

Open Access



¹ RBEC, ABS09 Apenins-Montigalà

² RBEC, ABS08-10 Nova Lloreda

³ RBEC, ABS15 Montgat-Tiana

⁴ RBEC, ABS03 Progrés-Raval

⁵ RBEC, ABS01 Martí i Julià; ABS12 Morera-Pomar

Adreça per a correspondència:
Badalona Serveis Assistencials (BSA)

Adreça electrònica:
benestaremocional@bsa.cat

EFFECTIVITAT DE LES INTERVENCIIONS GRUPALS REALITZADES PELS PSICÒLEGS RBEC A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE BADALONA (2024-2025):

ANÀLISI PRE-POST DE SÍMPTOMES D'ANSIETAT, BENESTAR EMOCIONAL I QUALITAT DE VIDA

Alexandra Fernández-Brusco¹, Jan Lao-Díaz², Paula Reventós-Osuna³, Elena Villabona-López⁴ i Laura Villares-Urgell⁵

RESUM

L'augment de la prevalença dels trastorns emocionals en l'atenció primària, juntament amb les dificultats per a la desprescripció de benzodiazepines, ha impulsat la implementació d'intervencions psicoeducatives grupals liderades pels psicòlegs referents de benestar emocional i salut comunitària (RBEC). Aquest estudi analitza l'efectivitat d'aquestes intervencions per abordar la simptomatologia ansiosa a l'atenció primària de Badalona, mitjançant un disseny quasiexperimental observacional pre-post sense grup control, amb seguiment a 3 mesos. El programa, format per 8-10 sessions setmanals de 90 minuts, incloïa psicoeducació en ansietat, regulació emocional, reestructuració cognitiva, habilitats socials i relaxació. Van participar 464 persones majors de 18 anys (346 dones i 118 homes) de diverses Àrees Bàsiques de Salut de BSA, de les quals 73 van completar el seguiment als 3 mesos. Els resultats mostren una reducció estadísticament significativa de l'Ansietat en tots els instruments utilitzats (GAD-7, HADS, Hamilton), així com una millora significativa del Benestar Emocional (WEMWBS) i de la Qualitat de vida (EuroQol-5D) després de la intervenció. Als 3 mesos, les millores es van mantenir o van continuar progressant, tot i que no totes van assolir significació estadística. Les intervencions psicoeducatives grupals liderades pel RBEC s'associen a una millora en l'Ansietat, el Benestar Emocional i la Qualitat de Vida dels participants, suggerint el seu potencial com a estratègia escalable i accessible dins el model d'atenció per passos en atenció primària.

Es proposa ampliar la recollida de dades i desenvolupar estudis amb grup control que confirmin aquests resultats.

RESUMEN

El aumento de la prevalencia de los trastornos emocionales en la atención primaria, junto con las dificultades para la desprescripción de benzodiazepinas, ha impulsado la implementación de intervenciones psicoeducativas grupales lideradas por los psicólogos referentes de bienestar emocional y salud comunitaria (RBEC). Este estudio analiza la efectividad de estas intervenciones para abordar la sintomatología ansiosa en la atención primaria de Badalona, mediante un diseño cuasiexperimental observacional pre-post sin grupo control, con seguimiento a 3 meses. El programa, formado por 8-10 sesiones semanales de 90 minutos, incluía psicoeducación en ansiedad, regulación emocional, reestructuración cognitiva, habilidades sociales y relajación. Participaron 464 personas mayores de 18 años (346 mujeres y 118 hombres) de varias Áreas Básicas de Salud de BSA, de las cuales 73 completaron el seguimiento a los 3 meses. Los resultados muestran una reducción estadísticamente significativa de la Ansiedad en todos los instrumentos utilizados (GAD-7, HADS, Hamilton), así como una mejora significativa del Bienestar Emocional (WEMWBS) y de la Calidad de Vida (EuroQol-5D) tras la intervención. A los 3 meses, las mejoras se mantuvieron o continuaron progresando, aunque no todas alcanzaron significación estadística. Las intervenciones

psicoeducativas grupales lideradas por el RBEC se asocian a una mejora en la Ansiedad, el Bienestar Emocional y la Calidad de Vida de los participantes, lo que sugiere su potencial como estrategia escalable y accesible dentro del modelo de atención por pasos en atención primaria. Se propone ampliar la recogida de datos y desarrollar estudios con grupo control que confirmen estos resultados.

