada detall. L'altra persona respondrà de manera passiva: dubitatiu, amb poc contacte ocular, un to de veu baix, sense defensar el seu punt de vista o expressar els seus sentiments. A continuació, es preguntarà a la resta del grup quin altre comportament hauria pogut tenir la persona per tal de defensar la seva pròpia opinió i quines són les conseqüències d'actuar de manera passiva constantment: baixa autoestima, ressentiment, evitació de diferents situacions, ansietat...

Tot seguit, s'explicarà l'altre extrem d'estil de comunicació, que és l'agressiu. Es convidarà a reflexionar quin és l'estil comunicatiu que més freqüentment utilitzen en la seva vida quotidiana, tenint en compte que l'ideal és l'assertiu.

A continuació, s'exposaran uns consells per tal de comunicar-se de manera assertiva (annex 9) i es posaran diversos exemples.

Per últim, es demanarà a dues persones del grup si poden sortir fora perquè es farà una altra escena de teatre. Serà una situació on hi haurà un conflicte, el qual representarà que una de les persones fa molt soroll i crida, desordena i tira totes les coses perquè està buscant un objecte que ha perdut. L'altra persona intentarà que moderi el seu comportament a través de l'empatia, explicant que aquest comportament no soluciona res i oferint ajuda. D'aquesta manera, s'haurà d'intentar que la situació s'arregli. Un cop acabada l'escena, els altres participants podran aportar les seves idees.

L'última escena serà per aprendre a dir que no. Es demanaran dos voluntaris més i a un d'ells se li demanarà que insisteixi en què l'ha d'acompanyar a un lloc. L'altra persona no podrà perquè, per exemple, haurà d'anar a treballar. Aquesta altra persona haurà de mantenir-se ferma en el "no", a través d'explicar per què no pot i oferint solucions. Es demanarà a qui insisteix que pressioni o recorri a retrets diversos. La persona que no pot fer el que se li

demana seguirà ferma en la seva raó, manifestarà que li agradaria però que no pot i s'haurà d'afrontar als retrets de manera assertiva [111].

Comiat: es donaran les gràcies per haver participat tant bé i es demanarà si les representacions teatrals els han estat útils. Se'ls animarà a practicar l'assertivitat en el dia a dia, com a mesura important per tal de reduir l'evitació i l'ansietat. Se'ls lliuraran de manera escrita els consells per ajudar a desenvolupar l'assertivitat (annex 9).

### **Desena sessió. Organització del dia a dia i relacions interpersonal**

Introducció: aquesta sessió constarà de dues parts. La primera correspondrà a com organitzar cada dia, de manera que hi hagi un equilibri entre les obligacions i el temps lliure, amb l'objectiu d'aconseguir una sensació de productivitat però també de satisfacció. La segona part consistirà en com relacionar-se més fàcilment amb les persones del voltant.

Desenvolupament: primerament, s'ensenyarà com programar el dia a dia, per tal d'evitar l'apatia o l'angoixa. Per exemple, se'ls explicarà que és adequat planificar cada dia què es farà l'endemà. És molt important ser realista en la programació d'activitats per tal d'evitar la frustració, ja que cal tenir en ment que sempre poden sorgir imprevistos. Si en sorgeix algun, es recomanarà continuar amb el que s'havia de fer després, delegar en algú allò que no s'ha pogut fer, o bé, si és necessari fer aquella tasca, es posposarà alguna altra activitat posterior que no sigui tan essencial.

Programar activitats que agradin a la persona farà que tingui més motivació i que no s'angoixi amb totes les obligacions marcades. És a dir, és necessari tenir un equilibri entre ambdós tipus d'activitats. Es demanarà que qui vulgui pot fer aquest pla d'activitats diari a casa seva, on s'hauran d'anar posant les hores i què es realitzarà en cada interval de temps. Al costat s'anotarà quina és una activitat obligatòria amb una "O" i quina és per plaer amb una "P". Per exemple: les activitats obligatòries serien anar a treballar, estudiar, fer les feines de casa, dutxar-se, etc., mentre que les activitats lliures serien veure la televisió, anar a fer esport, quedar amb els amics, entre d'altres. Per últim, al final del dia es

valorarà en quina mesura s'ha seguit el pla i es formularà el del dia següent [112].

