

MANIFESTACIONS SIMPTOMATOLÒGIQUES I ESTRATÈGIES D'AFRONTAMENT DE L'ANSIETAT

Treball de Final de Grau de Psicologia

Sònia Aymerich Fragoso

Curs 2019-2020

Tutora: Anna Casellas Grau

Grau en Psicologia

Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya

Vic, Maig del 2020

Agraïments

En primer lloc, m'agradaria agrair a l'Anna Casellas Grau, tutora del present Treball Final de Grau i referent present durant tot el procés de realització d'aquest projecte. Durant aquests mesos ha estat fàcil la comunicació i la comprensió amb ella i m'he sentit acompanyada i molt ben orientada en tot moment. Gràcies per totes les supervisions, correccions i suggeriments, ha estat un gran aprenentatge.

En segon lloc, vull esmentar que estaré eternament agraïda a la meva família, ja que és gràcies a ells que m'ha estat possible cursar el Grau en Psicologia, i, des del moment en el qual vaig iniciar aquesta experiència acadèmica i personal fins als últims moments, inclouen també aquest treball, han estat sempre al meu costat i han estat una font única de suport i motivació.

En tercer lloc, vull agrair a totes les persones que han participat en el projecte i han dedicat part del seu temps a realitzar el qüestionari que es porta a terme al llarg de la recerca, ja que sense totes elles aquest treball no hagués estat del tot possible. També m'agradaria agrair a les companyes del grau, amigues amb les quals més he compartit l'experiència d'aquests quatre anys i, per suposat, també la del Treball Final de Grau. Elles han estat una via clau de comprensió, suport i motivació constant.

Per acabar i passar directament al treball, vull compartir una vegada més l'agraïment que sento per aquesta oportunitat i haver-me pogut formar una mica més per tal d'estar preparada i donar en un futur professional una bona resposta a totes aquelles persones que ho requereixin. Ha estat un treball que ha requerit esforç i molt temps invertit però ha estat una molt bona experiència i, sens dubte, l'he gaudit des del principi fins al final.

Resum

En l'actualitat, l'ansietat s'incrementa notablement en la societat occidental i, paral·lelament, es dispara el consum d'ansiolítics per pal·liar-la, així com l'augment de les teràpies alternatives i/o complementàries. D'aquesta manera, s'intueix una tendència cap a un model basat en la concepció integral i dinàmica dels individus. És per aquest motiu que és important estudiar les diverses estratègies d'afrontament i tractaments que s'ofereixen avui en dia, i, a la vegada, apostar per un model de prevenció i gestió emocional que treballi per desenvolupar els recursos interns dels quals tots gaudim i, així, evitar que l'ansietat segueixi dominant la vida de moltes persones. En la present investigació es proposen uns objectius que tenen a veure en explorar el grau d'ansietat dels participants de la recerca així com les manifestacions simptomatològiques més comunes, i, seguidament, conèixer el tractament més utilitzat, el que consideren més beneficiós i, alhora, els punts forts i febles de cadascun d'ells: tractament psicològic, tractament farmacològic i teràpies alternatives i/o complementàries. Per fer-ho, s'ha administrat un qüestionari en una mostra d'un total de 292 subjectes amb edats compreses entre els 18 i 65 anys. Dins d'aquest qüestionari s'utilitzen diversos instruments, en primer lloc, el qüestionari d'ansietat (estat-tret), *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*, en segon lloc, s'utilitza *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*, i, en tercer lloc, es formulen, de manera categòrica i en format multiresposta, una bateria de 9 preguntes per tal d'explorar quines són les estratègies més utilitzades i les opinions dels subjectes respecte a les diverses teràpies. Els resultats obtinguts en la present recerca han mostrat que es tracta d'una mostra amb uns nivells de trets d'ansietat normatius que, a la vegada, assenyalen certa tendència ansiosa a través de manifestacions simptomatològiques a nivell cognitiu i que, en referència als tractaments, s'ha utilitzat majoritàriament la teràpia farmacològica per tractar casos puntuals d'ansietat (tot i ser la menys considerada positivament dins dels subjectes); i per contra, les teràpies alternatives i/o complementàries esdevenen les menys utilitzades per afrontar l'ansietat tot i ser les més ben considerades pels individus respecte als beneficis a llarg termini.

Paraules clau: Ansietat, Teràpia Psicològica, Teràpia Farmacològica, Teràpies Alternatives i/o Complementàries

Abstract

Anxiety nowadays has greatly increased in our society, as well as anxiolytic consumption and the alternative and/or complementary therapies, aiming to relieve it. On top of this, there is a tendency towards a model based on the integral and dynamic conception of individuals raising up. It is for this reason that it is important to study the various strategies and treatments offered and at the same time, to bet on a model of prevention and emotional management to develop the own resources that we all have within us in order to prevent anxiety from dominating life situations of many people. This study proposes a general objective, which is to explore the research participants level of anxiety, as well as the most common symptomatic manifestations. Besides knowing the most commonly used treatment, it is also important to acknowledge their opinions on which is the most beneficial and the strengths and weaknesses of each of them: psychological treatment, pharmacological treatment and alternative and/or complementary therapies. In order to corroborate the general objective, a questioner has been administered to a total of 292 subjects aged between 18 and 65 years. The questionnaire consists of several instruments: firstly, the Anxiety Questionnaire (State-Trait), Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), secondly, The Anxiety Situations and Answers Inventory (ISRA), and thirdly, a battery of 9 categorical questions of multiple choice was formulated to explore the most used strategies and opinions that subjects had regarding the various therapies. The results obtained in this research have shown that the sample of this project has levels of normative anxiety traits, although in some points there is a tendency to anxiety through cognitive syntometological manifestations. On one hand, pharmacological therapy has been used mainly to treat specific cases of anxiety (despite being the least positively considered within subjects); on the other hand, alternative and/or complementary therapies became the least used to cope with anxiety, although they were better considered by individuals in terms of long-term benefits.

Key words: Anxiety, Psychological Therapy, Pharmacological Therapy, Alternative and Complementary Therapies

Índex

| | |
|---|-----------|
| 1. Introducció..... | 8 |
| 2. Fonamentació teòrica..... | 10 |
| 2.1. L'ansietat: definició i tipus de Trastorns d'Ansietat..... | 10 |
| 2.2. El Trastorn d'Ansietat Generalitzada (TAG)..... | 13 |
| 2.2.1. Dades i prevalença | 14 |
| 2.2.2. Síntomes i Diagnòstic Diferencial | 14 |
| 2.2.3. Factors de protecció | 17 |
| 2.2.4. Factors de risc | 18 |
| 2.2.5. Comorbiditat | 19 |
| 2.2.6. Curs i pronòstic | 20 |
| 2.3. Tractaments i estils d'afrontament..... | 20 |
| 2.3.1. Requeriment del tractament | 20 |
| 2.3.2. Tipus de tractament..... | 21 |
| 2.3.3. Evidència científica sobre els diferents tipus de tractament | 32 |
| 3. Part pràctica | 36 |
| 3.1. Objectius generals i específics | 36 |
| 3.2. Hipòtesis de la recerca | 36 |
| 3.3. Metodologia | 37 |
| 3.3.1. Tipus de disseny..... | 37 |
| 3.3.2. Mostra | 37 |
| 3.3.3. Aspectes ètics..... | 37 |
| 3.3.4. Instruments de recollida de dades | 38 |
| 3.3.5. Procediment de recollida de dades..... | 40 |
| 3.4. Resultats | 42 |
| 3.4.1. Dades sociodemogràfiques | 42 |
| 3.4.2. Qüestionari d'ansietat (estat-tret) - STAI | 42 |
| 3.4.3. Inventari ISRA | 45 |
| 3.4.4. Bateria de qüestions respecte als diversos tractaments..... | 46 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 3.5. | Discussió..... | 53 |
| 3.6. | Limitacions | 57 |
| 3.7. | Futures línies d'investigació | 57 |
| 3.8. | Conclusions..... | 58 |
| 4. | Bibliografia | 61 |
| 4. | Annexos..... | 68 |
| 4.1. | Annex 1: Presentació del qüestionari..... | 68 |
| 4.2. | Annex 2: Instrument de mesura I (STAI) | 69 |
| 4.3. | Annex 3: Instrument de mesura II (ISRA)..... | 70 |
| 4.4. | Annex 4: Instrument de mesura III (Bateria de qüestions) | 71 |

1. Introducció

Els trastorns mentals constitueixen una càrrega important a nivell econòmic i social i, aquest problema de salut mental sol ser atès, inicialment, a les consultes d'atenció primària, essent els Trastorns d'Ansietat (TA) en si mateixos o associats a altres patologies, una de les causes més freqüents de consulta (Navas i Vargas, 2012). Segons Escudero (2013), l'ansietat és un dels problemes psicològics més estesos en els nostres dies, i, observem que els ansiolítics estan entre els tipus de psicofàrmacs més consumits del món, que les consultes sanitàries per motius relacionats amb l'ansietat van en augment i que les baixes laborals produïdes per aquest factor són cada cop més nombroses. Per altra banda, Schweitzer, Esper i Silva (2012) comenten que la població general i el professional sanitari busquen una cura integral i holística que s'acosti al pacient de manera àmplia, involucrant aspectes biològics, emocionals, ambientals, espirituals i de comportament que produeixen la malaltia. D'aquesta manera, inevitablement, estem aproximant-nos a un nou paradigma de salut basat en una concepció integral i dinàmica de l'ésser humà, tret que implica la realització de canvis profunds en les tendències mundials actuals. A més, segons Gythlin i Trichard (2014), els models terapèutics complementaris no resulten necessaris només per a enriquir el sistema de salut amb pràctiques preventives a fi de millorar la qualitat de vida, sinó també per reduir costos, reduir la probabilitat de desenvolupar efectes secundaris a certs medicaments, afavorir a la participació activa i la corresponsabilitat dels pacients en el procés de salut.

Fins al moment, s'han dut a terme estudis de recerca que avaluen l'eficàcia d'aquests tipus de tractaments a un nivell individual o bé, com a molt, comparant el tractament psicològic amb el farmacològic però no s'han realitzat anàlisis que facin un estudi comparatiu dels tres tipus de teràpia possibles per tractar l'ansietat; la psicològica, la farmacològica i l'alternativa i/o complementària. Per tant, el que es pretén en aquest Treball de Final de Grau és dur a terme un projecte de recerca sobre els conceptes exposats prèviament, per tal d'explorar, en primer lloc, quines són les manifestacions simptomatològiques més comunes i, en segon lloc, quines són les teràpies més utilitzades per tal de fer front a l'ansietat i quina visió social existeix d'aquestes. A més, aquest estudi pot contenir informació que podria considerar-se per tal d'establir futures línies de recerca i d'intervenció.

La principal motivació que m'ha portat a escollir aquesta temàtica és l'increment del nivell d'ansietat que està adquirint la societat occidental a dia d'avui, i que, a causa d'aquest fet, em

sembla de vital importància aprendre a gestionar-la. Tot i això, la gestió emocional no és una assignatura que s'ensenyi a les escoles ni tampoc forma part, majoritàriament, de l'educació que es rep des de la família o tutors de l'infant o adolescent. És per aquest motiu que considero essencial conèixer els diversos tractaments que existeixen per afrontar-la, els seus beneficis, les possibilitats que ofereixen, i, el seu requeriment per tal d'evitar caure en el parany d'utilitzar la teràpia farmacològica, si no és estrictament necessària, únicament perquè aquesta esdevé un recurs ràpid i efectiu i una font de pal·liació dels símptomes immediata i sense gairebé esforços. Per altra banda, en els últims anys s'ha incrementat el pes que han adoptat les teràpies alternatives i/o complementàries per a tractar aspectes relacionats amb l'ansietat, de manera que, cada vegada més, s'incrementa la controvèrsia que existeix entre les possibilitats existents per fer front a l'ansietat i, aquest, és un tema que em desperta molt d'interès i considero molt útil a tenir en compte per la pràctica professional en un futur.

Pel que fa a l'estructura del treball, aquesta es troba dividida en dos grans apartats. En primer lloc, s'exposa l'apartat on consta la fonamentació teòrica, base a partir de la qual es presentarà les bases del concepte de l'ansietat i, es detallarà específicament el Trastorn d'Ansietat Generalitzada. (TAG), ja que és el trastorn més comú dins dels Trastorns d'Ansietat (TA). A banda d'això, també es presentaran les diverses teràpies que es poden portar a terme per gestionar i afrontar l'ansietat, les quals són; la teràpia psicològica, la teràpia farmacològica i la teràpia alternativa i/o complementària. Per últim dins de la fonamentació teòrica, s'exposarà un apartat d'evidències científiques respecte als tres diferents tipus de tractament. A continuació, el segon apartat, es dirigeix a la part pràctica de la recerca. S'exposarà, en primer lloc, els objectius d'aquest projecte i les hipòtesis que se'n deriven; en segon lloc, es presentarà la metodologia seguida al llarg de l'estudi, la qual inclou: tipus de disseny utilitzat, la mostra, els aspectes ètics, els instruments que han permès la recollida de dades i el procediment de recollida de dades. En tercer lloc, es passarà a l'anàlisi dels resultats obtinguts i, per últim, es troba la discussió i les conclusions finals de la recerca.

2. Fonamentació teòrica

2.1. L'ansietat: definició i tipus de Trastorns d'Ansietat

Segons el DSM-V (American Psychological Association [APA], 2013), quan parlem de Trastorn d'Ansietat (TA) ens referim a aquells trastorns que comparteixen característiques de por (amença imminent, real o imaginària) i ansietat (resposta anticipatòria a una amenaça futura) de manera excessiva, així com alteracions conductuals associades. Aquests trastorns es diferencien de la por i l'ansietat normal pròpia del desenvolupament per ser excessius o persistir més enllà dels períodes de desenvolupament apropiats, interferint, bloquejant o afectant negativament a la vida quotidiana d'aquella persona que l'està patint. Molts d'aquests trastorns es desenvolupen durant la infància i tendeixen a persistir en el temps si no es tractés (APA, 2013).

L'ansietat descriu sentiments d'aprensíó, preocupació, por, nerviosisme i inquietud que, a la vegada, és un sistema d'alerta universal (es dona en totes les persones), com un mecanisme de defensa davant d'una situació que ha estat valorada com a amenaçant per la mateixa persona. Així que de bon principi, la seva funció és adaptativa, en tant que prepara i mobilitza a l'organisme per tal que estigui disposat a intervenir davant de possibles riscos o amenaces i amb l'objectiu que les possibles conseqüències no es portin a terme o si més no, aquestes es minimitzin. El problema sorgeix quan, en alguns casos, aquest mecanisme funciona de forma alterada i produeix problemes de salut i alteracions en la rutina i, en lloc d'ajudar, incapacita (APA, 2013). Actualment existeixen onze tipus de Trastorns d'Ansietat (TA) recollits en el DSM-V. A continuació els exposem seguint el mateix ordre en el qual estan presentats en *Diagnostic and Statistical Manual* (APA, 2013) i descrivim els criteris de diagnòstic de cadascun d'ells:

- Trastorn d'Ansietat per Separació

Aquest trastorn resulta d'una por o ansietat intensa i persistent a l'hora d'haver de separar-se d'una persona amb la qual es manté un vincle estret. S'evidencien un mínim de tres manifestacions clíniques: preocupació, malestar psicològic subjectiu, rebuig a quedar-se sol a casa o a desplaçar-se a altres llocs, presència de malsons nocturns i/o símptomes físics davant la separació o anticipació d'aquestes figures de vinculació.

- Mutisme Selectiu

Parlem de mutisme selectiu quan apareix en la persona una incapacitat de parlar o respondre a altres en una situació social específica en la qual s'espera que s'hauria d'haver fet, tot i fer-ho sense problemes en altres situacions (generalment a casa i en presència de familiars immediats). Aquesta incapacitat persisteix en el temps com a mínim un mes per tal de ser considerat i diagnosticat com a mutisme selectiu.

- Fòbia Específica

Es considera que hi ha una fòbia específica quan es dona l'aparició de por o ansietat intensa i persistent, pràcticament immediata i invariable respecte a un objecte o una situació específica, que s'eviten o se suporten a través d'una intensa por-ansietat. Hi ha diverses especificacions en funció del tipus d'estímul que genera la fòbia: animal, de l'entorn natural, de sang-ferides-injeccions, donat per la situació, i d'altres.

- Trastorn d'Ansietat Social

És la por o ansietat intensa que apareix pràcticament sempre a una o més situacions socials en les quals la persona s'exposa a l'atenció per part d'altres. La persona tem actuar d'una determinada manera o mostrar símptomes d'ansietat que puguin ser valorats negativament pels observadors. Existeix una especificació d'aquest trastorn que té a veure únicament en cas que la por fòbica estigui restringida a parlar o actuar en públic.

- Trastorn d'Angoixa

És un trastorn que està vinculat a la presència de crisis d'angoixa inesperades i recurrents que, com a mínim una d'aquestes, va seguida, durant un mínim d'un mes, de sentiments d'inquietud o preocupació persistent per l'aparició de noves crisis o les seves conseqüències, així com per un canvi significatiu i desadaptatiu en el comportament de la persona que es relaciona en certs aspectes amb les crisis d'angoixa.

- Agorafòbia

És la por o ansietat que apareixen generalment respecte a dues o més situacions agorafòbiques (transports públics, llocs tancats, estar enmig d'una multitud, entre d'altres) que s'eviten activament, requereixen generalment la presència d'un acompanyant i es presenta una por o ansietat intensa per part de l'individu que ho pateix. Aquesta situació sorgeix pel temor a tenir

dificultats per fugir o rebre ajuda en cas d'aparició de símptomes similars a l'angoixa o d'altres incapacitants.

- Trastorn d'Ansietat Generalitzada

Trastorn que es vincula a la presència de l'ansietat i la preocupació excessiva, persistent i amb dificultats per controlar, sobre diversos esdeveniments o activitats. S'associen a tres o més símptomes de sobreactivació fisiològica com sudoració, taquicàrdia, tremolor, sensació d'ofegar-se, entre d'altres. La presència d'aquesta ansietat apareix fins i tot quan existeix poca o cap raó per preocupar-se per la situació.

- Trastorn d'Ansietat induït per substàncies/medicació

Es tracta d'un tipus de trastorn d'ansietat que es caracteritza, principalment, per la presència de crisis d'angoixa o ansietat i en el qual existeixen evidències que, tals símptomes, es desenvolupen durant o poc després de la intoxicació o l'abstinència d'una substància o per la presa de medicació capaç de produir els símptomes.

- Trastorn d'Ansietat causat per una altra malaltia mèdica

Aquest tipus de trastorn d'ansietat es dona en tant que hi ha la presència d'una crisi d'angoixa o bé ansietat, amb evidències que això és una conseqüència fisiopatològica directa d'una altra condició mèdica que presenti la persona i que aquesta li pugui estar generant i provocant aquest quadre ansiós.

- Altres Trastorns d'Ansietat especificats

Són la presència de símptomes clínicament significatius característics d'algun Trastorn d'Ansietat que no arriben a complir tots els criteris de diagnòstic dels trastorns esmentats. Inclou, per exemple, l'ansietat generalitzada que no compleix amb el criteri temporal d'estar present la majoria de dies.

- Trastorn d'Ansietat no especificat

Inclou presència de símptomes clínicament significatius característics d'algun Trastorn d'Ansietat que no arriben a complir tots els criteris de diagnòstic de cap d'aquests trastorns, però a diferència del que hem comentat anteriorment, en aquest cas no s'especifiquen les causes per les quals no es compleixen els criteris diagnòstics per falta d'informació.