ABSTRACT

The rising prevalence of emotional disorders in primary care, together with the difficulties in benzodiazepine deprescription, has driven the implementation of group psychoeducational interventions led by community psychologists, referred to as RBEC (Community Emotional Well-Being Lead, in Catalan: Referent de Benestar Emocional Comunitari). This study analyses the effectiveness of these interventions in addressing anxiety symptoms in primary care in Badalona, using a quasi-experimental observational pre-post design without a control group, with a 3-month follow-up. The programme, comprising 8–10 weekly 90-minute sessions, included psychoeducation on anxiety, emotional regulation, cognitive restructuring, social skills, and relaxation. A total of 464 people over 18 years of age (346 women and 118 men) from different Basic Health Areas of BSA took part, of whom 73 completed the 3-month follow-up. The results show a statistically significant reduction in Anxiety across all instruments used (GAD-7, HADS, Hamilton), as well as a significant improvement in Emotional Well-being (WEMWBS) and Quality of Life (EuroQol-5D) following the intervention. At 3 months, improvements were maintained or continued to progress, although not all reached statistical significance. Group psychoeducational interventions led by the RBEC are associated with improvements in Anxiety, Emotional Well-being, and Quality of Life among participants, suggesting their potential as a scalable and accessible strategy within the stepped-care model in primary care. It is proposed to expand data collection and develop studies with a control group to confirm these results.

INTRODUCCIÓ

En els últims anys s'ha observat un augment de la prevalença dels trastorns emocionals en Atenció Primària (AP), com per exemple l'ansietat i trastorns depressius. Segons la Base de Dades Clíniques d'Atenció Primària¹, a l'Estat Espanyol, la prevalença en la població general del trastorn d'ansietat és del 12,6% (un 8,7% en homes i un 16,5% en dones). Si ens fixem en la població que pateix de trastorn d'ansietat, un 66,3% són dones i pel que fa als trastorns depressius, un 72% també són dones. S'ha observat que a més edat, més prevalença del trastorn d'ansietat (14,4% de prevalença en majors de 75 anys).

És interessant destacar que les dades indiquen una tendència a l'alça de la prevalença de diferents trastorns emocionals, com l'ansietat i la depressió, així com alteracions del son¹.

La intervenció farmacològica continua sent una de les primeres línies d'intervenció per aquest tipus de trastorns, malgrat que les guies de pràctica clínica del sistema sanitari espanyol recomanen el tractament psicològic, especialment la teràpia cognitivo-conductual, com a tractament de primera línia en els trastorns d'ansietat, i desaconsellen l'ús d'antidepressius en monoteràpia quan hi ha recursos disponibles per aplicar-la². Aquesta tendència es reflecteix en les dades de consum: el 43,6% de les dones i el 33,3% dels homes amb trastorns d'ansietat a l'estat Espanyol van rebre almenys un envàs d'ansiolítics a l'any¹. Els fàrmacs ansiolítics més prescrits per tractar els símptomes d'ansietat, insomni o tensió muscular, entre d'altres, són les benzodiazepines. Els efectes secundaris del seu ús perllongat inclouen un major risc de caigudes, dependència, deteriorament cognitiu, demència i mortalitat. És sabut que Espanya és un dels països europeus on el consum de benzodiazepines és més estès³.

Aquesta elevada exposició a la medicació ansiolítica reflecteix, en bona part, una resposta medicalitzadora davant del malestar emocional, sovint condicionada per la manca d'alternatives accessibles. A l'AP, els metges de família, malgrat la consciència d'aquests riscos, es troben amb dificultats per fer una desprescripció del medicament, atès que molts pacients generen una dependència i mostren reticència a una retirada farmacològica⁴. Altres factors que perpetuen aquesta medicalització són la càrrega assistencial, el temps reduït a consulta i la baixa accessibilitat a una intervenció psicoterapèutica⁵.