La segona part de la sessió correspondrà a com relacionar-se millor amb les altres persones. Quan una persona pateix ansietat, pot ser que el fet de relacionar-se amb els altres li suposi un gran esforç i, en conseqüència, tendeixi a evitar el contacte social. Entre tots s'enumeraran els possibles motius pels quals a algú li pot costar socialitzar. S'explicarà que comptar amb una xarxa social és molt important per ajudar a la recuperació, per fer front a qualsevol moment estressant i per no sentir-se sol. Com més es fugi de les situacions socials, més costarà enfrontar-s'hi. És per això que en un full es posaran les habilitats socials que cadascú creu que pot millorar. Llavors, s'identificaran les persones de confiança per tal de practicar aquestes habilitats socials, les quals podrien ser expressar opinions, treure temes de conversa, començar a participar en una conversa ja iniciada, expressar un desacord... Es recomanarà que poden demanar consells a aquestes persones de confiança, per tal que els ajudin a millorar les seves habilitats socials. D'aquesta manera, se'ls farà més fàcil conèixer noves persones, mantenir una bona relació amb la família o amics i desenvolupar-se a la vida [113].

Comiat: es recordarà que és important ser constant en el pla d'activitats per tal d'anar ordenant el dia a dia i superar l'apatia o l'angoixa. Pel que fa les habilitats socials, s'animarà als participants que practiquin amb les persones de confiança que han identificat i que observin com les altres persones expressen els seus punts de vista o els seus sentiments. De mica en mica i amb la pràctica, aniran millorant les seves habilitats socials.

### **Dimensió espiritual**

#### **Onzena sessió. La identitat**

Introducció: donarem la benvinguda i començarem la sessió mirant un curtmetratge titulat "Identitat" [114].

Desenvolupament: els demanarem als participants que expressin quines emocions els ha fet sorgir el curtmetratge, en quines parts s'han fixat o quin significat donen a algunes d'elles.

En aquesta sessió, s'aprofundirà sobre els sentiments espirituals de la persona. Per això, es farà servir el model de valoració espiritual de Fitchett, que conté set dimensions de la vida espiritual de la persona. S'hauran resumit les preguntes d'aquest model en les següents: “quines creences té vostè que donen un propòsit a la seva vida?”, “aquestes creences li donen un sentit del deure o algun tipus d'obligació moral?”, “ha tingut alguna experiència que consideri espiritual?”, “ha experimentat dubtes sobre les seves creences?”, “quines pràctiques realitza en relació a allò que dóna significat a la seva vida?”, “comparteix aquesta creença o manera de viure l'espiritualitat amb altres persones?” i, finalment, “en quin fonament estan basades les seves creences o d'on provenen?”.

Aquestes preguntes es faran oralment perquè qui vulgui pugui compartir els seus pensaments i experiències. Les preguntes seran de caràcter obert, amb l'objectiu que els participants aportin el que creguin convenient. Es lliurarà un paper amb aquestes preguntes als participants, perquè qui vulgui pugui escriure les respostes per si mateix [115,116].

S'explicarà que s'ha demostrat que viure l'espiritualitat d'una manera positiva millora la salut mental i la qualitat de vida, a més d'ajudar a disminuir l'ansietat i els símptomes depressius. S'ha observat també que les creences espirituals des d'una concepció benigna del món ajuden a l'adherència terapèutica i proporcionen resiliència. S'explicarà que un sistema de creences consolidat aporta seguretat a la persona i que, per això, en aquesta sessió s'ha intentat ajudar als participants a reflexionar sobre les seves creences. Segons Bonelli, viure algun tipus d'espiritualitat pot ajudar a donar confort, significat a la vida i esperança [117].

A continuació, s'exposarà que hi ha diferents maneres de viure l'espiritualitat. Entre elles, hi ha el contacte amb la naturalesa, pintar, llegir, escriure o fer escultures per tal d'expressar sentiments, passar temps amb els éssers estimats que fan sentir bé la persona, tocar algun instrument o escoltar música, fer alguna activitat d'equip o de cooperació i, en l'àmbit religiós, participar a les cerimònies religioses, llegir els textos sagrats o fer alguna peregrinació.

S'animarà als participants a triar alguna d'aquestes maneres de viure l'espiritualitat, segons les seves creences i gustos [118].