2.2. El Trastorn d'Ansietat Generalitzada (TAG)

Segons el *National Institute of Mental Health* (NIH, 2017), el Trastorn d'Ansietat Generalitzada (TAG) es desenvolupa lentament i, generalment, acostuma a iniciar-se en l'adolescència o l'adulthood primerenca. Es dona en totes aquelles persones que es preocupen extremadament i/o se senten molt nervioses per assumptes com problemes de salut, familiars, qüestions econòmiques, aspectes professionals o de relacions socials. Presenten aquest nerviosisme fins i tot quan existeix poca o cap raó per preocupar-se, i tenen dificultat per controlar aquesta ansietat i mantenir-se concentrats i tranquils en les activitats diàries. La intensitat, la durada, la freqüència de l'ansietat i la preocupació són desproporcionades a la probabilitat o a l'impacte real de l'esdeveniment anticipat, i, presenten malestar subjectiu a causa de la constant preocupació, com també deteriorament de les àrees socials o ocupacionals. Pel que fa a les causes que porten a desenvolupar aquest trastorn, no es coneixen amb certesa, tot i que es considera un trastorn amb base hereditària, en el qual la influència i l'exposició de la persona a situacions d'estrès i certs factors ambientals, poden generar-ne el desenvolupament (NIH, 2017). A continuació exposarem els criteris que utilitza el DSM-V (APA, 2013), per detectar i diagnosticar el TAG:

- A) Ansietat i preocupació excessiva (anticipació aprensiva), que es produeix durant més dies dels quals ha estat absent durant un mínim de sis mesos, en relació amb diversos successos o activitats (com en l'activitat laboral o escolar).
- B) A l'individu li és difícil controlar la preocupació.
- C) L'ansietat i la preocupació s'associen a tres (o més) dels sis símptomes següents (i almenys alguns símptomes han estat presents durant més dies dels que han estat absents durant els últims sis mesos): inquietud o sensació d'estar atrapat o amb els nervis de punta; facilitat per fatigar-se; dificultat per concentrar-se o quedar-se amb la ment en blanc; irritabilitat; tensió muscular; problemes de son.
- D) L'ansietat, la preocupació o els símptomes físics causen malestar clínicament significatiu o deteriorament en el funcionament social, laboral o altres àrees importants del funcionament.
- E) L'alteració no es pot atribuir als efectes fisiològics d'una substància ni a una altra afecció mèdica.
- F) L'alteració no s'explica millor per un altre trastorn mental.

2.2.1. Dades i prevalença

En l'estudi de Robichaud, Koerner & Dugas, (2019), es va arribar a una conclusió sobre la prevalença del TAG després de basar-se en diverses investigacions. Els autors van concloure que el TAG és el primer trastorn més freqüent dels que s'engloben dins dels TA i, el segon més freqüent dins de tots els trastorns mentals en consultes d'atenció primària, de manera que es pot considerar com un problema comú en la societat. Segons aquest estudi, del 2 al 4% de la població presentarà criteris de TAG en el pròxim any, mentre que del 4 al 7% de la població desenvoluparà TAG en algun moment de la seva vida.

Segons el DSM-V (APA, 2013), pel que fa a aspectes relacionats amb la cultura, existeix una variació considerable de l'expressió i la manifestació del TAG, en tant que en algunes cultures poden predominar els símptomes somàtics mentre que, en d'altres, els cognitius són els que més es destaquen. Val a tenir en compte que les preocupacions i la manera de gestionar les emocions difereix notablement en funció del tipus de cultura, de manera que seria interessant conèixer el context social i cultural en avaluar si les preocupacions o ansietat que una persona manifesta sobre determinades situacions són excessives o són coherents amb el seu context social. I en relació a aspectes diagnòstics relacionats amb el gènere, el TAG es diagnostica més freqüentment en dones que en homes; i tot i que ambdós presenten símptomes similars, difereixen en els patrons de comorbiditat que expliquem més detalladament en el punt 1.3.5. (APA, 2013).

2.2.2. Síntomes i Diagnòstic Diferencial

- Simptomatologia

No totes les manifestacions de l'ansietat es donen a través dels mateixos símptomes ni tampoc amb la mateixa intensitat, sinó que s'expressen en funció de la vulnerabilitat i/o susceptibilitat a aquests símptomes en funció de la predisposició biològica i/o psicològica de cada persona. A banda d'aquest aspecte, les manifestacions simptomatològiques de l'ansietat són molt variades i es poden classificar en diferents grups que a continuació presentem (Baeza, 2017):

En primer lloc mencionem els símptomes físics, ja que aquests suposen manifestacions de l'ansietat altament evidents i clares. Dins d'aquesta categoria hi trobem la taquicàrdia, palpitations, opressió al pit, falta d'aire, tremolors, sudoració, molèsties digestives des del

conegut ‘nus a l'estómac’ fins a nàusees o vòmits, tensió i rigidesa muscular, esgotament, formigueig i sensació de mareig. A més, val a comentar que quan l'activació neurofisiològica és notablement elevada poden arribar a aparèixer alteracions en el son, l'activitat sexual i l'alimentació.

En segon lloc, parlarem dels símptomes psicològics, els quals majoritàriament es manifesten a través d'inquietud i nerviosisme davant la sensació d'amenaça o perill. Aquests símptomes generen una sensació de ganes de fugir o atacar, inseguretat, sensació de buit, sensació d'estranyesa o de despersonalització, temor a perdre el control, sospites, incertesa i dificultat per prendre decisions. En els casos en els quals l'ansietat és molt extrema, apareix també el temor a la mort, a la bogeria o al suïcidi.

En tercer lloc i en referència als símptomes de conducta, trobem manifestacions d'estat d'alerta i hemovigilància, bloquejos, dificultat per actuar, impulsivitat, i inquietud motora originada per la dificultat d'estar quiet i/o en repòs. I tots aquests símptomes conductuals van acompanyats de canvis en l'expressivitat i el llenguatge corporal com les postures rígides o tancades, tensió en les mandíbules, canvis en la veu i expressions facials que denoten dubte, sorpresa o crispació.

En quart lloc i pel que fa a símptomes cognitius, hi poden haver manifestacions de dificultats d'atenció, concentració i memòria. Així com preocupació excessiva, expectatives negatives, ruminació, pensaments distorsionats, augment dels dubtes, sensació de confusió, tendència a recordar aspectes desagradables, sobrevalorar detalls desfavorables, abús de prevenció i sospita, interpretacions inadequades i susceptibilitat serien les expressions més comunes dins de simptomatologia cognitiva ansiosa.

En cinquè i per últim lloc existeixen els símptomes socials, que es manifesten a través d'irritabilitat, dificultats per iniciar o continuar amb una conversa, possible verborrea i bloquejos en el moment de preguntar o respondre, dificultat per expressar opinions, temor excessiu a possibles conflictes, entre d'altres.

- Diagnòstic diferencial

Segons *National Library of Medicine* (NLM, 2020), no tots els trastorns es poden diagnosticar amb una simple prova, sinó que molts d'aquests presenten símptomes similars, de manera que

el diagnòstic diferencial, el que fa, és tenir en compte tots els trastorns que puguin manifestar tals símptomes i realitza diverses proves al respecte, fins que aquestes permetin descartar certes causes i determinar, finalment, quin és el trastorn que existeix. A continuació exposarem el diagnòstic diferencial que presenta el TAG segons el DSM-V (APA, 2013).

- Trastorn d'ansietat a causa d'una altra afecció mèdica

Aquest trastorn pot presentar símptomes similars però es distingeix del TAG perquè en aquest cas, l'origen de l'ansietat que presenta la persona es pot explicar a causa d'una altra alteració mèdica específica que la provoca. L'hipertiroïdisme en seria un exemple.

- Trastorn d'Ansietat induït per substàncies o medicaments

Aquest també es distingeix del trastorn que ens ocupa, ja que, en aquest cas, l'ansietat és causada per una substància o un medicament com, per exemple, una droga o l'exposició a una toxina, les quals estiguin etimològicament relacionades amb l'ansietat i per tant, també es pugui explicar l'origen d'aquesta.

- Trastorn d'ansietat social

Trastorn el qual podem distingir del TAG, ja que, en aquests casos tendeixen a mostrar l'ansietat bàsicament quan els individus són avaluats socialment i no en altres situacions del dia a dia que no s'incloguin dins de l'àmbit de caràcter més social.

- Trastorn obsessiu-compulsiu

Aquest tipus de trastorn adopta idees inadequades en forma de pensaments, impulsos o imatges intrusives i no desitjades; de manera que es pot distingir, també, del TAG, ja que, en aquest cas, la persona tendeix a mostrar una clara i evident preocupació pel futur.

- Trastorn d'estrès posttraumàtic i trastorns d'adaptació

Casos en els quals l'ansietat persisteix durant un període concret i no excessivament perllongat en el temps, i són deguts a un o més factors estressants. Les conseqüències que deriven d'aquest trastorn també ens permet distingir-lo del TAG perquè els tipus de símptomes són molt concrets: hiperactivació, reexperimentació i evitació.

- Trastorns depressius, bipolars i psicòtics

L'aparició de l'ansietat en aquests casos s'explica a través del curs de desenvolupament d'algun d'aquests trastorns, i que per tant, no concorda amb el cas del TAG, cosa que també ens permet diferenciar-los.

2.2.3. Factors de protecció

A continuació esmentarem un seguit de factors de protecció que de manera general intervenen en la prevenció de l'aparició de l'ansietat i ajuden a portar un bon estil de vida a nivell físic i mental. Els exposarem a partir de tres nivells: físic, mental i d'acció en el moment que es presenta l'ansietat.

- Prevenció a nivell físic

Aspectes com portar una bona alimentació a través d'una dieta equilibrada i complementar-ho amb vitamines si és necessari. Limitar i, preferentment, evitar el consum de tabac, d'alcohol, cafeïna, sucres, greixos saturats i aliments processats. I pel contrari, assegurar-se de beure suficient aigua. Fer exercici diari, mínim de quinze a vint minuts i del tipus que sigui de preferència per la persona. I mantenir una bona higiene del son, que implica dormir suficients hores i seguir uns horaris, així com evitar pantalles just abans d'anar a dormir, són claus i essencials per fer una prevenció a nivell físic enfront de l'ansietat (Goldberg, 2017).

- Prevenció a nivell mental

És important que per fer una prevenció de l'ansietat ens organitzem i intentem mantenir un horari diari regular, és a dir, establir una rutina. També ens podria ajudar el fet d'escriure en un diari personal, fet que podria ajudar a la persona a sentir-se més relaxada i afrontar d'una manera més optimista els problemes; i, a la vegada, permet a la persona prendre consciència d'allò que més ansietat li genera. També és important acceptar que no es pot controlar tot i que no sempre es pot estar feliç i viure constantment sense problemes a afrontar. Avaluat les situacions de la vida amb perspectiva ens ajudarà a no deixar-nos impressionar per les situacions que ens generen ansietat. També és important fer i donar el millor d'un/a mateix/a. I en comptes de buscar perfecció i tenir expectatives de perfecció, estar orgullós/a del que s'assoleix dia a dia. Mantenir una actitud positiva és clau encara que a vegades resulti complicat, fer un esforç i reemplaçar pensaments negatius per positius (Timothy, 2016).

- Prevenció i acció en el moment d'ansietat.

Segons *Anxiety and Depression Association of America* (ADAA, 2018) i *Mental Health America* (MHA, 2018), encara que la persona es trobi en una situació d'ansietat, desenvolupar i mantenir activament xarxes socials que siguin favorables per la persona pot ajudar a distreure la ment d'aquesta emoció que la pertorba. De la mateixa manera, pot resultar molt positiu fer respiracions profundes i diafragmàtiques. Inhalar i exhalar lentament en qualsevol moment i/o situació en què la persona senti estrès i ansietat, la respiració ens ajuda a mantenir-nos sota control i a no tenir una sobreactivació de la resposta fisiològica. També, comptar uns segons o donar un temps per avaluar i valorar les situacions des d'una altra perspectiva en comptes d'actuar impulsivament i deixar-se impressionar per les emocions, o trobar moments o projectes per col·laborar activament en la comunitat o en projectes d'altruisme, són conductes que poden ajudar a sentir-se millor i allunyar-se de les situacions d'estrès diari. Finalment, és important que si la persona pren consciència i reconeix que l'estrès i l'ansietat comencen a prendre un paper important en el seu dia a dia i s'adona que això interfereix negativament, opti per cercar ajuda externa i professional per manejar de manera positiva i adaptativa aquestes situacions, abans que aquestes empitjorin.

2.2.4. Factors de risc

En l'aparició i el manteniment de l'ansietat hi influeixen diferents grups de factors que exposarem a continuació. En primer lloc presentarem els tres factors de risc (temperamentals, ambientals i genètics) i seguidament els factors de predisposició, activadors i de manteniment.

- Factors de risc

Els factors temperamentals són, segons el DSM-V (APA, 2013), factors de risc associats al TAG, incloent-hi aspectes com l'afectivitat negativa, és a dir, el neuroticisme que podria suposar la disposició a experimentar emocions negatives i l'evitació del dolor i el patiment. Per altra banda, en relació als factors ambientals, no s'han identificat factors de risc suficients per al diagnòstic del TAG, a banda de les possibles adversitats en el desenvolupament de la infància o créixer rebent una sobreprotecció per part dels pares o tutors. I per últim, pel que fa als factors genètics i fisiològics, cal tenir en compte que una tercera part de la predisposició a patir el TAG sorgeix d'aquests.

- Factors implicats en l'origen i manteniment de l'ansietat

Segons el psiquiatre Dr. Baeza (2017), en primer lloc, els factors predisposants a patir ansietat són els que hem explicat anteriorment com a factors de risc. I que com hem comentat, els més determinants d'ells són els genètics. En segon lloc, poden ser factors activadors tots aquells fets, situacions o circumstàncies que són percebudes com a amenaçadores o bé perquè no es pugui assolir el que es desitja o es necessita o bé per una pèrdua o un deteriorament d'algun aspecte que ja hem assolit prèviament. Aquesta percepció d'amenaça activa el nostre sistema d'alerta. Dins dels factors activadors es troben, principalment, situacions o fets que indueixen a una sobre estimulació o activació de l'organisme com ho pot ser, especialment, l'estrès o també, en alguns casos, el consum de substàncies. En tercer i últim lloc, pel que fa a factors de manteniment de l'ansietat, en el moment en què l'ansietat apareix a causa dels factors activadors, influenciats també pels que predisposen, si aquesta és excessiva i sostinguda, propicia l'aparició de problemes de salut i/o que esdevingui un trastorn com a tal. És en aquest punt on són claus les estratègies contraproductives d'afrontament com, per exemple, les solucions ja intentades i fallides, les quals, destinades a regular l'ansietat, no només no ho aconsegueixen, sinó que contribueixen al seu augment i perpetuació (Baeza, 2017).

2.2.5. Comorbiditat

Segons *El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas* (IND, 2019), entenem per comorbiditat aquell terme que s'utilitza per descriure la presència de diverses malalties que acompanyen a una malaltia protagonista, aguda o crònica i que és l'objecte de la principal atenció. Aquest fet porta implícit que pugui empitjorar l'evolució de la persona i el trastorn que pateix (Blanco, Kou i Xueqing, 2017).

Segons el DSM-V (APA, 2013), pel que fa a les persones que pateixen TAG que són les que ens ocupen en aquest projecte de final de grau, probablement han patit o actualment compleixin criteris d'algun altre trastorn vinculat als d'ansietat i/o depressius. Així com per exemple el neuroticisme, la responsabilitat emocional que s'associen a antecedents temperamentals, factors genètics i ambientals. Per contra, és menys comú que aquestes persones presentin comorbiditat amb els trastorns per substàncies, trastorns de la conducta, trastorns psicòtics, trastorns de neurodesenvolupament i/o trastorns neurocognitius. Tot i això, val a dir que entre el sexe femení, la comorbiditat es limita més entre els trastorns d'ansietat i depressius, mentre que en el sexe masculí és més probable que aquesta estigui més vinculada a trastorn per ús de substàncies.

2.2.6. Curs i pronòstic

Segons el DSM-V (APA, 2013), l'inici del trastorn rarament es dona abans de l'adolescència i l'edat mitjana d'aparició i inici dels símptomes del trastorn gira entorn dels trenta anys, essent una edat d'aparició més tardana que la que es dona en altres trastorns d'ansietat. Tot i això, els símptomes de preocupació i ansietat poden aparèixer en edats més joves però llavors es manifesten i es consideren com a causa d'un temperament ansiós. L'inici més precoç dels símptomes s'associa a una comorbiditat i a un deteriorament majors que en el cas contrari. I la principal diferència entre els grups d'edat, es troba en el contingut pel qual la persona es preocupa i presenta ansietat.

Moltes de les persones que presenten aquest tipus de trastorn d'ansietat, probablement ja l'han expressat durant i al llarg de tota la seva vida, i l'evolució sol ser fluctuant, és a dir, varia la intensitat i la manifestació dels símptomes en funció de la situació vital de la persona, de manera que quan aquesta es troba sotmesa en quadres d'estrès, el curs del trastorn empitjora notablement. Val a tenir en compte que les taxes de remissió completa de les persones diagnosticades de TAG són molt baixes i l'expressió clínica del trastorn és generalment constant al llarg de la vida. També és interessant comentar que una de les problemàtiques que es generen en el curs d'aquest trastorn d'ansietat és que les persones que ho pateixen s'hi habituen, ho acaben normalitzant i s'acostumen a viure amb l'estat d'alerta constantment activat. I això succeeix perquè a la persona no li passa res important o de gravetat a simple vista, però viu constantment amb el neguit i el nerviosisme permanent (APA, 2013).

2.3. Tractaments i estils d'afrontament

2.3.1. Requeriment del tractament

En cas que la persona pateixi ansietat de manera intensa és convenient acudir a un especialista per tal que avaluï la situació i pugui fer un diagnòstic sobre si existeix o no un TAG. Així, el pacient seria avaluat per un psicòleg/a o un professional de l'àmbit de la salut mental. Durant el procés de diagnòstic es pot realitzar un examen psicològic en el qual es valoraran els símptomes que presenta la persona, així com la història mèdica i psicològica anterior del pacient i la mateixa família, per identificar o descartar factors que puguin generar i explicar aquesta ansietat. Finalment, es compararan les dades extretes amb els criteris establerts pel

DSM-V per tal de realitzar el diagnòstic definitiu. En cas que s'acabi diagnosticant un TAG, és a dir, que l'ansietat és tan intensa que interfereix en la seva vida quotidiana, es procedirà a la realització del tractament, que serà personalitzat i ajustat a les necessitats de la situació del pacient i tenint en compte aspectes com la intensitat, el moment de detecció, la personalitat, entre d'altres (Hall-Flavin, 2018).

2.3.2. Tipus de tractament

Existeixen dos grans tipus de tractament per fer front a l'ansietat, aquests són la teràpia psicològica i la farmacològica, així com un conjunt de teràpies alternatives que suposen un complement més en tot aquest procés. L'ideal és fer una combinació de tots aquests recursos per ajudar a establir la persona al més aviat possible i evitar que aquest trastorn continuï interferint a la seva vida de la mateixa manera. La resposta de tractament que es donarà variarà en funció de les necessitats i especificitats de la persona. Així doncs, el professional de la salut mental ofereix les possibilitats que hi ha per tractar el TAG, però, és la persona la que decideix i té la resposta final per acceptar o no entrar en tractament (Hall-Flavin, 2018).

- Teràpia Psicològica: Cognitivo-Conductual (TCC)

La Teràpia Cognitivo-Conductual (TCC) pretén guiar cap a una manera de pensar (d'aquí, el terme 'cognitiu') i d'actuar (d'aquí, conductual) més adaptatives. La TCC, doncs, és una manera d'entendre i prendre consciència sobre com pensa un mateix, de les altres persones i del món que l'envolta, com també la importància del que un fa sobre els pensaments i sentiments. És l'enfocament teòric de partida, la cognició o bé la conducta i, l'enfocament de la TCC, és bàsicament una relació entre aquests dos conceptes. Per una banda, la Teràpia Cognitiva, intervé en els pensaments, identificant i reemplaçant els pensaments i creences distorsionats per altres interpretacions que resultin més adaptatives i funcionals. Per altra banda, la Teràpia Conductual, se centra a modificar els comportaments que resulten desadaptatius i aprendre conductes noves i més funcionals per tal de provocar el canvi d'emocions i pensaments. El tractament cognitiu-conductual aplicat per l'ansietat consisteix en interpretar les situacions de forma més objectiva, a base de l'anàlisi funcional i la psicoeducació (Royal College of Psychiatrists [RCP], 2015).