En aquest sentit, l'evidència actual apunta que la intervenció psicològica grupal es mostra més efectiva que la intervenció exclusivament farmacològica davant del tractament dels trastorns emocionals lleus i moderats^{6,7}, i es planteja com una via per abordar el malestar emocional des d'una perspectiva menys medicalitzadora, oferint una alternativa terapèutica accessible que no depèn necessàriament del recurs farmacològic.

Tenint en compte el context actual, s'implementa la figura del Referent de Benestar Emocional i Salut Comunitària (RBEC) a l'AP, amb l'objectiu d'abordar l'alta demanda de suport emocional de la població general mitjançant un format d'intervenció grupal.

El present estudi té com a objectiu principal avaluar els canvis en la simptomatologia ansiosa després d'una intervenció grupal en l'AP de Badalona. Com a objectius secundaris, es van analitzar els canvis en el benestar emocional i la qualitat de vida relacionada amb la salut. Tot això amb la finalitat de continuar ampliant l'evidència científica sobre aquest tipus d'intervencions com alternativa no farmacològica per a l'abordatge del malestar emocional lleu i moderat.

MATERIAL I MÈTODES

Disseny

Estudi quasiexperimental observacional amb disseny pre-post sense grup control.

Procediment

La intervenció va consistir en un programa psicoeducatiu en format grupal estructurat, d'entre 8 i 10 sessions setmanals de 90 minuts de durada, basat en el programa del "Grup de millora de la simptomatologia ansiosa" del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. El programa incorporava psicoeducació en ansietat, estratègies de regulació emocional, entrenament en reestructuració cognitiva, habilitats socials i relaxació. Va ser impartit pels psicòlegs RBEC en el centre d'atenció primària de referència. Tot i que la intervenció es va basar en aquest programa, la seva aplicació no es va fer de manera estricta: cada professional en va adaptar els continguts en funció del perfil dels participants del grup i del seu propi estil professional.

Participants

La mostra va ser constituïda per la totalitat de pacients que van finalitzar les intervencions grupals que es van realitzar entre gener del 2024 i setembre del 2025 a les Àrees Bàsiques de Salut de BSA, seguint un mostreig consecutiu no probabilitístic. Es van incloure els casos amb dades pre i post intervenció disponibles durant aquest període, sense un càlcul previ de la mida mostral, atès el caràcter observacional de l'estudi i el fet que es basa en dades generades en la pràctica clínica habitual.

La mostra final va estar formada per 464 pacients amb dades pre i post intervenció, dels quals 346 eren dones (edat mitjana 49,95 anys; DE = 12,71) i 118 eren homes (edat mitjana 47,12 anys; DE = 11,78). Els pacients que van iniciar la intervenció però no la van completar o que no disposaven de dades pre i post, van ser exclosos de l'anàlisi.

No es disposa d'un registre sistemàtic del nombre inicial de pacients derivats a la intervenció grupal, ni dels motius específics pels quals alguns d'ells no van arribar a formar part de la mostra final (com, per exemple, l'abandonament de la intervenció). La xifra de 464 pacients correspon, per tant, als casos que van finalitzar la intervenció i que disposaven de dades pre i post, i no permet calcular les pèrdues respecte la població inicialment derivada.

Inicialment, no es realitzava un seguiment sistemàtic dels grups una vegada finalitzada la intervenció. Posteriorment, es va decidir incorporar una sessió de seguiment als 3 mesos de la finalització de la intervenció, amb l'objectiu d'observar si els beneficis obtinguts es mantenien en el temps. Aquesta mesura només es va poder aplicar als grups que van finalitzar

la intervenció a partir d'aquest moment; els grups que havien acabat prèviament no van realitzar sessió de seguiment. Del total de 111 participants que van tenir l'opció de fer aquest seguiment, 73 (65,8%) hi van assistir i van proporcionar dades.

Els pacients eren derivats a la intervenció grupal pels equips d'AP. Els criteris d'inclusió i exclusió a l'activitat grupal es van verificar mitjançant una entrevista prèvia individual amb cada pacient. Els criteris d'inclusió eren: ser major d'edat, presentar simptomatologia ansiosa i malestar emocional, compromís d'assistència al programa, domini del català i/o castellà, capacitat per desplaçar-se al centre i mantenir un nivell funcional adequat. Els criteris d'exclusió incloïen: ideació suïcida, presència de trastorn mental greu, trastorn per abús actiu de tòxics, incapacitat per traslladar-se al centre, situació d'atenció domiciliària, barrera lingüística o discapacitat intel·lectual.