Comiat: per últim, es proposarà als participants fer una escala de valors pròpia, on a prop de la base hi hauran els valors més importants per ells i a la punta els que ho són menys. Es posarà com a exemple: la honestedat, la llibertat, la solidaritat, la justícia, la responsabilitat, el poder, la seguretat, la bondat, la humilitat, l'amor, la tolerància, l'amistat, la pau, la igualtat, la confiança o el respecte, per tal que ells vagin col·locant alguns d'aquests a la seva escala de valors. S'acomiadarà la sessió i es recordarà que es procedirà a escollir els participants per tal de realitzar el primer grup focal sobre qualitat de vida. Se'ls explicarà que un cop finalitzats els grups focals, es tornaran a passar els sis qüestionaris de la pre-intervenció.



## ANNEX 6. PIRÀMIDE D'ALIMENTACIÓ SALUDABLE

Es lliurarà als participants aquesta piràmide d'alimentació saludable per tal que els serveixi de guia per la seva dieta [119].



## ANNEX 7. PAUTES PER HIGIENE DEL SON

Es pautaran aquestes mesures no farmacològiques per tal de millorar la qualitat del son [120].

### PAUTES PER LA HIGIENE DEL SON

**1. Despertar-se i anar a dormir aproximadament a la mateixa hora cada dia**

**2. Limitar les hores que es passen estirats al llit, fer-les servir per dormir**

**3. Evitar fer migdiades o dormir durant el dia**

**4. Fer un sopar lleuger i 2 hores abans d'anar a dormir**

**5. Fer exercici físic durant el dia, però no a partir del vespre o durant la nit, ja que l'exercici físic activa el cos**

**6. Seguir una rutina abans d'anar a dormir**

**7. Dormir en un ambient tranquil, a una temperatura adequada, sense sorolls i còmode**

**8. No pensar en preocupacions abans d'anar a dormir.**

**També intentar**

**evitar les preocupacions referents a no poder dormir**

**9. Fer algun exercici de relaxació abans d'anar a dormir**

**10. No prendre cafeïna, alcohol o nicotina unes hores abans de descansar**

**Els adults haurien de dormir unes 8 hores diàries**



## ANNEX 8. LES 11 CREENCES IRRACIONALS D'ALBERT ELLIS

S'exposaran les creences irracionals segons aquest autor, les quals són un component cognitiu que fomenta l'ansietat [121].

1	Necessito amor i aprovació de tothom qui m'envolta
2	Per tenir un valor com a persona, necessito aconseguir tot el que em proposo
3	Les persones dolentes han de ser castigades per les seves males accions
4	És horrible que les coses no surtin com jo vull
5	Les persones no podem fer res per evitar el patiment o les desgràcies del món, ja que tot el que succeeix és incontrolable per nosaltres
6	Haig de pensar constantment que el pitjor pot passar
7	És més fàcil evitar responsabilitats que no pas afrontar dificultats
8	Sempre cal comptar amb algú més fort, en qui es pugui confiar
9	El meu passat és determinant pel present i pel futur
10	Haig de preocupar-me constantment pels problemes dels altres
11	Cada problema té una solució, i no trobar-la és catastròfic

Es poden resumir en 3 creences irracionals bàsiques:

1	Respecte a un mateix, en el fet que s'han de fer bé totes les coses i s'ha d'aconseguir l'aprovació de tothom
2	Respecte a les altres persones, a partir de la qual es creu que tothom ha de ser agradable i just en vers les altres persones
3	Respecte la vida, on es pensa que el món ha d'oferir oportunitats fàcils per tal d'assolir el que un vol sense gaire esforç

## ANNEX 9. PRACTICANT L'ASSERTIVITAT

Per tal de comunicar-nos de manera assertiva, podem seguir tres passos:

1. Primerament, ens dirigim a l'altra persona expressant que comprenem la seva situació o per què actua com ho fa. Per exemple: "Entenc que quan una persona és fora de casa amb altra gent és fàcil distreure's o li passa el temps molt ràpidament..."
2. Seguidament, expressem quina és la situació que ens fa sentir malament i com ens sentim de manera personal davant aquesta situació, utilitzant la primera persona: "... però quan arribes dues hores tard, em preocupa molt que no t'hagi passat res..."
3. Finalment, demanem de manera específica què podria fer l'altra persona perquè la situació millorés: "... per tant, m'agradaria que m'avisessis quan vegis que arribaràs molt tard, així podré estar més tranquil·la".

És important fer peticions clares, parlant des de la pròpia persona i sense atacar l'interlocutor o utilitzar adjectius despectius. És necessari parlar mirant la persona, amb seguretat i amb un to de veu que no sigui agressiu [122].