- Funcionament de la TCC:

Aquesta tècnica ajuda a comprendre els problemes més complexos a partir de la divisió d'aquests en elements diferents, per tal de veure com aquestes estan connectats entre si i com s'influencien uns amb els altres. Els elements són les següents: pensaments (a partir de la interpretació que s'ha extret de la situació), emocions, sensacions físiques i comportament o conducta que s'emet com a resposta. És a dir, la TCC pot ajudar a posar fi al cercle viciós de pensaments, sentiments i comportaments negatius, ja que, quan es veuen amb claredat les parts de la seqüència i la persona en pren consciència, es pot actuar per canviar-les. L'objectiu final és que la persona arribi al punt en què pugui fer aquesta valoració per si mateixa i de manera automàtica, de manera que finalment pugui elaborar les estratègies adaptatives i positives per afrontar les diverses situacions. Per facilitar tot aquest procés, el terapeuta pot demanar o suggerir que el pacient porti a terme un diari, fet que ajudarà a identificar els patrons de pensament, emocions, sensacions corporals i comportaments que es presenten en el moment de la situació que resulta difícil per l'usuari. A partir d'aquí, terapeuta junt amb pacient, valoraran i determinaran si aquests pensaments, sentiments i comportaments són realistes o perjudicials, com s'afecten entre ells i com afecten a la persona. En cas que siguin perjudicials, el terapeuta donarà eines sobre com transformar els pensaments i comportaments perjudicials i negatius a més optimistes i realistes, proposant exercicis a l'usuari per tal que les posi en pràctica en el seu dia a dia i, així, anar valorant-ne l'evolució. En cada sessió nova es discutirà sobre com s'ha posat en pràctica. És important que la teràpia, constantment, s'ajusti a les necessitats i voluntats del pacient (RCP, 2015).

- Estructura de la TCC:

Les sessions de la Teràpia Cognitivo-Conductual es poden dur a terme individualment o en grup. En cas que es rebi la teràpia de manera individual, el terapeuta professional es reunirà juntament amb el pacient entre cinc i vint sessions, les quals poden ser setmanals o cada quinze dies. En les primeres sessions, el terapeuta valorarà si aquest és el tractament adequat per les necessitats de la persona i la persona decidirà si vol continuar amb aquest procés. En cas afirmatiu, ambdós acordaran sobre els objectius d'aquesta teràpia i les sessions duraran entre trenta i seixanta minuts.

En primer lloc, durant la fase d'avaluació psicològica, ens centrarem a conèixer el pacient i entendre de manera clara quina és la demanda d'aquest, com també valorar si existeix un diagnòstic. Durant aquesta fase també s'arriba a un acord sobre quins seran els objectius, prioritats i delimitació del tractament, i finalment es decidirà si es vol continuar amb aquest.

En segon lloc, la fase més llarga de tot el procés és la pròpiament del tractament, on s'apliquen les tècniques dirigides a aconseguir el canvi que beneficiï al pacient i que siguin les més ajustades segons el cas. En tercer i últim lloc, tenim la fase de seguiment, la qual es va allargant cada cop més la freqüència de les consultes i s'apliquen procediments orientats a mantenir els canvis i prevenir també possibles recaigudes. Quan arriba el punt en el qual els objectius s'han assolit, el canvi es consolida i es dona l'alta al pacient.

Un cop finalitzada la teràpia, en cas que els símptomes tornin a interferir en la vida de l'usuari, les tècniques que s'han donat al llarg del procés haurien de resultar una eina facilitadora a l'hora de fer front aquestes situacions, de manera que és important mantenir a la pràctica les estratègies i/o recursos que es donen al llarg de la teràpia. Tot i això, si és necessari, es poden realitzar sessions d'actualització (RCP, 2015).

- Tècniques de la TCC:

Aquestes tècniques se centren en la modificació de pensaments i conductes mitjançant l'aprenentatge de noves maneres de pensar i actuar que resultin més adaptatives per la persona. El seu objectiu principal és centrar-se en el moment present i adquirir hàbits i estratègies que proporcionin un major benestar i qualitat de vida que perduri en el temps. A continuació exposem les tècniques més importants i que més s'utilitzen en la teràpia cognitiva-conductual (Glover, 2018):

o Teràpia Racional Emotiva Conductual (TREC)

Té com a base la interpretació que la persona fa sobre una situació i les emocions que sorgeixen de la interpretació i valoració que se'n fa; si aquesta és negativa, segurament les emocions que la seguiran també seran desagradables. Es busca qüestionar la validesa de la interpretació de la situació mitjançant la discussió dels pensaments irracionals i produir un canvi favorable en les emocions a través de la presa de consciència de les cognicions irracionals.

o Reestructuració cognitiva

Consisteix en la modificació dels esquemes de pensament, a partir de registrar els pensaments que li sorgeixen a la persona, apuntar la situació en la qual es troba, el pensament, emoció i conducta que apareix. Analitzar-ho, qüestionar la utilitat d'aquests i posar-se en el pitjor dels casos per veure si realment és vàlida la primera resposta que ens ha sortit davant d'aquesta situació. Finalment buscar un pensament alternatiu més funcional que el distorsionat.

- Tècnica d'exposició

És una tècnica que té molta eficàcia principalment en problemes d'ansietat, pors, fòbies i conductes d'evitació. Es basa en el principi d'acostumar-se, a base de l'exposició repetida d'un estímul per assolir progressivament una resposta psicofisiològica menor per part del subjecte. Aquesta exposició ha de tenir una planificació i ha d'estar guiada per un especialista. Existeixen diferents tipus com, l'exposició en viu o l'exposició de forma simbòlica, mitjançant la imaginació i els dispositius tecnològics de realitat virtuals.

- Dessensibilització sistemàtica

Tècnica que també té per objectiu disminuir la reacció psicofisiològica als estímuls ansiògens i consisteix a anar desglossant la situació que produeix l'activació de l'ansietat en petites parts i jerarquitzar-les de la menys a la més temuda, aplicant complementàriament tècniques de relaxació.

- Tècniques de respiració i relaxació

La respiració i la relaxació corporal són aspectes bàsics per aprendre a gestionar els aspectes fisiològics de les reaccions emocionals. Per una banda, existeix la respiració diafragmàtica, la qual consisteix a aprendre a realitzar una respiració conscient utilitzant el diafragma, de manera que permet portar l'aire fins a la zona baixa dels pulmons i assegurant la captació d'oxigen, activant la resposta de relaxació de l'organisme. Per altra banda, existeix la relaxació muscular progressiva i dins d'aquestes la més coneguda és la relaxació muscular progressiva de Jacobson (Schwarz, 2017), la qual consisteix a posar en màxima tensió durant uns segons els múscles del cos i seguidament relaxar-se al màxim. L'ideal és que es vagi adquirint com a un hàbit de manera que es pugui utilitzar en situacions estressants.

- Tècnica de solució dels problemes

Consisteix a aplicar un seguit de passos per resoldre una situació o prendre una decisió que resulta complexa. Els passos són els següents: identificar el problema, definir la situació i els factors rellevants que hi interfereixen, fer una pluja d'idees amb diferents alternatives per la solució del problema, valorar les opcions generades, escollir-ne una i crear el pla d'acció i, per últim, avaluar els resultats de la solució aplicada.

- Tècniques operants

Consisteix en un seguit de tècniques de modificació de la conducta que es basen en l'aprenentatge del condicionament mitjançant l'ús del reforçament. És un procés que permet adquirir-ne de noves i reduir o eliminar les que no resulten adaptatives ni funcionals pel desenvolupament de la persona.

- Tècniques de modelatge o aprenentatge per observació

És també una tècnica conductual que consisteix a adquirir conductes a través d'aprenentatge per observació o imitació. Consta de tres passos principals: l'exposició al model, l'observació (retenint els aspectes més importants de la conducta model) i l'execució de la conducta (imitant la mateixa conducta o un comportament similar).

- Entrenament de les Habilitats Socials

Té com a objectiu principal millorar la qualitat de les relacions interpersonals per tal de reduir el malestar que pugui estar ocasionat per aquest aspecte i per altra banda, obtenir tots els beneficis de les xarxes socials. Consisteix a aprendre estratègies de conducta que permetin establir relacions socials efectives i per tal d'assolir-ho s'utilitzen tècniques com el role-playing, el reforçament positiu, la retroalimentació personal, el desenvolupament d'expectativa d'autoeficàcia, entre d'altres.

Alguna de les altres tècniques possibles dins de la Teràpia Cognitivo-Conductual són l'entrenament en autoinstruccions, en inoculació de l'estrès, de condicionament encobert, en reversió d'hàbits, de parada de pensament, de bio-feedback i la regulació emocional (Glover, 2018).

- Efectivitat de la TCC:

La Teràpia Cognitivo-Conductual és un dels tractaments més eficaços per treballar amb els trastorns on l'ansietat o la depressió resulten ser el principal problema. I, de fet, aquesta pot ser més eficaç que la ingesta d'antidepressius i/o tranquil·litzants en l'afrontament, gestió i tractament de l'ansietat (RCP, 2015).

- Teràpia Farmacològica

L'ansietat es genera i es manifesta a nivell del sistema nerviós, compost per unes cèl·lules anomenades neurones, les quals constitueixen unitats elementals per a la transmissió d'informació del sistema nerviós. La informació dins d'una mateixa cèl·lula es realitza mitjançant impulsos elèctrics, mentre que la comunicació d'una neurona amb l'altra es produeix mitjançant els neurotransmissors, els quals són substàncies químiques alliberades per les terminals neuronals. I els tractaments psicofarmacològics, actuen químicament sobre els sistemes de neurotransmissió tractant de regular l'activitat de determinades àrees del sistema nerviós implicades, en aquest cas, en l'ansietat (Baeza, 2016).

En l'actualitat s'utilitzen bàsicament dos tipus de fàrmacs: els ansiolítics i els antidepressius. A continuació els exposarem mostrant-ne alguns exemples de cadascun així com la seva utilitat i efectes adversos.

- Els ansiolítics

Entre ells, els més emprats corresponen al grup de les benzodiacepines d'alta potència. Alguns exemples podrien ser l'*Alprazolam*, *Loracepam*, *Diacepam*, *Cloracepam*, entre d'altres. I el que fan és produir un efecte tranquil·litzant en la mesura que actuen reduint els símptomes d'ansietat en qüestió de minuts, disminuint, per una banda, la intensitat i, per l'altra, la freqüència dels episodis d'ansietat.

Els efectes adversos són principalment dos. El primer d'ells seria el que inclou la somnolència, alteracions en la memòria, en l'atenció i en la concentració. L'alteració o el deteriorament d'aquestes funcions cognitives és transitori, ja que s'experimenta mentre s'està prenent la medicació i només es produeix en dosis elevades i prolongades en el temps. El segon dels efectes adversos dels ansiolítics és que produeixen dependència i addicció, així com una pèrdua progressiva de l'efectivitat (Baeza, 2016).

- Els antidepressius

Els que més s'utilitzen en l'actualitat pels trastorns d'ansietat són els anomenats IRS (Inhibidors Selectius de la Recaptació de la Serotonina), ja que es considera la serotonina com al principal neurotransmissor involucrat en els trastorns d'ansietat. Dins d'aquest grup hi trobem la *Fluoxetina*, *Paroxetina*, *Fluvoxamina*, *Sertralina*, *Citalopram* i *Escitalopram*. Tots ells, a diferència dels esmentats anteriorment en l'apartat dels ansiolítics, posseeixen una gran

especificitat contra l'ansietat i, a més, presenten pocs efectes adversos, en la mesura que no mostren interaccions amb altres medicaments ni creen dependència.

Alguns dels efectes col·laterals que poden tenir estan relacionats amb la possibilitat que els primers dies de tractament hi hagi presència de nàusees, cefalees, increment transitori de l'ansietat, entre d'altres. En alguns pacients, també pot ocasionar algun increment o pèrdua de pes, alteracions en la sensació de gana o variacions en la resposta sexual. Per això és convenient iniciar el tractament en dosis baixes (Baeza, 2016).

- Teràpies Alternatives i/o Complementàries

Abans d'entrar a tractar aquest punt amb profunditat, a continuació s'exposa una breu descripció específica dels termes: medicina complementària, medicina alternativa, medicina tradicional i medicina integrativa, per tal de comprendre en què consisteixen i veure les diferències que existeixen entre elles.

Segons *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH), en primer lloc, la medicina complementària, representa el conjunt de teràpies que es poden utilitzar de manera conjunta amb les convencionals, per tal de millorar l'estat de la persona. En segon lloc, la medicina alternativa és aquella que, a diferència de la complementària, és incompatible amb la convencional i per tant, és utilitzada en contraposició d'aquesta. En tercer lloc, pel que fa a la medicina tradicional, és la que va néixer arran de totes les cultures que hi ha al món han anat aplicant al llarg dels anys els seus coneixements tradicionals en el tractament d'alguns trastorns o patologies. En quart i per últim lloc hi ha la medicina integrativa, que és la que aconsegueix una combinació ideal per cada pacient fusionant tractaments de la medicina complementària i l'alternativa (NCCIH, 2015).

Segons el NCCIH, les medicines alternatives i complementàries (MCAs) constitueixen, en molts països, la manera principal de prestació de serveis de salut o bé es complementen amb la medicina convencional. La gran majoria de les teràpies naturals es basen en el principi holístic, pel qual tots els aspectes d'una persona estan interrelacionats (físics, mentals, emocionals i espirituals), de manera que a vegades també s'utilitza el terme de medicina integrativa per referir-se a aquest aspecte. L'objectiu de les MCAs és mantenir un bon estat de salut físic i mental i, per aconseguir-ho, la relació terapèutica entre el pacient i el professional fa que aquest tipus de medicina sigui més participativa, ja que el pacient es compromet i es responsabilitza de la salut i el terapeuta empatitza amb la persona amb l'objectiu de trobar la millor manera

d'ajudar. Al voltant del 70-80% dels usuaris de les teràpies naturals en validen l'efectivitat d'aquestes (NCCAM, 2007).

“Els termes ‘medicina complementària i ‘medicina alternativa’, són utilitzats distintament junt amb ‘medicina tradicional’ en alguns països, fan referència a un conjunt ampli de pràctiques d’atenció a la salut que no formen part de la tradició del país i no estan integrades en el sistema sanitari principal.”, descrit així per l’Organització Mundial de la Salut (OMS, 2020), que a la vegada defineix la medicina tradicional com *"la suma total del coneixement, habilitats i pràctiques basades en teories, creences i experiències originades en diferents cultures, explicables o no, utilitzades en el manteniment de la salut, així com en la prevenció, diagnosi, millora o tractament de malalties físiques i mentals."*

- Punts forts i febles de la teràpies alternatives:

Segons Valadés (2019), els punts forts o avantatges de la medicina complementària i alternativa són els següents: són intervencions menys agressives per a l’organisme que l’abordatge farmacològic, ja que no acostumen a tenir efectes secundaris o, si els tenen, són molt reduïts. A més, aquestes intervencions no tenen efectes col·laterals tampoc a llarg termini, ja que, en ser naturals són fàcils d’assimilar i eliminar. Paral·lelament, aquestes teràpies promouen el benestar general, de manera que moltes d’aquestes teràpies no combaten un únic símptoma, sinó que ajuden a la persona d’una manera integral i completa, donat que són holístics i entenen al cos humà i a la persona com a un tot, no simplement interessant-se per l’aspecte a tractar. A més, aquests són preventius i es pot rebre el tractament abans que apareguin els símptomes de la malaltia. A nivell econòmic, aquestes teràpies acostumen a ser més assequibles, ja que no es paga ni el laboratori ni la patent. A nivell d’atenció, aquestes teràpies acostumen a rebre una atenció molt personalitzada en tant que es crea un vincle intens de confiança entre pacient i terapeuta.

Per altra banda, els principals punts febles o crítiques que es realitzen a la medicina complementària i alternativa són els següents: la primera de totes elles és que tenen una mancança a nivell d’investigació científica, existeixen poques proves que puguin validar i certificar l’eficàcia d’aquestes. A banda d’això, existeix certa inseguretats respecte als seus productes, ja que aquests no passen els controls de seguretat de la mateixa manera que es fa en la medicina convencional. D’altra banda, aquestes intervencions requereixen processos més lents i més esforç per part del pacient, en el sentit que impliquen canvis en l’estil de vida i

exigeixen constància per veure els resultats. A més, precisament pel fet que són holístics, són menys eficaços per alleujar un problema agut. I pel que fa a problemes d'emergència o de crisi, tampoc són els que resulten més eficaços. A nivell econòmic, aquests no estan coberts pels sistemes sanitaris públics ni privats, de manera que el seu cost és addicional. Poden tenir tendència a la comercialització pel simple fet de basar-se en tractaments naturals i és fàcil trobar estafadors en aquest àmbit (Valadés, 2019).

- Tipus de Teràpia Alternativa:

El *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH, 2011), classifica i agrupa les medicines alternatives i complementàries en cinc categories diferents que detallarem a continuació i dins les quals existeixen diferents subtipus:

1) Sistema mèdic alternatiu

Aquests es construeixen a partir de sistemes complets de teories i pràctiques. Algun dels exemples de sistemes que s'han formulat en cultures no occidentals aporten la Medicina Xinesa Tradicional, com també l'Aiurveda. Altres sistemes mèdics alternatius que han evolucionat a occident és la medicina naturista i en menor mesura l'homeopatia (NCCIH, 2011).

○ Medicina Xinesa Tradicional:

Els principals fonaments d'aquesta es basen en el concepte de *chi* (o energia vital que es creu que recorre pel cos) *equilibrat*, i proposen que aquest regula l'equilibri espiritual, emocional, mental i físic. I també proposen que aquest està afectat per les forces oposades del *yin* (energia negativa) i el *yang* (energia positiva). L'*acupuntura* és una pràctica sorgida de la Medicina Xina basada en el fet que existeixen unes línies d'energia anomenades meridians que creuen el cos i que en introduir unes agulles en llocs específics serveixen per tractar malalties o generar un millor estat físic, mental i emocional per la persona, ja que, se suposa que això permet el retorn a l'equilibri (Hall-Flavin, 2018).

○ Aiurveda:

Aiurveda és el nom que adopta la Medicina Tradicional de l'Índia i que té com a objectiu la unificació del cos-ment-esperit, ja que suposa que la malaltia i la salut són el resultat de la confluència d'aquests tres aspectes. Actualment, el ioga i la meditació (que exposarem en el següent apartat) són pràctiques orientals de l'aiurveda que s'han incorporat a occident com a medicina alternativa (Berra, 2015).

- Homeopatia:

L'homeopatia és un mètode terapèutic que consisteix en l'aplicació de petites quantitats de substàncies que, si s'apliquessin en grans proporcions a un individu sa, produirien els mateixos símptomes que es pretenen combatre. Considera que només els símptomes constitueixen el mitjà pel qual la malaltia ens indica el seu agent curatiu. Tot i estar suportada per diferents especialistes i institucions, hi ha una gran part de les opinions al respecte que es decanten per ser simplement un efecte placebo i que si hi ha alguna millora, és únicament resultat del curs i l'evolució de la malaltia (Álvarez, 2016).

2) Tècniques d'intervenció sobre la ment i el cos

Aquesta categoria inclou una varietat de tècniques dissenyades amb l'objectiu de refermar la capacitat de la ment per tal d'afectar a la funció i als símptomes corporals (NCCIH, 2011).

- Meditació:

És una pràctica que té origen en certes religions asiàtiques i tradicions espirituals i l'objectiu principal d'aquesta tècnica és reduir els nivells d'estrès i modificar les emocions de la persona cap a uns de més positius i, en general millorar l'estat de salut i benestar de qualsevol persona que la practiqui. Això s'aconsegueix a través d'una posició asseguda o estirat còmodament amb els ulls tancats per ajudar a concentrar-se i assolir un estat profund de relaxació. Existeixen dos tipus de meditació, que són la meditació de consciència plena, la qual predomina la cerca al canvi positiu de pensament i sentiment, i es fa bàsicament a través de la respiració; i la meditació transcendental, la qual repeteix un so o una frase (conegut com un mantra) per assolir el màxim estat de relaxació possible. La meditació de consciència plena ajuda a reduir l'estrès, un trastorn d'ansietat, un comportament addictiu o prevenir la depressió (Breathworks, 2012).