Instruments

Per tal d'avaluar la variable *Ansietat* es van utilitzar diferents proves psicomètriques, atès que es tractava de les eines recomanades pel Departament de Salut als professionals RBEC per avaluar aquesta variable, i aquestes recomanacions van anar canviant entre gener del 2024 i setembre del 2025. Per la qual cosa, tots els pacients avaluats en un mateix període utilitzaven el mateix instrument, sense que la selecció depengués de les característiques individuals del pacient. Inicialment, es va utilitzar l'Escala d'Ansietat de Hamilton, després l'Escala Hospitalària de Ansiedad y Depresión (HADS) i, finalment, el GAD-7.

Els instruments utilitzats són:

- **Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)** adaptada culturalment per García-Campayo et al.⁸. Escala per avaluar el trastorn d'ansietat generalitzada, composta per 7 ítems de resposta tipus Likert de 0 a 3, que inclouen els símptomes i la discapacitat associada al trastorn. Per a la seva valoració s'obté una puntuació total de la suma de puntuacions de tots els ítems, que pot oscil·lar entre 0 i 21.
- **Escala Hospitalària de Ansiedad y Depresión (HADS)** adaptada a l'espanyol per Herrero et al.⁹. Aquest instrument s'utilitza per detectar trastorns d'ansietat i depressió. Consta de 14 ítems agrupats en 2 subescales amb 7 ítems cadascuna i amb resposta tipus Likert de 0 a 3. Les puntuacions oscil·len de 0 a 21 per cada subescala.
- **Escala d'ansietat de Hamilton**, adaptada a l'espanyol per Lobo et al.¹⁰, avalua la severitat de l'ansietat d'una forma global en pacients que reuneixen criteris d'ansietat i depressió mitjançant 14 ítems de resposta tipus Likert de 0 a 4. El rang de puntuació va de 0 a 56 i és resultat de la suma de tots els ítems.
- En relació amb la variable de *Benestar Emocional*, es va fer servir l'**Escala breu de benestar mental de**

Warwick-Edinburgh (WEMWBS) adaptada a l'espanyol per Castellví et al.¹¹, composta per 7 ítems de resposta tipus Likert de 1 a 5 i que avalua el benestar emocional percebut.

- El test per avaluar la *Qualitat de Vida* utilitzat és l'Euro-QoL-5D¹². És un qüestionari estandarditzat que valora la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS). Analitza cinc dimensions: mobilitat, autocura, activitats quotidianes, dolor/malestar i ansietat/depressió. També té una escala visual analògica (0-100) d'autoavaluació general de l'estat de salut des de la perspectiva del pacient.

Cada participant va respondre: una escala per avaluar l'Ansietat, el WEMWBS per a avaluar el Benestar Emocional i l'EuroQoL-5D per avaluar la Qualitat de Vida.

Anàlisi

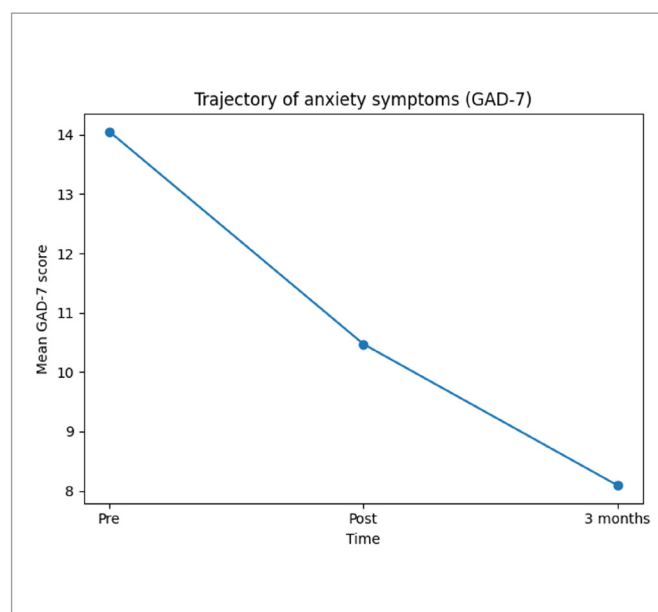
Es van calcular les mitjanes, desviacions estàndard i rangs per a cada variable de resultat en els tres moments d'avaluació: pre intervenció, post intervenció i seguiment als 3 mesos. Aquestes mesures permeten descriure el comportament general de la mostra. Per analitzar les diferències entre les puntuacions pre i post intervenció, es va aplicar la prova t de Student per a mostres aparellades (bilateral), atès que es tractava de mesures repetides sobre la mateixa mostra. El nivell de significació establert és $p < 0,05$. Addicionalment, es van comparar les puntuacions post intervenció amb les del seguiment als 3 mesos per explorar la persistència dels efectes.