## ANNEX 10. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA AL GRUP FOCAL

- 1-. Com us heu sentit en aquest grup al llarg de les diferents sessions?
- 2-. Penseu que aquestes intervencions us han ajudat a millorar el vostre dia a dia? Puntueu-ho amb una escala de Likert de l'1 al 10. En quines àrees de la vida us han ajudat?
- 3-. Considereu que han contribuït a reduir els símptomes d'ansietat? De quina manera?
- 4-. Com creieu que l'ansietat o les preocupacions afecten la vostra salut física? (Especialment els símptomes relacionats amb el sistema nerviós autònom: símptomes cardiovasculars, respiratoris o gastrointestinals)
- 5-. Sentiu que després d'aquestes setmanes us coneixeu millor a vosaltres mateixos?
- 6-. Quina actitud teniu cap a vosaltres mateixos?
- 7-. Quines activitats us fan sentir contents o us donen més benestar?
- 8-. Quins són els vostres hàbits alimentaris? Per exemple: quants àpats feu al dia, si piqueu entre hores, si mengeu gaires àpats processats o el suficient número de fruites i verdures
- 9-. Heu notat alguna millora en la vostra qualitat del son? Per exemple: us sentiu més descansats el dia següent, us desperteu amb menys freqüència durant la nit o us costa menys adormir-vos?
- 10-. Us sentiu sovint irritables, impacients o amb sensació d'estar a punt de perdre el control?
- 11-. Us sentiu connectats o sentiu confiança amb el vostre entorn, ja sigui familiar, laboral, d'amistats...? (Hi són presents sentiments de soledat, susceptibilitat a l'avaluació negativa o aïllament social?)
- 12-. Noteu que sou capaços d'expressar la vostra opinió, desacord amb els altres i defensar el que considereu adequat segons el vostre punt de vista?

13-. A partir d'ara, doneu un nou significat al diagnòstic del trastorn d'ansietat o ho seguiu veient des de la mateixa perspectiva?

14-. Quines són les vostres motivacions o objectius pel futur? (Hi ha sentiments de desesperança i inutilitat, anhedònia o temor cap al futur?)

15-. Esteu satisfets amb la vostra vida present? Quines àrees voldríeu millorar?

## ANNEX 11. AVALUACIÓ EN FINALITZAR LES INTERVENCIONS

Un cop finalitzada la sessió, li demanem que, segons la seva opinió, puntuï de l'1 al 5 les següents afirmacions en relació la sessió acabada de desenvolupar, sent 1: gens, 2: poc, 3: força, 4: bastant i 5: molt.

### **Contingut**

El tema tractat a la sessió m'ha resultat útil

La informació ha estat donada de manera comprensible

El tema s'ha tractat amb la profunditat i claredat esperades

### **Metodologia**

He pogut aportar i participar en allò que desitjava

M'he sentit escoltat i còmode al llarg de la sessió

He pogut exposar i resoldre dubtes que tenia

### **Organització**

Els recursos utilitzats per desenvolupar la sessió han resultat adequats (exercicis, representacions, exemples, material de suport...)

L'espai i durada amb què s'ha realitzat la sessió ha estat satisfactori

### **Suggeriments:**

---

---

---

---

## ANNEX 12. AVALUACIÓ EN FINALITZAR CADA GRUP FOCAL

Un cop finalitzat el grup focal, li demanem que, segons la seva opinió, puntuï de l'1 al 5 les següents afirmacions en relació a la trobada acabada de desenvolupar, sent 1: gens, 2: poc, 3: força, 4: bastant i 5: molt.

Els diferents àmbits tractats sobre la qualitat de vida m'han semblat adequats

He pogut donar el meu punt de vista durant el grup focal

Ha predominat un ambient de debat i de contrast d'experiències

La moderadora ha pogut conduir de manera ordenada i clara la sessió

M'he sentit escoltat durant el grup focal

La durada, el lloc i la organització amb què s'ha desenvolupat el grup focal m'ha resultat adequat

El grup focal m'ha resultat útil, ja sigui per haver pogut compartir, haver vist noves perspectives o haver après coses noves

Si vol, pot suggerir quin altre tema hauria d'haver estat abordat durant el grup focal sobre qualitat de vida, però que no se n'ha parlat:

---

---

---

---