- Mindfulness:

Segons la *Sociedad Mindfulness y Salud* (2007), el *mindfulness* significa atenció plena, prendre atenció de manera conscient al moment present amb acceptació d'aquest i sense judicis. Això ajuda a recuperar l'equilibri intern de manera completa, és a dir, cos-ment-esperit, i, a l'hora, desenvolupem una millor capacitat de discerniment, comprensió i compassió. Es tracta, doncs, d'una pràctica que ens connecta amb el moment present.

- Ioga:

L'escola Internacional del ioga l'expliquen com a una meditació guiada, un procés que ofereix instruccions per escoltar de manera conscient la part més profunda d'un mateix i a través de l'atenció plena amb el cos. Es treballa a través del cos, les sensacions, les postures i els moviments. Algun dels beneficis que obtenim són els següents: una reducció de l'estrès, alliberament o disminució del dolor, una millor respiració, regulació del sistema nerviós i endocrí, un augment de la flexibilitat, un augment de la força i la resistència corporal, un control del pes, una millor circulació sanguínia, una millora de les funcions cardíaques i pulmonars, desenvolupament de la consciència i pau interior (Criado, 2016).

3) Disciplines biològiques, inclòs l'herbolària

Aquesta categoria dins la medicina alternativa i/o tradicional utilitza substàncies que es troben presents en la naturalesa com per exemple herbes, flors, llavors, arrels, entre d'altres i tenen certes propietats per les quals es poden considerar suplementos nutricionals (NCCIH, 2011).

- Medicina Natural (Flors de Bach):

Les Flors de Bach són un total de trenta-vuit essències naturals utilitzades per ajudar a tractar diferents situacions emocionals que resultin complicades de manejar i viure per la persona (Ramirez, 2019).

4) Mètodes de manipulació del cos:

Segons el Centre Nacional de Salut Complementaria i Integral, aquestes pràctiques es basen en la teoria de què tots els sistemes del cos treballen conjuntament de forma integrada, de manera que els trastorns d'un sistema poden afectar el funcionament d'altres parts del cos. Val a tenir en compte que algunes d'aquestes teràpies són pràctiques molt comunes, també, en la medicina convencional. En aquest apartat simplement esmentarem les més habituals dins d'aquesta categoria, ja que, en el projecte que hem realitzat, no es tenen en compte com a possibles estratègies per l'afrontament i gestió de l'ansietat de manera individual, sinó més aviat com a tenir en compte per possibles complements. Aquestes són: la quiropràxia, la reflexoteràpia, el quiromassatge i l'aromateràpia (NCCIH, 2011).

5) Teràpies energètiques

Inclou aquelles teràpies que utilitzen camps d'energia per millorar la salut. Existeixen les teràpies del bio-camp, les quals actuen sobre camps d'energia que suposadament penetren el

cos humà i per altra banda les teràpies bio-electromagnètiques que es fonamenten en l'ús no convencional dels camps electromagnètics, que són línies invisibles de força que rodegen tots els dispositius electrònics (NCCIH, 2011).

- Reiki:

El reiki és una teràpia que defensa que al llarg de la nostra vida es produeixen bloquejos interns que dificulten la circulació de l'energia i, per aquest motiu ens sentim desequilibrats i comencen a sorgir els problemes a diferents nivells. Per tant, el reiki és una tècnica holística que a través de l'energia harmonitza i desbloqueja tots els plans dels éssers humans (físics, mentals, emocionals i espirituals; García, 2017).

2.3.3. Evidència científica sobre els diferents tipus de tractament

El consum de psicofàrmacs, i en concret, dels ansiolítics i els antidepressius va augmentant de forma progressiva en la nostra societat, on existeix un context de recessió econòmica que empitjora l'estat del benestar i, on els psicofàrmacs són el remei a l'ansietat, a l'estrès, a la depressió i a l'insomni, suposant una despesa per la sanitat pública (i evidents beneficis de la indústria farmacèutica; Marin, 2017). En relació a l'augment dels psicofàrmacs, Macías et al. (2013) van realitzar un estudi que pretenia valorar l'evolució de l'ús dels medicaments ansiolítics i hipnòtics a Espanya durant el període del 2000 al 2011, els resultats d'aquest estudi, junt amb les dades d'estudis anteriors, mostren com en els últims 25 anys no s'ha aturat l'augment pel que fa al consum dels medicaments. La capacitat per produir dependència de les Benzodiazepines fa que, en molts casos, el consum perduri durant mesos, anys i inclús es pugui allargar a dècades i, l'elevat consum d'Alprazolam i Lorazepam podria indicar, també, un consum cada vegada més alt d'aquests medicaments en els trastorns de l'estat d'ànim. Els autors comenten que la instauració de nous tractaments com la Benzodiazepines i/o anàlegs, s'haurien de restringir a casos més graus en els quals existeixi un trastorn intens, que limiti l'activitat del pacient o en situacions d'estrès important, no allargant-se l'ús més enllà de diverses setmanes (Macías et al., 2013).

Pel que fa a la farmacoteràpia, les evidències actuals suggereixen que aquesta pot ser útil per reduir els símptomes de l'ansietat però no sembla tenir un impacte significatiu sobre la preocupació, característica principal que defineix el Trastorn d'Ansietat Generalitzada (TAG), (Anderson i Palm, 2006). I no només això, sinó que diversos assajos clínics han demostrat que

els fàrmacs ansiolítics tenen una eficàcia limitada a llarg termini (Youngstedt i Kipke, 2007), generen dependència i somnolència (Buffet-Jerrot i Stewart, 2002) i afecten la cognició i a la memòria (Struzik et al., 2004). Per contra a la farmacoteràpia, un metanàlisi realitzat per Covin, Oiumet, Seeds i Dozois (2008) en el qual es van incloure únicament tots aquells estudis que utilitzessin el '*Penn State Worry Questionnaire*', (Meyer, Miller, Metzger i Borkovec, 1990), un inventari de preocupacions de l'estat de Pennsilvania, es va trobar que la TCC sí va resultar efectiva per reduir la preocupació.

Doncs respecte a la Teràpia Cognitivo-Conductual (TCC), assajos clínics han demostrat que és un tractament eficaç en comparació al placebo, al no-tractament, a la llista d'espera i a la teràpia de suport no directiva, i, que les millores i beneficis que s'obtenen amb la TCC, es mantenen un any després de la teràpia (Borkovec i Ruscio, 2001; Gould, Safren, Washington i Otto, 2004). Altres investigacions han demostrat que la TCC presenta resultats superiors a la farmacoteràpia (Benzodiazepinas), ja que en aquests es va veure que els beneficis del Lorazepam van provocar un canvi ràpid en l'individu però van disminuir quatre setmanes després. I pel contrari, el grup que va rebre entrenament pel maneig de l'ansietat (TCC) va obtenir els majors beneficis. En l'estudi de Roth i Fonagy (1999), arriben a la conclusió que la TCC es mostra superior respecte als beneficis i respecte a les Benzodiazepines, mentre que aquestes no semblen aportar beneficis considerables quan se les consumeix junt amb la TCC. De manera que, la TCC sembla ser el tractament més acceptable en termes d'adherència a la intervenció i de resultats en el seguiment; i les Benzodiazepines, per si soles, no semblen tenir efecte a llarg termini.

Per altra banda, i pel que fa a les teràpies alternatives, s'estima que el 25% dels pacients que acudeixen al metge per problemes greus de salut fan ús de teràpies no convencionals, tot i que només un 70% d'ells informen al seu metge del seu consum (García, Calcerrada i García, 2002). I segons la Organització Mundial de la Salut (OMS) el 80% de la població general en països desenvolupats recorre a aquests tractaments com alternatives, o com a suport de necessitats mèdiques, o pel tractament de certa simptomatologia, com els trastorns d'ansietat o del son. Segons la mateixa OMS, aquest percentatge es troba en augment continu.

Un estudi realitzat per Soriano (2012), en el qual es volia comprovar si les teràpies de relaxació beneficien als pacients amb ansietat, va observar una gran diferència entre els pacients que, a més de la relaxació, estaven essent tractats amb medicació i els que no ho estaven en benefici a aquests últims. L'autor interpretava els resultats considerant que els ansiolítics generen un efecte reductor de l'ansietat i per tant, la relaxació no la redueix de manera tan significativa

com els pacients sense medicació, els quals, al no tenir una altra aportació reductora d'ansietat, reben notablement els efectes d'aquesta. Per tant, i segons l'autor de l'estudi, s'hauria de valorar que si amb tan sols la teràpia de relaxació ja s'obtenen beneficis, seria necessari replantejar l'ús dels psicofàrmacs i, així, evitar-ne els efectes secundaris. Tot i això, en una revisió sistemàtica la qual es basava en diferents estudis que comprovaven l'efectivitat del ioga, quan aquesta tècnica es va comparar amb la relaxació, es va observar que ambdues tècniques produïen reduccions d'ansietat, però únicament el ioga millorava significativament diferents àmbits de l'estat de salut dels participants (Ferreira-Vorkapic i Rangé, 2010). Així, i pel que fa a l'ús del ioga com a teràpia alternativa a l'ansietat, s'ha comprovat que tot i no ser científicament una teràpia, ha estat cada vegada més utilitzat exitosament per ajudar a combatre l'estrès i a reduir l'ansietat (Kirkwood et al., 2005). En una revisió general sobre l'ús terapèutic de la relaxació en trastorns d'ansietat, Esch et al. (2003), afirmen que aquestes tècniques basades en el ioga, no només són molt recomanables, sinó que també desenvolupen un paper fonamental en el tractament de l'ansietat.

Ferreira-Vorkapic i Rangé (2010), van analitzar 10 estudis els quals van examinar els efectes del ioga en l'ansietat i, van trobar que tots, excepte un, van afirmar que la intervenció del ioga redueix significativament l'ansietat i l'estrès en comparació al grup control. A més, va resultar ser més eficaç, a nivell de beneficis, que el tractament farmacològic amb antidepressius i ansiolítics. I quatre d'aquests estudis els quals van analitzar paràmetres fisiològics, van veure una disminució significativa amb l'estrès i l'ansietat, tals com: la freqüència cardíaca, la temperatura, la conductància de la pell, la temperatura oral, el consum d'oxigen i per tant, una reducció general de l'activitat del sistema nerviós simpàtic (SNS). A més, la pràctica a llarg termini s'associa a reduccions en el cortisol, en la secreció de catecolamines, en la taxa metabòlica i, com hem comentat, el consum d'oxigen, tots productes de l'activitat simpàtica reduïda (Khalsa, 2004). I, les tècniques de respiració que s'utilitzen en el ioga, exerceixen una influència sobre els mecanismes involuntaris respiratoris i modulen la interacció entra el sistema nerviós i simpàtic i parasimpàtic, canviant els patrons de respiració profunda i, per tant, el curs de les emocions. Tot i això, val a dir que tots els efectes esmentats i observats en els diversos estudis es produeixen quan es practica el ioga com una intervenció completa, ja que, si les diferents tècniques s'utilitzen per separat, el ioga pot perdre eficàcia o efectivitat (Ferreira-Vorkapic i Rangé, 2010).

Per altra banda, i pel que fa al *mindfulness*, s'observa que hi ha una disminució de l'ansietat però no resulta ser estadísticament significativa. Mentre que la gestió de l'estrès, sembla resultar una intervenció més eficaç a l'hora de reduir-lo (Gallego, Aguilar-Parra, Cangas, Rosado i Langer, 2016). I, a banda les tècniques esmentades, hi ha una multitud de plantes que s'utilitzen amb una finalitat terapèutica, tant de forma individual com en combinacions, i moltes d'aquestes estan relacionades amb el tractament d'insomni, però alguna d'elles també denoten beneficis en els trastorns d'ansietat. La *Passiflora Incarnata* té una acció sedant i se li atribueixen efectes relaxants del sistema nerviós central, acció hipotensora, analgèsica i antiespasmòdica. La *Valeriana Officinalis* L, presenta una acció similar a les Benzodiacepines en el tractament de símptomes d'ansietat i insomnis de primera fase. Pel que fa al tractament de símptomes gastrointestinals s'utilitza la *Menta X piperita* L; de fet, alguns estudis demostren eficàcia com a complement amb el síndrome de l'intestí irritable, molt relacionat amb trastorns d'ansietat. I per últim, mencionar l'oli de Lavanda, la fórmula de la qual està composta per l'extracte de la planta *Lavanda Angustifolia*, linalol i acetato linalilo, i aquesta és recomanada pel tractament del TAG. Per altra banda, els autors comenten que el consum d'EPA i DHA, dos compostos a base d'omega 3, estan associats a la disminució de patir ansietat i deteriorament cognitiu (Rodríguez-Legorburu i Alcocer, 2017).

3. Part pràctica

3.1. Objectius generals i específics

L'objectiu general del present Treball Final de Grau consisteix en realitzar un procés d'investigació per tal d'explorar com es manifesta l'ansietat en població general, d'entre 18 i 65 anys, i, conèixer les diverses estratègies d'afrontament que els subjectes utilitzen per gestionar-la. Arran d'aquest objectiu principal, se'n proposen un seguit de més específics:

- O1: Explorar el grau d'ansietat en població normal.
- O2: Explorar vies de manifestació dels símptomes de l'ansietat.
- O3: Explorar les diverses formes d'afrontament i gestió de l'ansietat.

3.2. Hipòtesis de la recerca

Un cop feta la recerca bibliogràfica i, havent explorat a fons les possibles manifestacions de l'ansietat i les seves formes d'afrontament, s'estableixen les següents hipòtesis:

- H1: En l'actualitat, hi ha una elevada presència d'ansietat en població normal.
- H2: La simptomatologia més manifestada de l'ansietat són les molèsties a l'estómac, la tensió i fumar, beure i/o menjar en excés.
- H2: El tractament més utilitzat per combatre l'ansietat entre la població estudiada és la teràpia farmacològica (ansiolítics).
- H3: L'ús de les teràpies alternatives i/o complementàries es considera una font de beneficis per a pal·liar l'ansietat entre els enquestats.

3.3. Metodologia

3.3.1. Tipus de disseny

Per tal de realitzar la part pràctica del present estudi vam utilitzar la metodologia d'enquesta, la qual estava composta per una bateria de dos qüestionaris i un seguit de preguntes *ad hoc* que vam formular i que ens aproximaven a aspectes que volíem explorar en aquest projecte. Aquestes preguntes estan exposades a l'apartat 1.1.4. del treball.

L'avaluació va ser de tipus transversal, ja que, vam explorar els nivells d'ansietat, la manifestació d'aquests i, l'opinió respecte a les diferents estratègies d'afrontament en un moment concret en el temps. L'anàlisi de dades va ser de tipus descriptiu, tant pel que fa a la mostra com a les respostes dels qüestionaris, expressats en percentatges de resposta a l'ítem.

3.3.2. Mostra

La mostra d'aquest Treball de Fi de Grau va ser recollida a través d'un mostreig no probabilístic, pel qual cada individu podia formar part de la mostra i participar en aquest projecte, sempre que tingués una edat compresa entre 18 i 65 anys i accés a Internet, així com un cert nivell d'intel·ligibilitat informàtica.

3.3.3. Aspectes ètics

A l'enquesta hi constava una primera part de presentació, la qual exposava que es convidava als subjectes a participar en el projecte, el corresponent objectiu principal d'aquest, la informació sobre la participació totalment voluntària, anònima, confidencial i l'opció d'abandonar en qualsevol moment l'enquesta sense perjudicis (vegeu annex 1). S'informava, també, del contacte al qual podrien dirigir-se en cas de qualsevol dubte/qüestió i del temps aproximat en respondre l'enquesta. Finalment, es demanava la signatura via *online* per tal d'acceptar la informació rebuda, validar i comprometre's en la seva participació.

Per tal de poder analitzar les dades obtingudes que es van recollir en aquesta investigació van estar recollides tenint en consideració els aspectes ètics i la legislació vigent en matèria, la Llei Orgànica 15/1999, del 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal.

3.3.4. Instruments de recollida de dades

En el procés d'elaboració del formulari que utilitzaríem posteriorment per la recollida de dades, en primer lloc vam determinar quines eren les dades que volíem explorar i obtenir per tal de ser interpretades posteriorment. Un cop això va estar decidit, ens vam dirigir a cercar quina metodologia i quines eines utilitzaríem per portar-ho a terme. I comentar que, a banda de la presentació de l'enquesta, el consentiment informat i la recollida de dades principals, per tal de recollir les dades s'han utilitzat dos qüestionaris i un seguit de preguntes que es van formular a fi d'obtenir unes dades en concret.

En primer lloc, es volia explorar sobre el grau d'ansietat de manera general i vam utilitzar l'STAI – Qüestionari d'ansietat (estat-tret), titulat originalment com *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluations Questionnaire)* (Spielberger, Gorsuch i Lushene, 1970), en la seva versió validada en població espanyola (Buela-Casal, Guillén-Riquelme i Seisdedos, 1982, 2011). Aquest qüestionari porta a una autoavaluació de l'ansietat com a estat transitori (ansietat/estat) i/o com a trets generals i permanents (ansietat/tret). En la present investigació es va utilitzar únicament el que està vinculat als trets generals, ja que caracteritza als individus amb tendència a percebre les situacions amenaçadores i que presenten una propensió ansiosa relativament estable, ho vam considerar més útil a l'hora d'utilitzar per a la recollida de dades.

L'STAI comprèn dues escales separades d'autoavaluació que com hem comentat, mesuren dos conceptes independents de l'ansietat, com a estat (E) i com a tret (R). Consta d'un total de 40 ítems a avaluar, de manera que en el cas d'aquesta investigació, els enquestats van respondre a 20 ítems respecte a l'ansietat com a tret (vegeu annex 2). Com a un concepte psicològic, l'ansietat-tret (A/R) posseeix característiques similars als constructes que Atkinson anomena "motius" (aquestes disposicions que perduren estables fins que són activades per alguns estímuls de la situació), i que, Campbell, anomena com disposicions comportamentals adquirides (residus d'experiències passades que predisposen tant a veure el món d'una determinada manera com a manifestar unes tendències de resposta vinculada a l'objecte). L'àmbit d'aplicació es pot donar tant a nivell individual com col·lectiu i entre adolescents i adults, amb un nivell cultural mínim per comprendre les instruccions i enunciats del qüestionari. I pel que fa al material, a banda del manual amb les bases teòriques, la descripció, les normes d'aplicació, interpretació i fonamentació estadística, utilitzem l'exemplar que conté

els ítems i les instruccions necessàries per portar a terme la correcció del qüestionari. ([MP-R], TEA Ediciones, 2015).

En segon lloc, es volia explorar sobre les diverses manifestacions de l'ansietat a nivell simptomatològic, de manera que vam utilitzar el següent instrument d'avaluació: *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad* (ISRA), (Miguel-Tobal i Cano-Vindel, 1986). Aquest inventari avalua el nivell general d'ansietat, les respostes cognitives, fisiològiques i motores de l'ansietat, així com l'ansietat davant de situacions d'avaluació, interpersonal, de fòbia i de la vida quotidiana i es pot aplicar de manera individual a subjectes que superin els setze anys.

L'ISRA és un inventari amb format S-R, és a dir, que inclou tant situacions com respostes. La tasca de la persona que realitza l'inventari consisteix a avaluar la freqüència amb la qual es manifesta una sèrie de respostes o conductes d'ansietat davant les diferents situacions. Una altra característica d'aquest inventari és que recull conductes o respostes que pertanyen al sistema cognitiu, al fisiològic i al motor. A banda d'això, en el present inventari es descriuen situacions i conductes concretes, i no abstraccions, tret que permet validar fàcilment la informació obtinguda (TEA Ediciones, 2002). En el present estudi es van exposar 10 ítems que corresponien a diversos símptomes de l'ansietat i, els enquestats, van respondre a cadascun d'ells en funció de la presència en què aquests es manifesten en la seva vida quotidiana (vegeu annex 3).