RESULTATS

En l'anàlisi de la variable Ansietat es va observar que les puntuacions van disminuir de forma estadísticament significativa després de la intervenció grupal, independentment del qüestionari utilitzat (taula 1, Figura 1).

En relació amb el seguiment als 3 mesos (taula 2, Figura 1), es van observar diferències en les puntuacions, tot i que en

Figura 1. Trajectòria de la simptomatologia ansiosa mesurada amb GAD-7



aquest cas, no totes van disminuir de forma significativa. Tot i així, als 3 mesos les puntuacions en Ansietat van continuar baixant.

Pel que fa a la variable de *Benestar Emocional* (taula 1), les puntuacions van millorar de forma estadísticament significativa després de la intervenció grupal. Tanmateix, en el seguiment als 3 mesos (taula 2), tot i que hi ha una millora de puntuacions, aquesta no és estadísticament significativa.

Finalment, en la variable *Qualitat de Vida* (taula 1), es va observar una millora estadísticament significativa en la comparació de puntuacions pre-post així com millores en les puntuacions als 3 mesos (taula 2), tot i que no són estadísticament significatives.

Taula 1. Comparació de les puntuacions pre i post intervenció en Ansietat, Benestar Emocional i Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut (QVRS). M = mitjana; t = estadístic de la prova t de Student; p = nivell de significació estadística; HADS-A = subescala d'ansietat de la Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS-D = subescala de depressió de la Hospital Anxiety and Depression Scale

Variable	Instrument	N	M pre	M post	t	p
Ansietat	GAD-7	349	14.05	10.47	15.37	< .001
	HADS-A	51	13.15	11.12	4.63	< .001
	HADS-D		10.56	9.12	4.19	< .001
	HADS puntuació global	56	21.62	15.62	8.06	< .001
	Hamilton	8	33.63	26.13	n.d.	n.d.
Benestar emocional	WEMWBS	464	18.01	23.00	9.34	< .001
QVRS	EuroQoL-5D	464	56.22	67.73	9.59	< .001

N variable segons l'instrument i la disponibilitat de dades completes: 349 participants van respondre el GAD-7, 107 el HADS (dels quals 51 amb dades completes per a ambdues subescales —Ansietat i Depressió— i 56 únicament amb puntuació global) i 8 l'Escala de Hamilton. En aquest darrer cas, la mida mostral reduïda no va permetre l'aplicació de la prova t de Student; es presenten únicament les mitjanes descriptives pre i post intervenció.

Taula 1. Comparació de les puntuacions post intervenció i del seguiment als 3 mesos en Ansietat, Benestar Emocional i Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut (QVRS). M = mitjana; t = estadístic de la prova t de Student; p = nivell de significació estadística; HADS-A = subescala d'ansietat de la Hospital Anxiety and Depression Scale; HADS-D = subescala de depressió de la Hospital Anxiety and Depression Scale. Les mitjanes es van calcular únicament amb les respostes dels 73 (de 111 possibles) participants que van completar el seguiment als 3 mesos. $p < .05$

Variable	Instrument	M post intervenció	M seguiment 3 mesos	t	p
Ansietat	GAD-7	8.52	8.09	0.96	.343
	HADS-A	10.67	9.17	1.19	.287
	HADS-D	7.67	6.17	1.86	.122
	HADS global	17.22	14.33	2.60	.032*
Benestar emocional	WEMWBS	18.01	23.00	9.34	< .001*
QVRS	EuroQol-5D	67.73	71.84	1.87	.068

DISCUSSIÓ

L'augment de la prevalença dels trastorns emocionals en Atenció Primària, especialment ansietat i depressió, juntament amb les dificultats per a la desprescripció farmacològica i la dependència de benzodiazepines, ha impulsat la implementació d'intervencions psicoeducatives grupals liderades pels RBEC. Aquestes intervencions responen a la necessitat d'oferir alternatives terapèutiques eficaces, accessibles i sostenibles en un context de demanda creixent de suport psicològic per al malestar emocional i per als trastorns mentals lleus i moderats.

Els resultats obtinguts en aquest estudi mostren que les intervencions psicoeducatives grupals, implementades pels RBEC a l'atenció primària de Badalona, s'associen a una reducció estadísticament significativa de la simptomatologia ansiosa i a una millora tant del benestar emocional com de la percepció de la qualitat de vida. Aquestes troballes són coherents amb l'evidència existent, que indica que les teràpies grupals, incloses les basades en tècniques cognitiu-conductuals, poden ser eficaces en la reducció del malestar emocional i de la simptomatologia ansiosa en comparació amb la no intervenció o amb tractaments mínims de control. Per exemple, una revisió sistemàtica amb 57 estudis va mostrar que la psicoteràpia grupal redueix significativament els símptomes d'ansietat en comparació amb grups control sense tractament i és almenys tan efectiva com altres formes de teràpia (individual o farmacològica) per a diversos trastorns d'ansietat¹³.

Ara bé, cal considerar que el disseny observacional prepost sense grup control emprat en aquest estudi impedeix descartar altres explicacions per als canvis observats. Entre aquestes, cal esmentar l'evolució natural dels símptomes, la regressió a la mitjana (especialment probable en puntuacions inicials elevades en les escales), canvis en el tractament farmacològic durant el període d'estudi, o participació simultània en altres intervencions terapèutiques no registrades. En absència de grup control, els resultats s'han d'interpretar com a canvis associats de forma temporal a la intervenció.

Cal considerar també que la interpretació dels resultats pot estar condicionada per un possible biaix de selecció associat a la disponibilitat de dades. Els participants que van completar les avaluacions post intervenció, i especialment els que van respondre al seguiment als 3 mesos (65,8% dels que hi tenien l'opció), podrien diferir sistemàticament d'aquells que van abandonar la intervenció o no van aportar dades finals (per exemple, en motivació o adherència al tractament). Aquesta possibilitat limita la generalització dels resultats al conjunt de pacients que participen en aquest tipus d'intervencions. A més a més, suggereix que els beneficis observats podrien estar sobreestimats si les persones amb pitjor evolució tendeixen a abandonar la intervenció.

Els models breus de teràpia grupal amb enfocament cognitiu-conductual han demostrat efectes positius no només en l'ansietat sinó també en aspectes relacionats amb l'autoestima i altres resultats de salut mental, els beneficis dels quals s'han mantingut a curt termini (aproximadament 3 mesos) després de la intervenció en altres mostres¹⁴.

En aquesta mateixa línia, estudis recents realitzats en el sistema sanitari espanyol han explorat l'aplicació de versions breus d'intervencions psicològiques transdiagnòstiques en format grupal dins de l'atenció primària. Per exemple, un estudi pilot va analitzar la viabilitat de dues versions breus del Protocol Unificat per al tractament dels trastorns emocionals (5 i 8 sessions) aplicades en format grupal en aquest context assistencial. Els resultats van mostrar millores significatives en ansietat, depressió, regulació emocional i qualitat de vida, així com nivells elevats d'adherència i satisfacció dels participants, cosa que suggereix que aquest tipus d'intervencions breus poden ser factibles i potencialment efectives en l'atenció primària¹⁵.

Malgrat la baixa mostra en el seguiment als 3 mesos i que no totes les diferències observades assoleixen significació estadística, les puntuacions d'Ansietat tendeixen a mantenir-se o a continuar disminuint en el subgrup avaluat. Aquest patró, tot i les limitacions de representativitat, podria suggerir

cert manteniment de l'efecte en el temps, especialment rellevant per prevenir recaigudes i la cronificació dels símptomes, coherent amb el que s'ha descrit en programes breus d'intervenció psicològica¹⁶.