L'ansietat es configura a partir de dos elements principals: l'ansietat situacional, la qual és un estat transitori de l'organisme que ocorre en resposta a estímuls i varia de moment a moment, i l'ansietat com a tret estable de propensió a respondre davant d'una situació d'estres d'una manera relativament constant (Endler i Okada, 1975), i essent així, l'estat d'ansietat, una funció de la interacció d'una dimensió específica del tret d'ansietat i un perill situacional congruent (Endler i Parker, 1992). D'aquesta manera, segons Cano i Miguel (1997), qualsevol reacció d'ansietat depèn de la interacció entre el tret d'ansietat de l'individu, les característiques estressants de la situació en la qual té lloc la conducta i la forma com la persona interpreta aquestes situacions. De manera complementària, ens trobem amb la teoria conductual, que es refereix a l'ansietat com un constructe que reuneix un conjunt de respostes motores, psicofisiològiques i cognitives provocades per determinades variables antecedents (Méndez i Macia, 1994), configurant així el triple sistema de resposta (motores, fisiològiques i cognitives). Segons aquestes dues perspectives teòriques, es pot considerar l'ansietat com una reacció o resposta emocional que acull múltiples manifestacions i que determina una transacció

recíproca entre l'individu i l'ambient. I, aquesta és la conceptualització que presenta l'ISRA. (Martínez i Rodríguez, 2012).

En tercer lloc, es van formular un seguit de 9 preguntes, les quals, sis d'aquestes, tenien la intenció d'explorar les opinions que els subjectes tenien respecte a la psicoteràpia psicològica, la teràpia farmacològica, que en aquest cas estava vinculada a ansiolítics i antidepressius, i per últim, explorar l'opinió respecte a les teràpies alternatives i/o convencionals. Aquestes preguntes es van formular de manera categòrica i valorant un seguit d'avantatges i inconvenients de cadascuna considerant-les com a possibles estratègies d'afrontament per l'ansietat (vegeu annex 4). En aquest mateix apartat, les tres preguntes restants eren en format multiresposta i es van elaborar per tal d'escollir-ne dins d'un total d'onze possibles estratègies d'afrontament; d'aquesta manera podríem valorar quines són les més comunes i, a la vegada, conèixer quina consideraven que era la més eficaç, així com la més beneficiosa a llarg termini.

3.3.5. Procediment de recollida de dades

El procediment de recollida de dades es va portar a terme, per una banda, a través dels dos qüestionaris presentats anteriorment i, per altra banda, a través de les preguntes que es van formular per tal d'obtenir les respostes que buscàvem. Es va elaborar i adaptar a una única enquesta *online*, la qual es va crear i passar a través de l'aplicació *Encuesta Fácil*. L'alta de l'enquesta es va crear el dia 07 de Gener del 2020 i es va tancar al públic el dia 28 de Febrer del 2020. Durant aquest període de temps es va compartir el formulari a través de xarxes socials per tal d'obtenir el màxim de respostes possibles. L'aplicació ens va permetre de manera gratuïta les 100 primeres respostes i, a partir d'aquí, vam contactar amb l'aplicació per tal d'obtenir la versió *Bonus Oro*, que se'ns permetia pel fet de ser estudiants de la Universitat de Vic i que ens permetia rebre més respostes i uns resultats més complementats. Un cop obtingudes les dades, aquestes es varen analitzar posteriorment a través dels resultats que la mateixa aplicació permetia realitzar.

A l'enquesta es trobava en primer lloc, la presentació del qüestionari, convidant a l'individu a participar i explicant l'objectiu d'aquest estudi, la durada aproximada que hi destinarien i els aspectes ètics. Es tancava amb el consentiment i l'acceptació de participació per tal de continuar. Seguidament es demanaven unes dades demogràfiques on constava el sexe, l'any de naixement, l'estat civil, el nivell d'estudis, la professió principal i, per últim, la situació laboral

actual. En tercer lloc, hi havia un missatge en el qual es comunicava que en el següent qüestionari es trobarien diferenciades tres parts, i que en cadascuna d'elles hi trobarien una petita descripció de la tasca a realitzar. A més, es demanava, també, que es llegissin les instruccions amb atenció i que es responguessin totes les respostes amb la màxima precisió i sinceritat, en tant que no hi havia respostes bones ni dolentes. A continuació hi havia els dos qüestionaris STAI i ISRA i les preguntes formulades. La recollida de dades dels dos qüestionaris es va realitzar a través del sistema de puntuació tipus Likert i, en el cas de les preguntes *ad hoc*, a través de respostes categòriques o de múltiple elecció. Finalment es comunicava que l'enquesta havia conclòs i s'agraïa la seva participació en l'estudi.

3.4. Resultats

3.4.1. Dades sociodemogràfiques

Ens dirigim a la descripció dels resultats en relació a les dades demogràfiques dels subjectes que van participar en el present estudi, comentant com a primera dada, que la participació total va ser de 292 participants. La gran majoria de respostes es va obtenir per part de dones, aportant elles un 74% de les respostes, mentre que els homes van representar un 26% de la mostra (72 respostes). En referència als subjectes que van donar resposta al projecte, la mitjana d'edat d'aquests es trobava en l'any 1977, és a dir, una mitjana de 43 anys amb una desviació típica de 14. Per tant, podem situar la mostra enmig de l'etapa adulta mitjana i, segons les fites dels cicles vitals, se suposa que constitueix el nucli de la vida i hauria de representar l'edat de l'adult madur. En relació a l'estat civil dels participants, un 55% dels subjectes eren casats o vivint amb parella, fet que concorda amb la mitjana d'edat. La resta de puntuació, es repartia entre un 14% de persones amb parella sense conviure, un 18% de solters i un 13% de participants divorciats o separats. Pel que fa als estudis, un 72% van respondre que no estaven estudiant actualment, mentre que un 28%, sí. També, dins dels estudis, un 46% dels participants reportaven tenir un nivell d'estudis universitaris, i amb una puntuació molt similar, el 41%, eren persones amb estudis secundaris, respecte al 13% que responien tenir estudis bàsics. I per últim, i en relació a la situació laboral dels participants, un 80% es trobava en actiu, mentre que un 5% es trobava a l'atur i un 12%, en altres situacions laborals.

3.4.2. Qüestionari d'ansietat (estat-tret) - STAI

En primer lloc, es volia explorar el grau d'ansietat dins de la població enquestada, de manera que, a continuació es mostra la gràfica (Figura 1) dels resultats obtinguts en el qüestionari STAI amb un total de 269 respostes enregistrades. En aquesta gràfica es poden observar diferents afirmacions, les quals valoren diferents aspectes en relació a l'ansietat i que es mesuren en funció de l'escala tipus Likert de quatre punts (Quasi mai, De vegades, Tot sovint, Quasi sempre).

Tal com s'observa a la Figura 1, els resultats del qüestionari indiquen que, en general, es tracta d'una mostra amb baix nivell d'ansietat, ja que la majoria dels enquestats expliciten que gairebé sempre es senten bé (N=158; 59%), són feliços (N=159; 59%), es consideren persones estables

(N=158, 59%), se senten satisfets (N=102; 38%), estan segurs de si mateixos (N=100, 37%), i que estan calmades i serenes (N=88; 33%). Així mateix, en general, gairebé mai veuen que no poden amb les dificultats (N=128; 48%), ni que evitin afrontar-les (N=116; 46%), i tampoc consideren que perdin oportunitats per no decidir-se (N=127; 47%). Només en alguns ítems, sembla que els subjectes puntuen certa tendència ansiosa, ja que comenten agafar-se les coses molt seriosament gairebé sempre (N=120; 45%), i a vegades, es preocupen molt per coses sense importància (N=111; 48%), els envaeixen i molesten pensaments sense importància (N=141; 52%) i quan pensen sobre temes i preocupacions que tenen en el seu dia a dia es posen tensos i agitats (N=141; 52%).

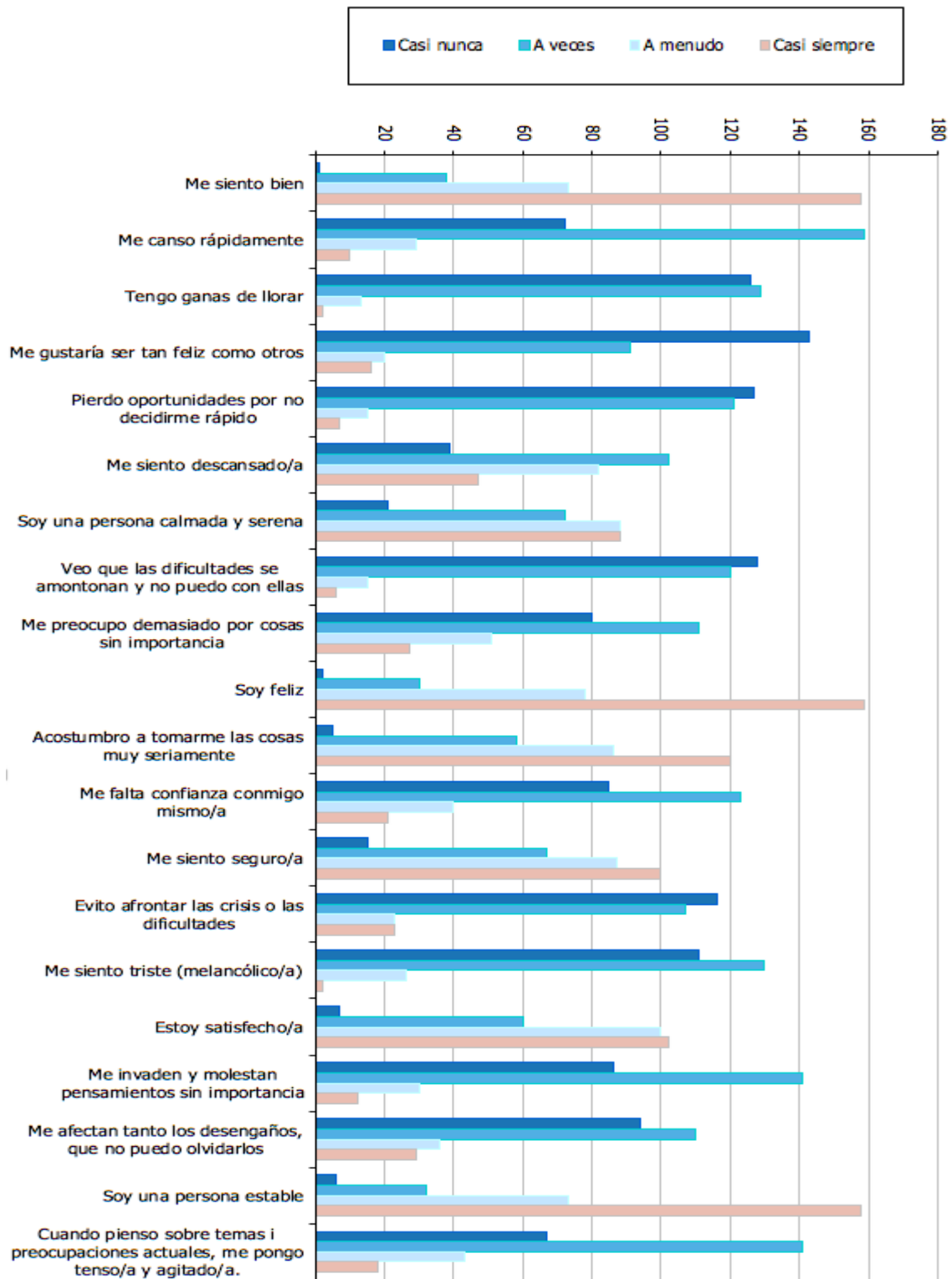


Figura 1: Resultats del qüestionari STAI

3.4.3. Inventari ISRA

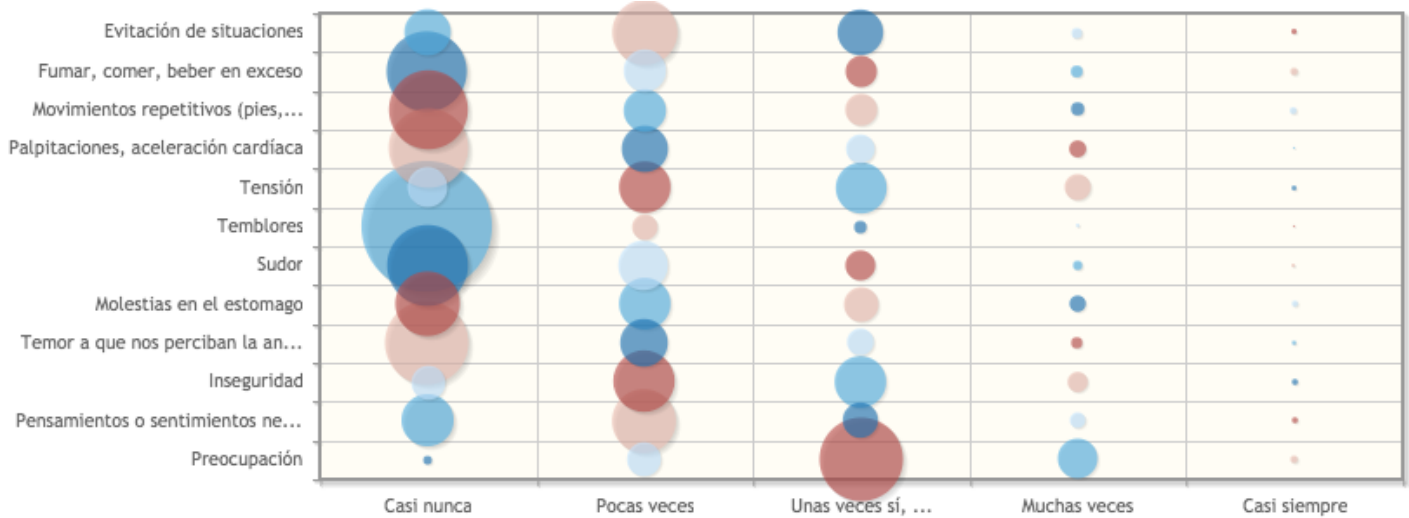


Figura 2: Resultats de l'inventari ISRA

Havent explorat el grau d'ansietat en la població enquestada, a continuació s'exposen els resultats obtinguts a l'inventari ISRA, el qual es dirigeix a estudiar les diverses vies de manifestació de les respostes d'ansietat. A simple vista, es pot observar (Figura 2) que, en molt pocs ítems, apareixen símptomes que es puntuïn amb una incidència de moltes vegades i, encara que en menys ocasions, els símptomes que més apareixen entre els subjectes són els següents: preocupació, inseguretat, tensió i pensaments o sentiments negatius sobre un mateix.

Comentar també que, per una banda, i pel que fa a les mitjanes dels resultats obtinguts, aquestes coincideixen entre si en excepció de dues, les quals ressalten respecte a les altres. Aquesta mitjana comuna entra la majoria dels ítems, implica que els enquestats poques vegades presenten 10 dels 12 símptomes que s'exposen en l'inventari ISRA, incloent-hi: (evitació de situacions, fumar, menjar i beure en excés, moviments repetitius, palpitations i acceleració cardíaca, tensió, tremolors, sudoració, molèsties a l'estómac, temor que ens percebin l'ansietat, inseguretat, pensaments o sentiments negatius cap a un mateix i preocupació). Per altra banda i com hem comentat, els dos símptomes els quals la seva mitjana ressalta sobre la resta són els següents: en primer lloc, trobem els tremolors, símptoma que té per mitjana de resultats el quasi mai, situant-lo d'aquesta forma en el símptoma menys present dins dels subjectes. I en segon lloc, la preocupació, símptoma que té per mitjana de respostes "Unes vegades sí, altres no", de manera que, en aquest cas, es tracta del símptoma més presentat entre els participants.

A continuació es detalla en ordre de més a menys incidència els resultats que hem extret en funció de la classificació de les tres escales en les quals es divideixen els símptomes que inclou l'inventari ISRA: cognitiva, motora i fisiològica. Respecte als símptomes cognitius, els participants comenten que "unes vegades sí i altres no" presenten preocupació (N=128; 48%), poques vegades tenen pensaments negatius sobre un mateix (N=98; 37%), ni presenten inseguretat (N=94; 35%), i gairebé mai tenen temor que se'ls percebi l'ansietat (N=128; 48%). Pel que fa als símptomes motors, poques vegades fan evitació de situacions (N=100; 38%) i gairebé mai presenten moviments repetitius (N=212; 46%), ni manifesten conductes excessives com fumar, menjar o beure en excés (N=123; 46%). Per últim i en relació als símptomes fisiològics, els subjectes poques vegades presenten tensió (N=79; 30%), i gairebé mai tenen molèsties a l'estómac (N=99; 37%), acceleració cardíaca (N=122; 46%), sudoració (N=124; 47%) ni tremolors (N=200; 75%).

3.4.4. Bateria de qüestions respecte als diversos tractaments

Una vegada s'ha realitzat l'estudi del grau d'ansietat i les diverses manifestacions simptomatològiques de l'ansietat en la mostra, en aquest apartat s'exposen els diversos tipus de tractament i estratègies d'afrontament més comunes per gestionar l'ansietat, així com, la visió que els subjectes tenen d'aquestes a través d'una bateria de qüestions respecte als diversos tipus de tractaments i teràpies.

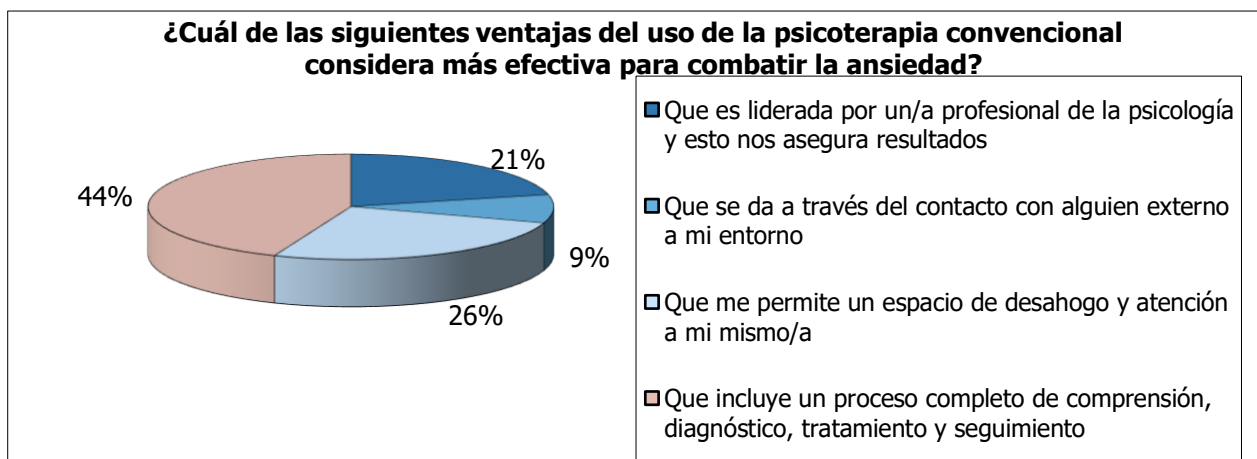


Figura 3: Quin dels següents avantatges de l'ús de la psicoteràpia convencional considera més efectius per combatre l'ansietat?