La millora observada en el benestar emocional després de la intervenció és coherent amb estudis que assenyalen que programes grupals estructurats amb components de psicoeducació, entrenament en habilitats cognitives i tècniques de relaxació poden influir positivament en dimensions subjectives de salut mental i funcionament social, que són elements centrals del concepte de benestar. Les intervencions psicoeducatives en format grupal també han mostrat una reducció significativa de l'ansietat i la depressió en contextos d'atenció primària^{6,17}.

Aquests resultats són consistents amb la validesa d'aproximacions grupals per a l'abordatge dels trastorns emocionals lleus i moderats en l'Atenció Primària, si bé caldrien dissenys amb grup control per confirmar-ne l'efectivitat específica.

Cal destacar, també, el potencial impacte d'aquestes intervencions en l'optimització de recursos: en permetre atendre un nombre més gran de pacients amb resultats comparables als descrits per a la teràpia individual, podrien contribuir a reduir la saturació dels serveis. Aquest aspecte és especialment rellevant en sistemes de salut amb una alta demanda de suport psicològic per a trastorns lleus i moderats, on els formats grupals amplien l'accés a professionals qualificats i contribueixen a escurçar les llistes d'espera¹⁷.

Aquest plantejament s'alinea amb el model d'intervenció per passos (*stepped care*), en el qual les intervencions grupals psicoeducatives constituïrien un primer nivell d'atenció, de baixa intensitat però d'alt abast poblacional, que permetria reservar els recursos especialitzats per als casos de més complexitat o gravetat. Aquesta lògica organitzativa s'integra amb els principis de la salut mental comunitària, que prioritza la proximitat, la continuïtat assistencial i l'atenció a la persona en el seu entorn habitual, evitant la fragmentació i la medicalització excessiva del malestar emocional.

En aquest marc, els resultats de l'estudi apunten al potencial del RBEC com a estratègia escalable i sostenible per abordar aquesta problemàtica des de l'Atenció Primària, si bé caldria reforçar-ho amb estudis metodològicament més robusts. La seva integració en els equips d'AP és viable des del punt de vista organitzatiu i s'ajusta al funcionament habitual d'aquests equips, oferint una resposta estructurada i basada en l'evidència davant una demanda que, altrament, recauria de manera desproporcionada sobre la prescripció farmacològica o sobre uns serveis de salut mental especialitzada amb capacitat limitada.

Des d'una perspectiva de salut pública, aquesta resposta podria tenir implicacions per a dos reptes cabdals del sistema sanitari: la reducció de la medicalització del malestar

emocional i la millora de l'accés a la psicoteràpia. Com a alternativa terapèutica ben tolerada i associada a millores en els resultats mesurats, el RBEC es planteja com una via per reduir la dependència del recurs farmacològic com a primera resposta davant el malestar emocional lleu i moderat, si bé caldrien estudis específics que analitzessin dades objectives de prescripció per confirmar aquest potencial efecte.

LIMITACIONS

Cal considerar algunes limitacions de l'anàlisi dels resultats obtinguts:

- 1. Absència de càlcul mostral previ i caracterització de la mostra:** la mida de la mostra es va determinar per la disponibilitat de participants que van iniciar i finalitzar la intervenció durant el període d'estudi, seguint un mostreig consecutiu no probabilístic, i no mitjançant un càlcul previ basat en una mida d'efecte esperada. Això pot limitar la potència estadística de les anàlisis i la representativitat dels resultats. Així mateix, la base de dades disponible només incloïa informació sobre edat i sexe, sense recollir altres variables sociodemogràfiques potencialment rellevants, com la situació laboral o el nivell educatiu, la qual cosa limita la caracterització completa de la mostra. Es tindrà en compte en futurs estudis.
- 2. Heterogeneïtat de la mostra:** tot i que la població pertany al mateix municipi, cada territori presenta determinants socials diferenciats que poden influir en els resultats. Aquesta variabilitat pot dificultar la generalització de les conclusions obtingudes.
- 3. Infrarepresentació del sexe masculí:** la menor participació d'homes (118 de 464 participants) pot reduir la representativitat global de la mostra i limitar la interpretació dels resultats en relació amb aquest col·lectiu.
- 4. Disponibilitat parcial de dades:** els resultats obtinguts no representen la totalitat de pacients atesos, ja que només s'han pogut analitzar aquells participants dels quals es disposava de puntuacions pre i post intervenció.
- 5. Variabilitat en l'aplicació de la intervenció:** tot i que els professionals es van basar en el mateix programa de referència, l'aplicació no es va fer de manera estandarditzada, sinó que cada professional en va adaptar els continguts en funció del perfil de participants del grup i del seu propi estil professional. Aquesta manca d'estandardització podria haver introduït variabilitat en la implementació de la intervenció entre els diferents grups, cosa que dificulta determinar en quina mesura els resultats obtinguts són atribuïbles al programa en si mateix o a factors específics de cada facilitador o grup. Tanmateix, aquesta flexibilitat també reflecteix la pràctica clínica habitual en context d'atenció primària.