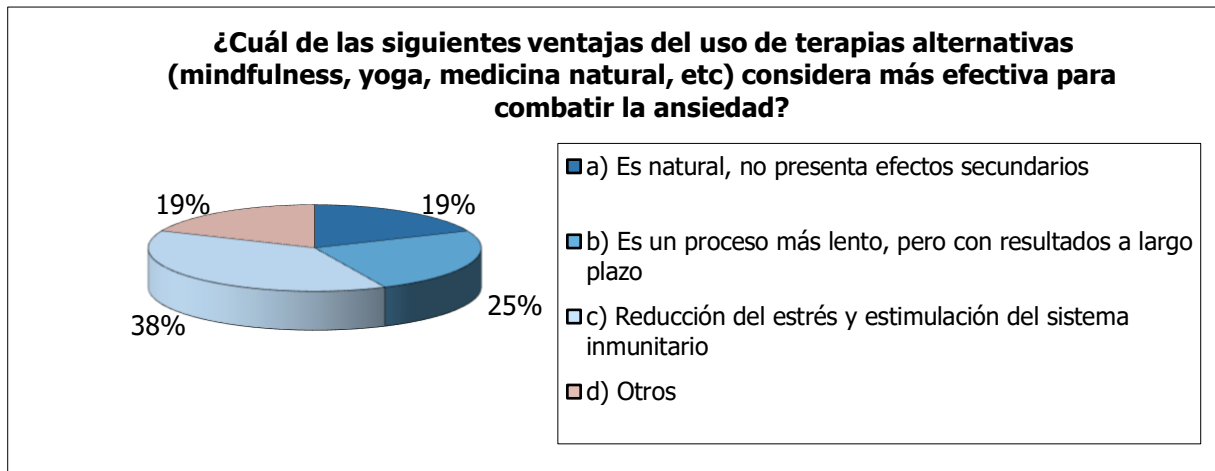


Figura 4: Quin dels següents avantatges de l'ús de les teràpies alternatives considera més efectius per combatre l'ansietat?

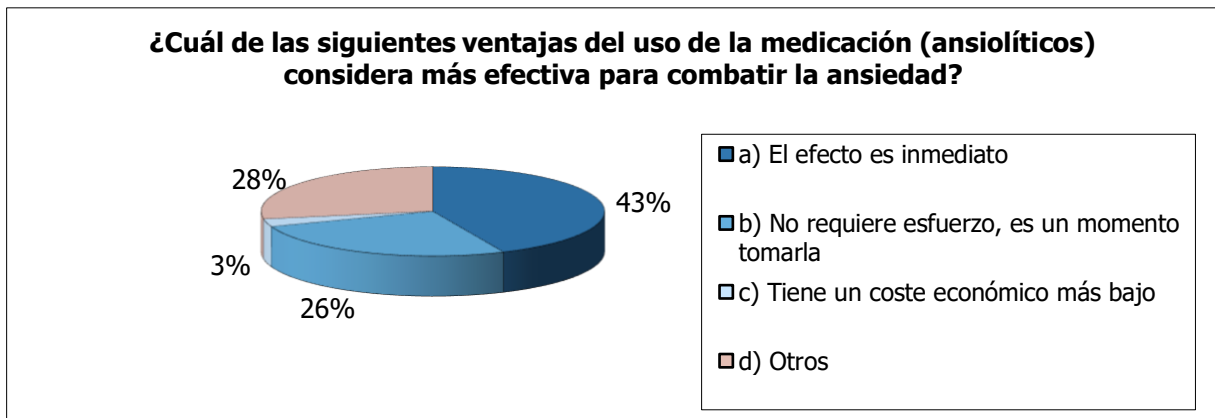


Figura 5: Quin dels següents avantatges de l'ús de la medicació considera més efectius per combatre l'ansietat?

Pel que fa als avantatges respecte a la psicoteràpia convencional, un 44% dels enquestats consideren que aquesta teràpia inclou un procés complet (avaluació, diagnòstic i tractament) i un 26% comenta que el millor d'aquesta és el fet de tenir un espai per desfogar-se i dedicar-se atenció a ells mateixos. Aquestes dues respostes formen el total del 70% dels subjectes. En relació a la medicació (ansiolítics), el 43% dels individus consideren que el millor benefici respecte a la teràpia farmacològica és que presenta un efecte immediat en el moment de crisi, i, que per tant, no requereix cap esforç (26%); conformant, així, el 69% de respostes per part dels subjectes. En aquest cas, també és important puntualitzar que el 28% es decanta per altres opcions. Respecte a les teràpies alternatives i/o complementàries, un 38% considera que l'avantatge més important és la reducció de l'estrès així com una estimulació del sistema immunitari. En segona posició, i no amb gaire diferència, també consideren important com a benefici a tenir en compte dins d'aquesta teràpia que, tot i ser un procés lent d'obtenció de

resultats, aquests perduren a llarg termini. Aquestes dues opcions conformen el 65% de les respostes dels individus del projecte.

En resum doncs, com a principal avantatge dins de la psicoteràpia convencional trobem la seguretat i la garantia de resultats que dóna en els individus el fet que aquesta estigui composta per un procés ben delimitat com el que presenta. La immediatesa i facilitat que suposa ingerir la medicació per obtenir resultats en el cas de la teràpia farmacològica i per últim la reducció de l'estrès i la garantia que aquesta teràpia sembla presentar de mantenir els resultats a llarg termini a causa del treball previ que s'ha fet.

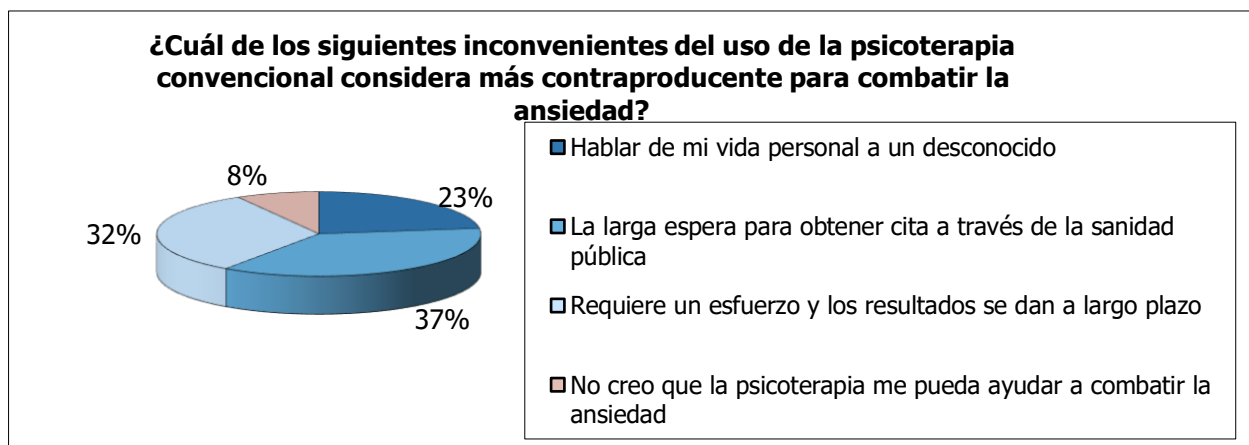


Figura 6: Quin dels següents inconvenients de l'ús de la psicoteràpia convencional considera més contraproduents per combatre l'ansietat?

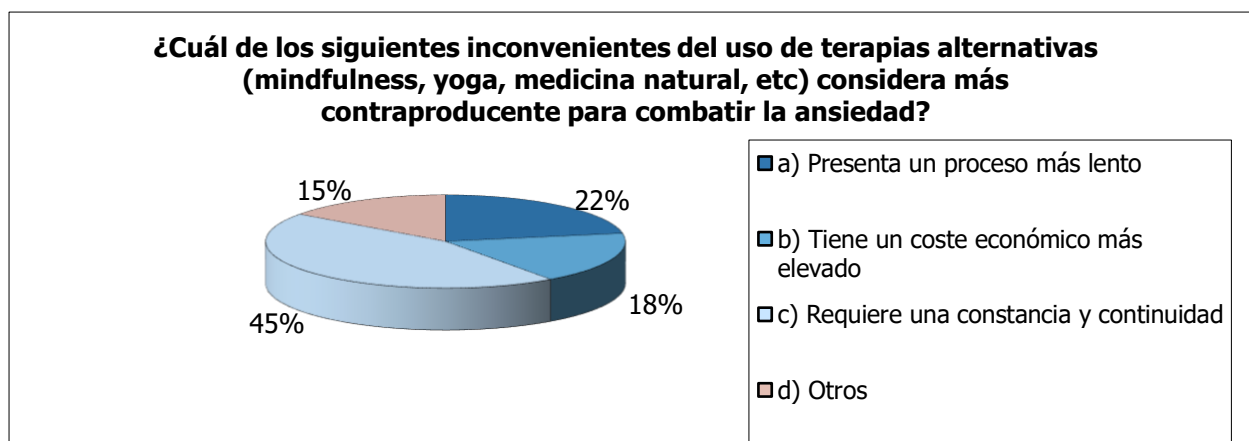


Figura 7: Quin dels següents inconvenients de l'ús de la medicació considera més contraproduents per combatre l'ansietat?

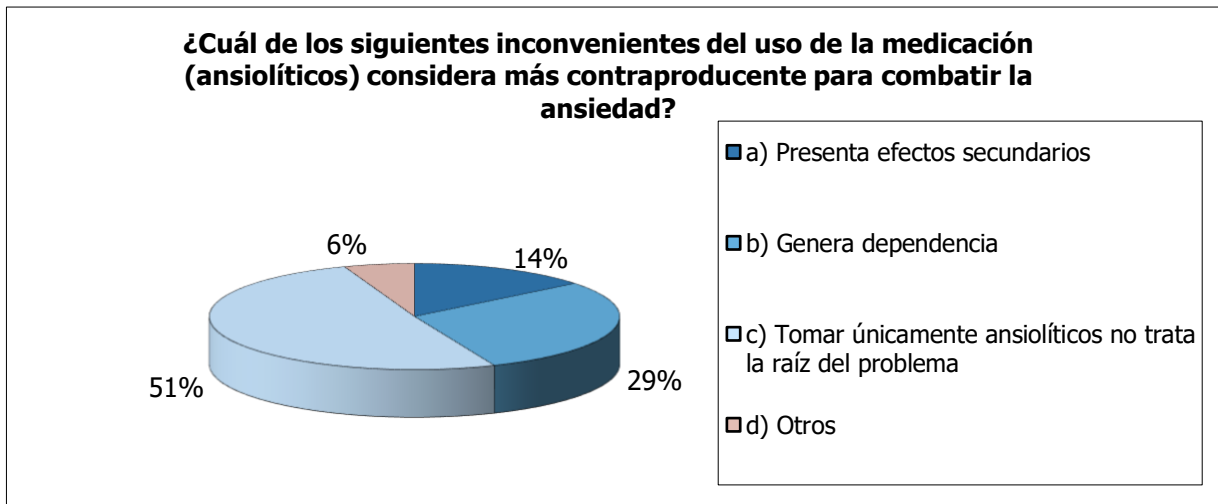


Figura 8: Quin dels següents inconvenients de l'ús de les teràpies alternatives considera més contraproduents per combatre l'ansietat?

Pel que fa als inconvenients de la psicoteràpia convencional, un total del 69% de les respostes es veuen repartides en les següents opcions: en primer lloc, destaquen com a inconvenient la llarga espera per obtenir cita dins del sistema públic de sanitat (37%) i, en segon lloc, l'esforç que la psicoteràpia requereix en la persona i el fet de ser un procés més lent i progressiu d'obtenció dels resultats (32%). Pel que fa a la teràpia farmacològica, la meitat dels enquestats (50%) comenten que el major dels inconvenients, en aquest cas, és que no es tracta l'arrel de la problemàtica. I en menys incidència, un 29%, valora com a negativa la dependència que aquest tipus de medicació pot generar. Aquestes dues respostes representen el 79% de les eleccions que van fer els subjectes en aquesta qüestió. Per últim, en el cas de les teràpies alternatives i/o complementàries, un total del 67% valora com a principal inconvenient el fet que requereix constància i continuïtat, i això fa que esdevingui un procés lent.

En resum doncs, veiem com en el cas de la psicoteràpia convencional sorgeixen inconvenients externs a ella, com és el cas de l'organització i gestió del sistema públic de salut. Respecte a la medicació, que aquesta no garanteix una solució de base del problema i pel que fa a les teràpies alternatives i/o convencionals que són processos que requereixen l'esforç i la constància de la persona i això fa que l'obtenció dels resultats esdevingui un procés lent.

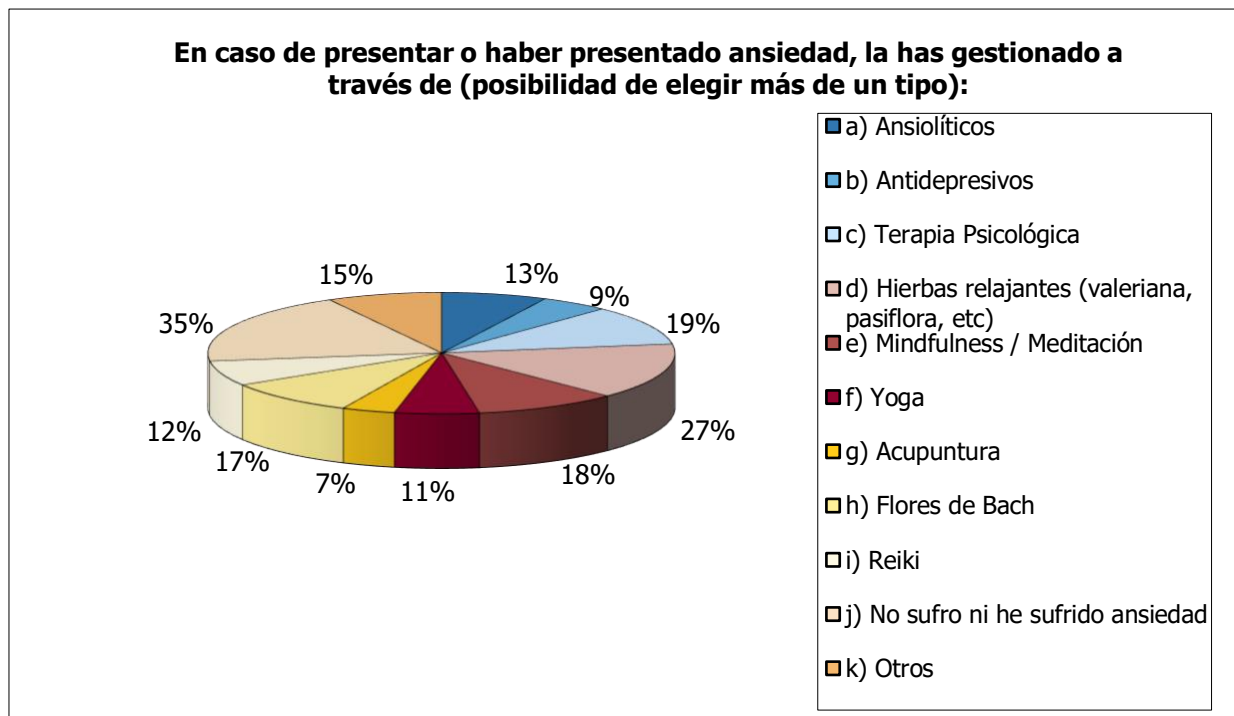


Figura 9: Estratègies de gestió de l'ansietat en cas d'haver-ne patit alguna vegada

En el cas del gràfic exposat prèviament (Figura 9) es demanava per les estratègies que havien utilitzat els subjectes en cas d'haver patit ansietat en algun moment de les seves vides. Hem pogut observar el següent: primer de tot, comentar que un 35% dels individus afirma no haver patit mai ansietat, aquest percentatge representa a 88 dels enquestats respecte els 252 que van respondre, de manera que els 164 (65%) sí consideren haver-ne patit alguna vegada. En primer lloc, un 27% (68 participants) comenta haver-la afrontat a través d'herbes relaxants tals com la *valeriana*, *passiflora*, entre d'altres. En segon lloc, tenim el total d'un 22% (55 subjectes) que han escollit opcions relacionades amb la medicació, ansiolítics (13%) i antidepressius (9%). En la tercera posició trobem el cas de la teràpia psicològica en un 19% (47 individus) i, en quart lloc, i, per molt poca diferència (18%), trobem l'ús de teràpies alternatives com la meditació i el *mindfulness*. Per últim, comentar que l'opció menys escollida ha estat l'acupuntura amb un 7% dels individus enquestats.

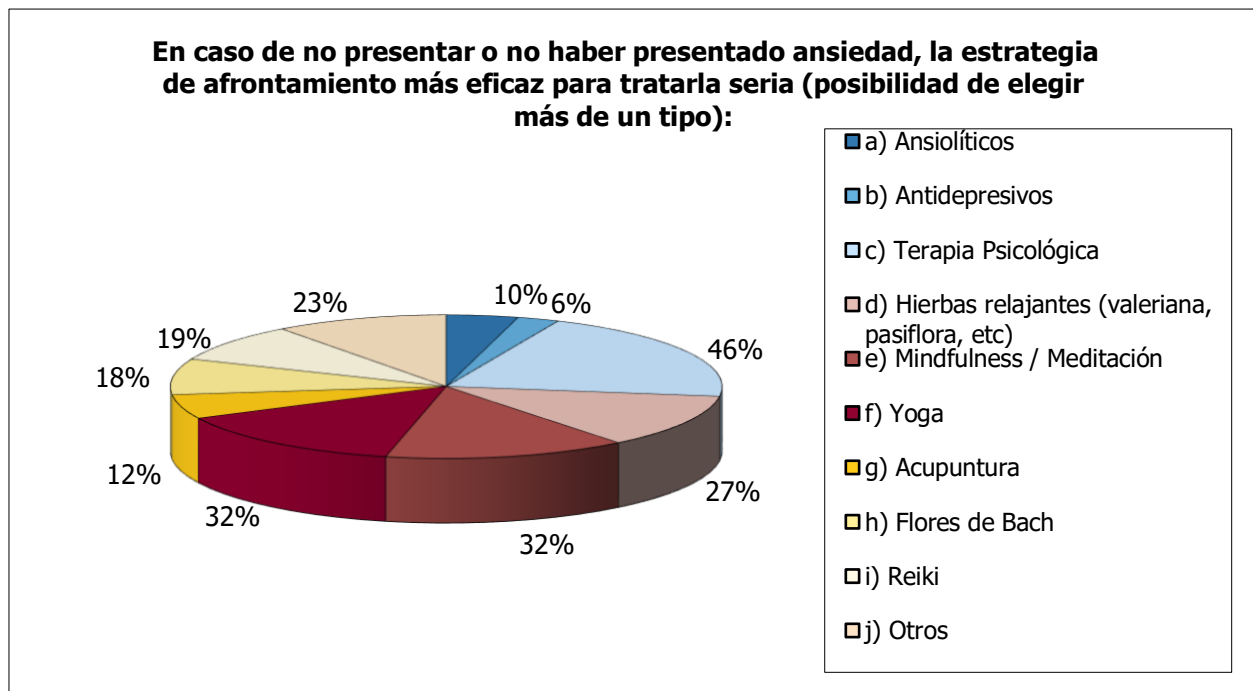


Figura 10: Consideració de les estratègies més efectives per combatre l'ansietat en cas de no haver-ne patit mai

En aquest gràfic (Figura 10) es mostren els resultats de l'ítem on es preguntava per les estratègies que consideraven com a més efectives en cas que no presentessin ni haguessin presentat mai ansietat. Els resultats, en aquest cas, van ser els següents: els participants consideren que, en primer lloc, l'estratègia més efectiva per tractar l'ansietat és la teràpia psicològica, amb 115 vots (46%). En segon lloc, tenim que teràpies alternatives com la meditació i el *mindfulness* junt amb el ioga reben la mateixa puntuació (32% cada resposta). En tercera posició, hi trobem les herbes relaxants, amb un 27% dels vots, i representant a 68 subjectes dels 252 que van respondre en total. Pel que fa a les estratègies menys escollides pels participants trobem, en primer lloc, l'acupuntura (12%) i, en segon lloc, la medicació, incloent-hi ansiolítics (10%) i antidepressius (6%) corresponent a un 16% total.

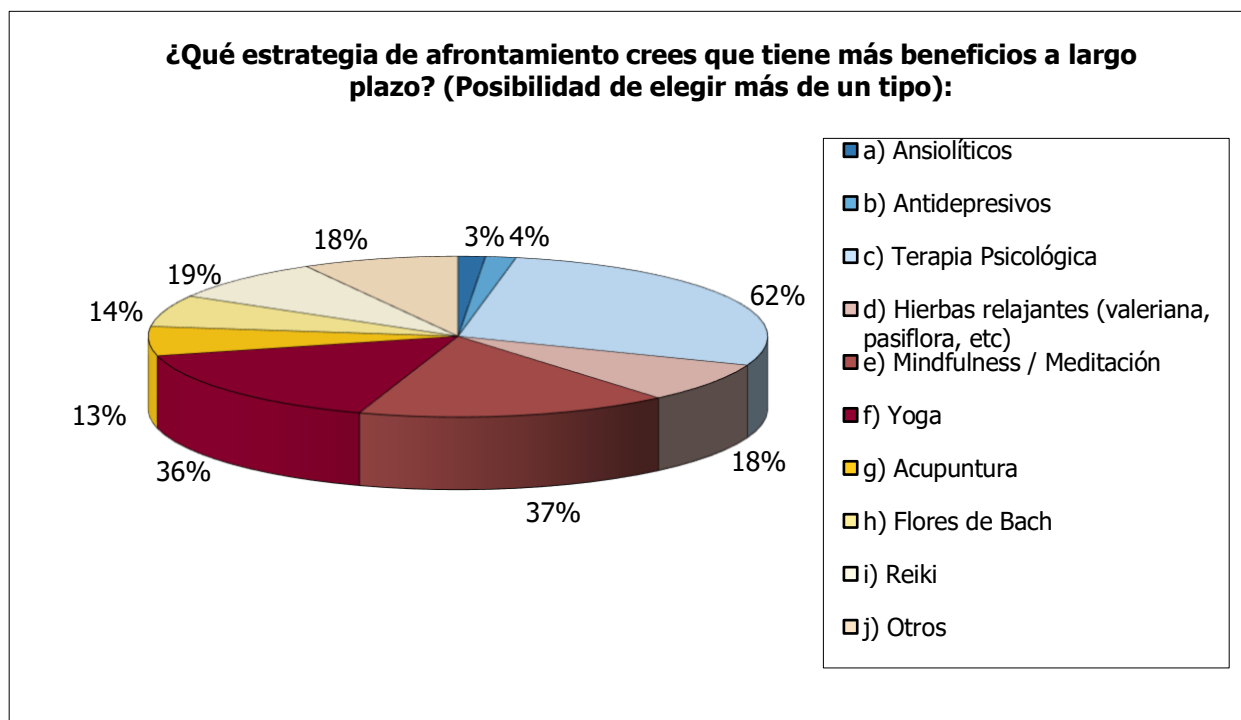


Figura 11: Estratègies d'afrontament de l'ansietat segons els seus beneficis a llarg termini

Pel que fa a les estratègies d'afrontament de l'ansietat en relació a beneficis a llarg termini s'ha pogut determinar els següents resultats segons les respostes dels participants del projecte: en primera posició i per majoria, van escollir la teràpia alternativa i/o complementària amb un 73% (183 subjectes), ressaltant les tècniques de *mindfulness*, meditació (36%) i ioga (37%). En segon lloc, trobem la teràpia psicològica (62%) corresponent al total de 156 individus. L'opció menys escollida va ser una altra vegada el cas de la medicació, ansiolítics (3%) i antidepressius (4%), el total del 7% de respostes.

En resum, s'ha observat com les estratègies més utilitzades per afrontar l'ansietat dins dels participants han estat en primer lloc les herbes relaxants i en segon lloc els ansiolítics i els antidepressius. També s'ha detectat que les estratègies que es consideren més eficaç són, en primer lloc, la teràpia psicològica i, en segon lloc, la meditació, el *mindfulness* i el ioga.

3.5. Discussió

Per iniciar amb l'apartat de discussió, val a recordar els tres objectius específics que emmarquen el present estudi, els quals eren; l'avaluació de l'ansietat en població general, l'exploració de les diverses manifestacions d'aquesta i l'exploració de les diferents estratègies d'afrontament de l'ansietat (teràpia psicològica, teràpia farmacològica i teràpies alternatives i/o complementàries). D'aquests objectius van sorgir unes hipòtesis, de manera que en aquest apartat es pretén determinar si les hipòtesis plantejades en un primer moment es compleixen o no en funció dels resultats obtinguts en l'apartat anterior.

Donada la mostra del projecte, que es troba majoritàriament en fase adulta, i a fi de contextualitzar l'entorn i la fase del cicle vital d'aquesta, comentar que en aquesta etapa s'arriba a una estabilització de tot el que fins al moment es trobava en agitació. L'actitud davant la vida es fa més seriosa, reflexiva, i, mitjançant la reafirmació de compromisos i/o la modificació o adaptació en determinades àrees, la persona adquireix una nova sensació de si mateix i una valoració més realista de les seves facultats (Zapata, Cano i Moyá, 2002).

En relació a la primera hipòtesi, aquesta fa referència a l'elevada presència d'ansietat en la població normal, ja que és habitual sentir, en l'entorn popular, que, diverses persones pateixen d'ansietat donat l'estrès i l'alt nivell d'exigència que implica, generalment, viure en el context de la societat occidental. Tal com exposa González (2007) en una reflexió sobre els trastorns d'ansietat en la societat occidental, aquests constitueixen la forma més prevalent de malaltia psiquiàtrica en la societat en la qual ens trobem, on el capitalisme i la falta de responsabilitat per assumir decisions condueixen a l'estrès de l'individu. González (2007), comenta, també, que en l'etapa juvenil, el 78% de la societat està constituïda per un excés de consumisme i aptituds exigents, conformant l'ansietat com la més comuna de les emocions. A més, l'autor afegeix que en l'etapa de la preadolescència i adolescència és on es fixa la personalitat i que, si l'individu no adapta bé les seves accions i/o emocions, no podrà afrontar el futur a través d'una bona gestió emocional ni desenvolupar els mecanismes psicofisiològics que preserven la seva integritat.

Donat als resultats obtinguts en la recerca, aquests mostren que les puntuacions obtingudes per part de la mostra respecte a l'avaluació de l'ansietat com a tret general i permanent, que es

distingeix de l'estat transitori i puntual d'un determinant moment, ha estat majoritàriament normativa. Però, val a dir que en alguns ítems (Figura 1), entre el 48 i el 52% de les respostes dels subjectes assenyalen certa tendència ansiosa, principalment, a nivell cognitiu. Tot i això i com hem comentat, es tracta d'una mostra amb baix nivell d'ansietat i més de la meitat dels enquestats (59%) se senten bé, feliços i es consideren persones estables. Així doncs, podem afirmar que, en aquest estudi, es refuta la primera hipòtesi en relació amb l'elevada presència d'ansietat. Aquest fet es podria explicar en tant que, tal com hem comentat, es tracta d'una mostra que es troba majoritàriament en l'etapa adulta, i en un estudi es va arribar a la conclusió que les qualificacions d'ansietat dels adults majors són més baixes en comparació als estudiants universitaris (Rangel i Camarena, 2009), fet que es pot explicar a través de les estratègies d'afrontament que els adults han desenvolupat al llarg de les experiències de vida (Montorio, 2000; Alexandre, 2004).

En relació a la segona hipòtesi de l'estudi, la qual exposa que la simptomatologia més manifestada en els trastorns d'ansietat són la tensió, molèsties a l'estómac i desenvolupar conductes d'excés i de manera incontrolable com fumar, beure i/o menjar, de manera que en un primer moment es va considerar que els símptomes més comuns de la manifestació de l'ansietat serien, principalment, a nivell fisiològic i/o a nivell motor. Analitzats els resultats, es pot comprovar (Figura 2) com prevalen els símptomes cognitius per sobre dels motors, en primer lloc, i els fisiològics, en segon lloc. De fet, els que més es manifesten entre els subjectes de l'estudi són la preocupació, la inseguretats i la tensió, de manera que, en relació a la hipòtesi que ens ocupa, podem dir que es compleix en el cas de la tensió però es refuta a la vegada per part de la simptomatologia relacionada amb molèsties a l'estómac o desenvolupament de conductes en excés. Aquest fet es podria explicar en la mesura en què, la majoria de les vegades, els individus s'alarmen i/o manifesten la simptomatologia quan aquesta és de tipus físic i prenen consciència que això pot tenir efectes negatius en la salut de la persona, és llavors quan ho posen de manifest i queda, majoritàriament, més explícit respecte a quan es tracta de respostes cognitives. Doncs, generalment, hi ha més tendència a no expressar el que un mateix està pensant i que es podria correspondre amb inseguretats, preocupacions, interpretacions negatives, entre altres aspectes relacionats a l'escala de símptomes cognitius i aquest aspecte està molt vinculat amb l'autoimatge d'un mateix i la visió que volem donar de nosaltres als altres. A més, hi ha menys impediments en detectar la simptomatologia fisiològica i motora en tant que aquesta es fa visible i evident amb més rapidesa i facilitat, i, per contra, aquest no és el cas de les respostes cognitives.

Pel que fa al següent constructe a estudiar, la tercera hipòtesi, aquesta està relacionada amb la teràpia farmacològica, la qual s'indica com a la més utilitzada per afrontar i tractar l'ansietat. De fet, López, Rubio i Moreno (2017) afirmen, en un estudi, que l'ús inapropiat i la dependència de fàrmacs de prescripció, conformen un problema de salut creixent en el nostre país. Més concretament, Danza, Cristiani i Tamosiunas (2009), exposen que, tot i haver sorgit alternatives aparentment més eficaces pel tractament dels trastorns d'ansietat, com els Inhibidors Selectius de la Recaptació de Seretonina (ISRS) o bé la Teràpia Cognitivo-Conductual, les Benzodiacepines (BZD) segueixen sent àmpliament utilitzades en la pràctica clínica i afirmen que dades a nivell mundial indiquen un elevat consum d'aquestes i suggereixen que no se les utilitza de forma racional. I, en relació a les xifres, un estudi realitzat a Espanya demostra que entre l'any 1995 i el 2002, s'incrementa l'ús de les BZD de 39.7 dosis diària definida / 1000 habitants a 63,03/1000 habitants en el 2002, tret que representa un augment significatiu d'aquestes (García Del Pozo et al., 2004).

Pel que fa als resultats obtinguts en aquest projecte, la primera estratègia d'afrontament més utilitzada per tractar l'ansietat ha estat a través de diverses herbes relaxants (Figura 9), tret que no és sorprenent, donat que es tracta d'una mostra que, de manera general, no presenta trets d'ansietat i que, en cas que els presenti, són lleus i puntuals. En segon lloc, i per poca diferència, es situa la teràpia farmacològica (ansiolítics i antidepressius), de manera que, podríem afirmar que es compleix la hipòtesi en certa manera, ja que és una de les més utilitzades. Cert és que en primer lloc s'ubiquen les herbes relaxants, però, val a tenir en compte que el tractament farmacològic preval per sobre de la teràpia psicològica i la gran majoria de tipus de teràpies alternatives i/o complementàries. A la vegada, són uns resultats sorprenents tenint en compte que els enquestats consideren que l'estratègia d'afrontament més eficaç per l'ansietat seria la teràpia psicològica seguida amb molt poca diferència de teràpies alternatives i/o complementàries, i, de fet, la teràpia farmacològica es troba en penúltima posició. A més, en l'ítem on es pregunta sobre l'estratègia amb més beneficis a llarg termini (Figura 11), un cop més, la teràpia farmacològica ocupa l'última posició. De manera que, tot i aquestes consideracions negatives respecte dels ansiolítics i antidepressius, els resultats assenyalen a aquesta estratègia com una de les més utilitzades, fet que es pot explicar a causa del mínim esforç que es requereix i l'efecte immediat que s'aconsegueix a través d'aquesta.

La quarta i última hipòtesi fa referència als beneficis que es considera que, les teràpies alternatives i/o complementàries, aporten als trastorns relacionats amb l'ansietat. Per exemple,

Algar i García (2016), van realitzar una revisió de diversos estudis els quals, entre ells, el *mindfulness*, va demostrar una millora significativa en l'ansietat, els símptomes depressius, la fatiga i la qualitat de vida. També en relació aquesta tècnica, es va afirmar que la pràctica de la meditació continuada s'associa a, un augment del control emocional (Henderson et al., 2013), i a una reducció significativa dels símptomes d'estrès posttraumàtic i d'evitació (Bränström et al., 2012). En relació al ioga, i més concretament a les tècniques de respiració anomenades *Pranayama*, també apunten a una millora en les alteracions del son així com de l'ansietat i en general de la qualitat de vida (Dhruva, 2012) i a la disminució del dolor (Sudarshan et al., 2013). Així doncs, i de manera general, Bar-Sela, et al. (2015), afirmen que la medicina complementària i alternativa i les tècniques que la conformen redueixen els nivells, de moderat a baix, l'ansietat, depressió i la fatiga.

En relació als resultats analitzats entorn al què tracta aquesta hipòtesi, val a dir que dins de les teràpies alternatives i/o complementàries, les estratègies més utilitzades entre els subjectes són la meditació i el *mindfulness* seguit del ioga. Tot i això, aquestes estratègies alternatives i/o complementàries han tingut poca incidència entre els subjectes de l'estudi a l'hora d'utilitzar-les com a eines i recursos per tal de mitigar l'ansietat. Per contra, la situació canvia quan es tracta de valorar els seus beneficis a llarg termini, ja que, aquesta s'ubica en la primera posició de preferències dins dels individus participants del projecte, obtenint el 73% total de les respostes (Figura 11). De manera que, un cop més, sobten aquests resultats tenint en compte que són tècniques que es valoren com a beneficioses dins dels subjectes però tot i això, recorren a eines i recursos diferents quan es tracta d'utilitzar-les per disminuir l'ansietat. Aquest fet es pot explicar en tant que, quan es valoren els inconvenients de l'ús de les teràpies alternatives i/o complementàries (Figura 7), aquests destaquen per requerir una constància i una continuïtat, fet que implica que sigui un procés més lent.

Per concloure, comentar que es tracta d'una població amb uns nivells de trets d'ansietat normatius amb certa tendència ansiosa manifestada a nivell cognitiu, que s'ha utilitzat majoritàriament la teràpia farmacològica per tractar casos puntuals d'ansietat (tot i ser la menys considerada positivament dins dels subjectes) i per contra, les teràpies alternatives i/o complementàries esdevenen les menys utilitzades per afrontar l'ansietat tot i, ser les més ben considerades pels individus pel que fa a beneficis a llarg termini.

3.6. Limitacions

Cal tenir en compte dins d'aquesta recerca les limitacions amb les quals aquesta s'ha portat a terme. En primer lloc, l'absència de correlacions establertes entra els resultats, tret que era una de les accions que s'havien de portar a terme al llarg de la recerca, però les complicacions que ha suposat el Covid-19, les quals han tingut impacte en tota la societat i ha comportat un confinament de tota la població, ha dificultat el procés en aquest aspecte i finalment es va optar per portar a terme una recerca de caràcter descriptiu. En segon lloc, els ítems elaborats dins del qüestionari a banda de l'STAI i l'ISRA, presenten limitacions en tant que no contempnen un ampli rang d'opcions de resposta i tampoc hi consta l'opció d'explorar o comentar altres respostes. I per últim, comentar com a limitació també la varietat de la mostra, ja que per tal d'obtenir uns resultats més fiables i ajustats a la població hagués estat interessant tenir una mostra més equilibrada principalment en aspectes de gènere i d'edat.

3.7. Futures línies d'investigació

Per últim i en relació a les futures recerques en aquesta línia, seria interessant, en primer lloc, ampliar la mida de la mostra per tal d'augmentar les possibilitats de generalització dels resultats i a la vegada, establir correlacions dels resultats obtinguts en funció de les dades dels subjectes (edat i gènere). Per altra banda, també seria interessant realitzar un estudi similar però en aquest cas, en població clínica, per tal de fer un anàlisi comparatiu dels dos grups d'estudis, població normal i població clínica. D'aquesta manera, es permetrà, en un futur, elaborar una proposta de programa en el qual, es previngui l'ús i abús de medicació per tractar l'ansietat en casos lleus i puntuals i es desenvolupin tècniques de gestió emocional per afrontar-la a través de la teràpia psicològica amb ajuda de teràpies complementàries. Com a última futura línia d'investigació que es deriva d'aquesta investigació, seria interessant també correlacionar les diverses manifestacions simptomatològiques en funció del tipus de tractament que estigui seguint l'individu, per tal de veure si existeixen diferències significatives.

3.8. Conclusions

Per concloure amb el projecte, recordar que la present investigació tenia com a objectius explorar el grau d'ansietat en població normal, i, en referència en aquest aspecte, conèixer les diverses vies de manifestació simptomatològica i ressaltar-ne les més comunes entre els participants del subjecte. A banda d'això, aquest estudi també anava destinat a explorar diferents estratègies d'afrontament per gestionar l'ansietat, les quals es corresponien a la teràpia psicològica, la teràpia farmacològica i les teràpies alternatives i/o complementàries. Dins d'aquest objectiu específic es pretenia comprovar quins són els tractaments més utilitzats i quina consideració en tenen de cadascun d'ells, tenint en compte els seus punts forts i els seus punts febles.

A través dels qüestionaris passats als 292 subjectes, comentar que els resultats d'aquest estudi han demostrat, a través del test STAI, que es tracta d'una població amb uns nivells d'ansietat tret majoritàriament baixos i normatius, tot i que, en alguns ítems, resalta una certa tendència ansiosa que es manifesta a nivell cognitiu i que, generalment, es resumeix a nivell de preocupacions excessives, tal com també, s'ha comprovat a través de l'ISRA.

Pel que fa a la teràpia psicològica, aquesta ha ocupat la tercera posició dins de les teràpies i tècniques utilitzades per afrontar l'ansietat i, es considera, junt amb les teràpies alternatives i/o complementàries (ja que hi ha poca diferència entre ambdues), una de les més efectives per tractar l'ansietat i mantenir els beneficis a llarg termini. També val a comentar que a través de la recerca bibliogràfica que s'ha portat a terme al llarg de l'estudi, s'ha vist com totes elles (teràpia psicològica, teràpia farmacològica i teràpies alternatives i/o complementàries) han rebut suport científic, tot i que, destaca i preval per sobre de les altres la teràpia psicològica a l'hora de tractar casos prèviament diagnosticats d'algun tipus de trastorn d'ansietat, ja que, aquesta teràpia compta d'un protocol estrictament regulat que consta d'un seguit de fases per avaluar, diagnosticar, intervenir a través d'un seguit de tècniques i reavaluar a través de professionals formats i especialitzats en l'ansietat.

Tot i això, i segons els resultats obtinguts en el present estudi, la teràpia farmacològica esdevé una de les teràpies més utilitzades i seguida del consum d'herbes relaxants, la qual ocupa el primer lloc. Dins d'aquesta teràpia es destaquen els ansiolítics, amb un 13% total dels subjectes

que han recorregut a aquest tipus de medicació quan, en algun moment, han experimentat ansietat, i, un 9% dels individus que ha optat per antidepressius. La justificació d'aquest fet ha resultat ser l'efecte immediat que aporten a l'hora de disminuir notablement l'ansietat, i, sense necessitat d'esforços. Tot i això, de totes les opcions de possibles estratègies d'afrontament, la teràpia farmacològica rep la menor puntuació per tractar-la i per obtenir beneficis a llarg termini.

Pel que fa a les teràpies alternatives i/o complementàries, aquestes ocupen la primera posició a nivell de teràpia més efectiva a llarg termini (en termes d'ansietat lleu) i un dels seus inconvenients és el procés lent que comporta i l'esforç i constància que es requereix. També val a dir que, dins de les teràpies alternatives i/o complementàries, la més utilitzada i la que es considera més beneficiosa és la meditació/*mindfulness*, seguit, amb molt poca diferència, del ioga. Per contra, l'acupuntura i les Flors de Bach són les tècniques menys utilitzades i menys considerades com a estratègies per tractar l'ansietat.

De manera que, per concloure, podríem dir que quan es tracta d'un cas lleu o puntual d'ansietat, com és el cas del grup d'aquest estudi, es recorre principalment a les herbes relaxants i en altres casos, la teràpia farmacològica per l'avantatge que aquesta implica d'obtenir resultats immediats i mínim esforç o constància que suposa. Per contra, els ítems que contemplen les estratègies que comporten més beneficis a llarg termini, guanyen pes les teràpies alternatives i/o complementàries, i, l'explicació per la qual aquestes són menys utilitzades en la realitat, és perquè aquestes sí impliquen un esforç, constància i un procés lent en l'obtenció de resultats. Tot i això, val a dir que, probablement, els resultats haurien estat diferents si s'hagués tractat d'una població clínica, la qual, si hagués estat diagnosticada amb algun tipus de trastorn d'ansietat.

Ja per acabar, m'agradaria fer referència a com aquest treball m'ha aportat com a estudiant i a nivell professional en un futur. Doncs en primer lloc, aquest projecte m'ha fet prendre consciència de la importància de cercar la informació a fonts vàlides, i que, tot i que ser-ho, sempre s'acaba trobant estudis que recolzin una idea i d'altres que refutin la mateixa, de manera que considero imprescindible i vital que, al llarg de la carrera del professional, es tingui un criteri ferm i ben establert per tal que aquest no trontolli quan sorgeixin idees oposades o es posi en qüestió el seu criteri. En relació a aquest aspecte, també considero important tenir present que, la vida és evolució i, principalment, el món de la ciència i la investigació avança

cada cop més i més ràpid, de manera que tot i que com a professionals donem una gran importància a ser coherents amb el nostre criteri, serà igual d'important no mostrar rigidesa i ser flexibles davant del canvi, els nous descobriments, mètodes, tècniques que vagin emergent i ajustar-nos al màxim a les dades que vagin canviant. Al llarg d'aquest treball també he valorat la següent idea; per molt que hi hagi estudis que demostrin i recolzin una idea sempre haurem de tenir clar que cada persona és única i que aquesta depèn en gran part de la seva situació de vida, de manera que, és important que tot i tenir uns criteris i considerem que una idea preval de beneficis per sobre d'una altra, ens ajustem constantment a l'individu a la que estiguem atenent.

En segon lloc, i en relació a la temàtica tractada al llarg del present estudi, també m'agradaria comentar que he gaudit i après realitzant aquest Treball de Final de Grau, ja que aquest m'ha permès conèixer i investigar més a fons l'ansietat, la qual considero crucial i inevitable a la societat en la qual ens trobem avui en dia si no tenim unes bones bases de gestió emocional. Per altra banda, també m'ha permès conèixer més a fons els diversos tractaments i possibilitats d'afrontament d'aquesta; la TCC i totes les seves tècniques, els principals ansiolítics i les teràpies alternatives i/o complementàries que més bases empíriques tenen al darrere. També els beneficis i inconvenients dels tres tipus de tractament segons la visió de la societat, procés el qual m'ha resultat molt interessant. I, m'ha confirmat, tal com comentava, que la gestió emocional té un paper imprescindible per tal que, les situacions que puguin generar ansietat, no esdevinguin ni causin una problemàtica més gran en nosaltres, i pel contrari, establir unes bones bases de prevenció de la salut mental, ja que, malauradament, gran part de la societat tendeix a optar per vies fàcils i ràpides de tractament com és el cas dels ansiolítics i antidepressius, els quals en moltes situacions no són els més adients si no són del tot requerits.

4. Bibliografía

- Algar, M. J. M., i García, P. B. (2016). Abordaje de la ansiedad en pacientes diagnosticados de cáncer. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 13(2), 227-248. doi:10.5209/PSIC.54434
- Álvarez, M. (2016). Homeopatía: ¿Qué es y para qué sirve?. *Cuidate Plus*. Recuperat de <https://cuidateplus.marca.com/medicamentos/2016/03/03/homeopatia-que-sirve-109987.html>
- Baeza, J. (2017, febrer 3). *La ansiedad y sus Trastornos* [Vídeo]. Recuperat de <https://www.youtube.com/watch?v=R6jBvslJi2Q>
- Baeza, J. (2016, noviembre 18). Dr Baeza en directo Tratamiento de la Ansiedad [Vídeo]. Recuperat de <https://www.youtube.com/watch?v=kwbUJPB8EHM&feature=youtu.be>
- Bar-Sela, G., Danos, S., Visel, B., Mashiach, T., i Mitnik, I. (2015). The effect of complementary and alternative medicine on quality of life, depression, anxiety, and fatigue levels among cancer patients during active oncology treatment: phase II study. *Supportive Care in Cancer*, 23(7), 1979-1985. doi:10.1007/s00520-014-2560-1
- Berra, J.L. (2015). El Ayurveda. *Fundación de Salud Ayurveda Prema*. Recuperat de <https://www.medicinaayurveda.org/el-ayurveda/>
- Blanco Aspiazú, M. Á., Kou, S., i Xueqing, L. (2017). La comorbilidad y su valor para el médico generalista en Medicina Interna. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(1), 12-24. Recuperat de <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v16n1/rhcm04117.pdf>
- Bragado, C., Bersabé, R., i Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956. Recuperat de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72711415.pdf>

- Bränström, R., Kvillemo, P., i Moskowitz, J. T. (2012). A randomized study of the effects of mindfulness training on psychological well-being and symptoms of stress in patients treated for cancer at 6-month follow-up. *International journal of behavioral medicine*, 19(4), 535-542. doi:10.1007/s12529-011-9192-3
- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13(3), 442-446. Recuperat de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72713309.pdf>
- Cridao, M. (2016). Beneficios del Yoga. *Escuela Internacional del Yoga*. Recuperat de <https://www.escueladeyoga.com/beneficios-yoga/>
- Danza, Á., Cristiani, F., i Tamosiunas, G. (2009). Riesgos asociados al uso de Benzodiazepinas: Benzodiazepine-related risks. *Archivos de Medicina Interna*, 31(4), 103-108. Recuperat de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v31n4/v31n4a05.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). Anxiety Disorders. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05>
- Escudero, M. (2013). Ansiedad: origen, causas, síntomas y tratamientos. *Centro Manuel Escudero*. Recuperat de <https://www.manuelescudero.com/texto-de-videos-psicologia/cual-es-el-origen-de-la-ansiedad/>
- Ferreira-Vorkapic, C., i Rangé, B. (2010). Mente Alerta, Mente Tranquila: ¿Constituye el yoga una intervención terapéutica consistente para los trastornos de ansiedad?. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 211-220. Recuperat de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798002.pdf>
- Gallego, J., Aguilar-Parra, J. M., Cangas, A. J., Rosado, A., i Langer, A. I. (2016). Efecto de intervenciones mente/cuerpo sobre los niveles de ansiedad, estrés y depresión en futuros docentes de educación primaria: un estudio controlado. *Revista de Psicodidáctica*, 21(1), 87-101. doi:10.1387/RevPsicodidact.13256

- García Del Pozo, J., De Abajo Iglesias, F., García-Pando, F., Montero, D., Madurga, M., García del Pozo, V. (2004). Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). *Revista Española de Salud Pública*, 78(3), 379-387. Recuperat de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v78n3/original4.pdf>
- García, R. Z., Prous, A. C., i Querejeta, J. M. (2002). Tareas del desarrollo en la edad adulta. *Psiquis*, 23(5), 185-197. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=281927>
- García, S. (2017). Hablemos del Reiki, ¿sirve de algo?. *Objetivo Bienestar*. Recuperat de https://www.objetivobienestar.com/que-es-el-reiki-y-para-que-sirve_11909_102.html
- Glover, M. (2018). Tecnicas de Terapia Cognitivo-conductual para la ansiedad. *Psicología-Online*. Recuperat de <https://www.psicologia-online.com/tecnicas-de-terapia-cognitivo-conductual-para-la-ansiedad-3879.html>
- Goldberg, J. (2017). Understanding Generalized Anxiety Disorder. *WebMD*. Recuperat de <https://www.webmd.com/anxiety-panic/guide/understanding-anxiety-prevention>
- González, M. (2007). Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(1). Recuperat de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252007000100013&script=sci_arttext&tlng=en
- Hall-Flavin, D. (2018). Trastornos de ansiedad. *Mayoclinic*. Recuperat de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/diagnosis-treatment/drc-20350967>
- León, C., Mirapeix, R., Blasco, T., Jovell, E., Arcusa, À., Martín, A., i Seguí, M. À. (2013). Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos. Estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar. *Psicooncología*, 10(2-3), 263. doi:10.5209/rev_psic.2013.v10.n2-3.43448

- López Cabrera, A., Rubio Ramos, J. C., & Moreno García, T. (2017). Abuso creciente de las Benzodiacepinas. *Interpsiquis*. Recuperat de https://psiquiatria.com/trabajos/usr_8643354122218.pdf
- Magalhães, M. G. M. D., i Alvim, N. A. T. (2013). Complementary and Integrative Therapies in Nursing Care: An Ethical Focus. *Escola Anna Nery*, 17(4), 646-653. Recuperat de https://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/en_1414-8145-ean-17-04-0646.pdf
- Marin, M. J. N. (2017). *Consumo abusivo de psicofármacos entre la población que acude a un servicio de urgencias* (Tesi doctoral, Universidad de Alcalá, Alcalá). Recuperat de <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/29320>
- Martínez-Algeciras, K. A., i Rodríguez-Jiménez, O. R. (2013). Análisis exploratorio de la validez del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA) adaptado. *Acta colombiana de psicología*, 16(1), 57-66. Recuperat de <https://www.redalyc.org/pdf/798/79829185006.pdf>
- Miguel Tobal, J. J., i Cano Vindel, A. (1986). ISRA Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad. Madrid: TEA ediciones.
- National Center for Complementary and alternative medicine (NCCAM). (2007). ¿Qué es la medicina complementaria y alternativa?. *NCCAM*. Recuperat de <http://geodareiki.com/files/NCCAM--Que-es-la-medicina-complementaria-y-alternativa.pdf>
- National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). (2015). Salud complementaria, alternativa o integral: ¿Qué significant estos términos?. *NCCIH*. Recuperat de <https://www.nccih.nih.gov/health/espanol/salud-complementaria-alternativa-o-integral-Que-significan-estos-terminos>
- National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). (2011). ¿Qué es la medicina complementaria y alternativa?. EE.UU. *National Institutes of Health*. Recuperat de <https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/informaciongeneral.pdf>

- National Library of Medicine (NLM). (2020). Diagnóstico Diferencial. *MedlinePlus*. Recuperat de <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/diagnostico-diferencial/>
- Orozco, W. N., i Baldares, M. J. V. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de costa rica y Centroamérica*, 69(604), 497-507. Recuperat de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc125k.pdf>
- Ramirez, F. (2019). Las Flores de Bach. California. *The Original Bach Flower Remedies*. Recuperat de <http://www.bachflower.com/las-flores-de-bach/>
- Rangel, A. L. G. C., i Camarena, R. L. M. (2009). Análisis comparativo de la calidad de vida y la ansiedad en jóvenes estudiantes universitarios y adultos mayores. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 98-110. Recuperat de <http://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/index.php/RMIP/article/view/95/8>
- Robichaud, M., Koerner, N. i Dugas, M. (2019). *Cognitive Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: From science to practice*. Routledge: Taylor & Francis Group.
- Rodríguez-Legorburu, I., i Alcocer, M. I. L. I. (2017). Suplementos nutricionales en el trastorno de ansiedad. *Actas Esp Psiquiatr*, 45(Supl 1), 1-7. Recuperat de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/suplements/19/ESP/19-ESP-133796.pdf>
- Rodríguez-van Lier, M. E., Simón, L. M. H., Gómez, R. E. L., i Escalante, I. P. (2014). Integrative health care method based on combined complementary medical practices: rehabilitative acupuncture, homeopathy and chiropractic. *African Journal of Traditional, Complementary and Medicines*, 11(1), 180-186. Recuperat de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3957263/>

- Royal College of Psychiatrists. (2015). Cognitive Behavioural Therapy (CBT). Anglaterra. *Royal College of Psychiatrists*. Recuperat de [https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/cognitive-behavioural-therapy-\(cbt\)](https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/cognitive-behavioural-therapy-(cbt))
- Schveitzer, M. C., Esper, M. V., i Silva, M. J. P. D. (2012). Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. *O Mundo da Saúde, São Paulo*, 36(3), 442-451. doi:10.1590/0103-11042018S112
- Schwarz, A., i Schwarz, A. (2017). *Relajación muscular progresiva de Jacobson*. Barcelona: Editorial Hispano-Europea.
- Sharma, M., Haider, T., i Knowlden, A. P. (2013). Yoga as an alternative and complementary treatment for cancer: a systematic review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(11), 870-875. doi:10.1089/acm.2012.0632
- Sociedad Mindfulness y Salud. (2007). *¿Qué es Mindfulness?*. Argentina. *Sociedad Mindfulness y Salud*. Recuperat de <https://www.mindfulness-salud.org/mindfulness/que-es-mindfulness/>
- Soriano, J. (2012). Estudio cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. *Enfermería global*, 11(26), 39-53. Recuperat de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/clinica4.pdf>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., i Lushene, R. E. (1982). Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Madrid: Tea Ediciones.
- Timothy, J. (2016). Anxiety Prevention. *Healthline*. Recuperat de <https://www.healthline.com/health/anxiety-prevention>
- Valadés, J. (2019). Ventajas y desventajas de la medicina natural. *AboutEspañol*. Recuperat de <https://www.aboutespanol.com/ventajas-y-desventajas-de-la-medicina-natural-2880353>

- Vicente Sánchez, M. P., Macías Saint-Gerons, D., González Bermejo, D., Montero Corominas, D., i Catalá-López, F. (2013). Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2011. *Revista Española de Salud Pública*, 87(3), 247-255. Recuperat de http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v87n3/04_original3.pdf
- Zope, S. A., i Zope, R. A. (2013). Sudarshan kriya yoga: Breathing for health. *International journal of yoga*, 6(1), 4. Recuperat de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3573542/>
- Zuazquita, D., Guirao, S., Belsa, E. (2012). ¿Qué es la meditación?. *Breathworks*. Recuperat de <https://www.respiravida.net/que-es-la-meditacion>

4. Annexos

4.1. Annex 1: Presentació del qüestionari

1.- Presentación del Cuestionario

Bienvenido/bienvenida,

te invitamos a participar en un estudio de investigación para un trabajo de fin de grado de Psicología de la UVic-UCC. El objetivo principal del estudio es explorar cómo se presenta y se afronta la ansiedad en la población. El estudio ayudará a definir y comparar el uso de la psicoterapia convencional y alternativa y/o complementaria como remedio a la ansiedad. Tu participación en el estudio es totalmente voluntaria, anónima y confidencial, y te puedes retirar cuando quieras, sin tener que justificar tu decisión y sin que esto comporte ningún tipo de perjuicio. Si estás de acuerdo en participar en el estudio, se te pedirá que valides el consentimiento informado aceptando tu participación y que llenes un conjunto de cuestionarios. El tiempo estimado para responder los cuestionarios es de 10-15 minutos aproximadamente.

Se utilizará la información para los propósitos del estudio y será confidencial. Toda información se protegerá de acuerdo con Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos (RGPD).

Para cualquier aclaración sobre el estudio te puedes dirigir a sonia.aymerich@uvic.cat.

Muchas gracias.

CONSENTIMIENTO: Si decido continuar me comprometo y valido mi participación en el estudio indicado que se está realizando desde la UVic-UCC.

*1. ACEPTACIÓN DE PARTICIPACIÓN

- Decido continuar, me comprometo y valido mi participación en el estudio indicado que se está realizando en la UVIC-UCC. He leído y entendido la hoja informativa que me ha sido proporcionada. Mi participación será confidencial, que no se nombrará mi nombre en ningún informe y que los datos se guardarán de manera segura. Mi participación en el estudio es totalmente voluntaria. La información que resulte del estudio será difundida a la comunidad científica.

[<-Anterior](#) [Siguiete->](#)

En el siguiente cuestionario encontrarás diferenciadas cuatro partes, en cada una de ellas se describe la tarea a realizar. Se pide que se lean las instrucciones con atención y que conteste a todas las respuestas con la máxima precisión y sinceridad.

No hay respuestas buenas o malas.

Muchas gracias por su colaboración.

4.2. Annex 2: Instrument de mesura I (STAI)

4.- Cuestionario STAI

A continuación, encontrarás unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno mismo. Lee cada frase y señala la puntuación (casi nunca; a veces; a menudo; casi siempre) que mejor indique cómo se siente de manera general en la mayoría de las ocasiones.

No destines mucho tiempo en cada frase y contesta señalando lo que mejor describa lo que siente generalmente.

*9.

| | Casi nunca | A veces | A menudo | Casi siempre |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Me siento bien | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me canso rápidamente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tengo ganas de llorar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me gustaría ser tan feliz como otros | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pierdo oportunidades por no decidirme rápido | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me siento descansado/a | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Soy una persona calmada y serena | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me preocupo demasiado por cosas sin importancia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Soy feliz | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acostumbro a tomarme las cosas muy seriamente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me falta confianza conmigo mismo/a | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me siento seguro/a | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Evito afrontar las crisis o las dificultades | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me siento triste (melancólico/a) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Estoy satisfecho/a | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me invaden y molestan pensamientos sin importancia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Soy una persona estable | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuando pienso sobre temas i preocupaciones actuales, me pongo tenso/a y agitado/a. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4.3. Annex 3: Instrument de mesura II (ISRA)

5.- Inventario ISRA

A continuación, encontrarás una serie de síntomas que deben ser evaluados en función de la frecuencia en la que usted presenta de forma general en su vida, y de acuerdo con la siguiente escala de frecuencias: (Casi nunca; Pocas veces; Unas veces sí, otras veces no; Muchas veces; Casi siempre).

***10.**

| | Casi nunca | Pocas veces | Unas veces sí, otras no | Muchas veces | Casi siempre |
|--|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Preocupación | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pensamientos o sentimientos negativos sobre uno mismo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Inseguridad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Temor a que nos perciban la ansiedad y al que piensen si esto pasa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Molestias en el estomago | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sudor | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Temblores | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tensión | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Palpitaciones, aceleración cardíaca | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Movimientos repetitivos (pies, manos, rascar-se, etc) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fumar, comer, beber en exceso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Evitación de situaciones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4.4. Annex 4: Instrument de mesura III (Bateria de qüestions)

6.- Psicoterapia convencional vs Terapias alternativas y/o complementarias

Responda a las preguntas escogiendo la respuesta que más se ciñe a su caso.

***11. ¿Cuál de las siguientes ventajas del uso de la psicoterapia convencional considera más efectiva para combatir la ansiedad?**

***12. ¿Cuál de los siguientes inconvenientes del uso de la psicoterapia convencional considera más contraproducente para combatir la ansiedad?**

***13. ¿Cuál de las siguientes ventajas del uso de terapias alternativas (mindfulness, yoga, medicina natural, etc) considera más efectiva para combatir la ansiedad?**

***14. ¿Cuál de los siguientes inconvenientes del uso de terapias alternativas (mindfulness, yoga, medicina natural, etc) considera más contraproducente para combatir la ansiedad?**

***15. ¿Cuál de las siguientes ventajas del uso de la medicación (ansiolíticos) considera más efectiva para combatir la ansiedad?**

***16. ¿Cuál de los siguientes inconvenientes del uso de la medicación (ansiolíticos) considera más contraproducente para combatir la ansiedad?**

***18. En caso de no presentar o no haber presentado ansiedad, la estrategia de afrontamiento más eficaz para tratarla sería (posibilidad de elegir más de un tipo):**

- a) Ansiolíticos
- b) Antidepresivos
- c) Terapia Psicológica
- d) Hierbas relajantes (valeriana, pasiflora, etc)
- e) Mindfulness / Meditación
- f) Yoga
- g) Acupuntura
- h) Flores de Bach
- i) Reiki
- j) Otros

***19. ¿Qué estrategia de afrontamiento crees que tiene más beneficios a largo plazo? (Posibilidad de elegir más de un tipo):**

- a) Ansiolíticos
- b) Antidepresivos
- c) Terapia Psicológica
- d) Hierbas relajantes (valeriana, pasiflora, etc)
- e) Mindfulness / Meditación
- f) Yoga
- g) Acupuntura
- h) Flores de Bach
- i) Reiki
- j) Otros
- a) Ansiolíticos
- b) Antidepresivos
- c) Terapia Psicológica
- d) Hierbas relajantes (valeriana, pasiflora, etc)
- e) Mindfulness / Meditación
- f) Yoga
- g) Acupuntura
- h) Flores de Bach
- i) Reiki
- j) No sufro ni he sufrido ansiedad
- k) Otros