- 6. Absència de grup control:** el disseny observacional pre-post emprat en aquest estudi no inclou un grup control, la qual cosa impedeix descartar altres explicacions per als canvis observats, com ara l'evolució natural dels símptomes o la regressió a la mitjana. A aquesta limitació s'hi suma la impossibilitat de controlar altres factors clínics i personals que podrien haver influït en les puntuacions pre i post intervenció, com l'existència de diagnòstics psicopatològics previs, el tractament farmacològic (psicofàrmacs o altres) que els participants poguessin estar prenent i els seus possibles canvis durant el període d'estudi, o l'aparició d'esdeveniments vitals o circumstàncies personals rellevants. En conjunt, aquestes mancances impedeixen establir una relació causal entre la intervenció i els canvis observats, i no permeten descartar que aquests es deguin, totalment o parcialment, a factors aliens a la intervenció grupal.
- 7. Limitacions dels instruments psicomètrics:** els qüestionaris utilitzats proporcionen una mesura puntual de l'estat emocional del participant en el moment de la resposta. Aquesta característica els fa sensibles a fluctuacions circumstancials (estrès, canvis d'ànim o factors contextuais) i pot dificultar la detecció de canvis profunds o sostinguts associats al procés grupal.
- 8. Baixa participació en el seguiment als 3 mesos:** la manca de dades longitudinals limita la capacitat d'avaluar el manteniment dels efectes de la intervenció en el temps. La sessió de seguiment es va incorporar en un moment posterior a l'inici de l'estudi, per la qual cosa, només 111 dels 464 participants van tenir l'oportunitat de fer-la. D'aquests, únicament 73 hi van assistir i van proporcionar dades (65,8%; $n=73/111$), la qual cosa pot introduir un biaix de selecció si els pacients que van respondre al seguiment difereixen sistemàticament dels que no ho van fer.
- 9. Informació limitada sobre els abandonaments i flux inicial de participants:** no es disposa de dades sistemàtiques sobre els motius pels quals alguns participants abandonen els grups o no completen les avaluacions, fet que impedeix analitzar possibles biaixos de selecció o adherència. Així mateix, no es va registrar el nombre de pacients derivats inicialment a la intervenció, la qual cosa impedeix calcular la taxa real de pèrdues des de la derivació fins a l'obtenció de la mostra final analitzada ($n=464$). Es recomana que en futurs estudis s'incorpori un registre prospectiu del flux de participants.

CONCLUSIONS I LÍNIES FUTURES

Les intervencions psicoeducatives grupals liderades pels Referents de Benestar Emocional i Salut Comunitària (RBEC) a l'atenció primària de Badalona s'associen a una reducció significativa de la simptomatologia ansiosa i una millora en el benestar emocional i la qualitat de vida dels participants, si bé

aquests resultats s'han d'interpretar amb cautela atès el possible biaix de selecció derivat de la manca de dades en relació a la quantitat de pacients que van ser derivats per a realitzar la intervenció. Les dades disponibles suggereixen un cert manteniment de l'efecte en el subgrup avaluat als 3 mesos de seguiment. Tot i així, la baixa taxa de resposta en aquest punt temporal (65,8%) limita la solidesa d'aquesta observació. Aquests resultats apunten al potencial de les intervencions grupals com a complement a la gestió farmacològica, oferint un model potencialment accessible i eficient per abordar trastorns emocionals lleus i moderats.

De cara al futur, i per tal d'aprofundir en els resultats obtinguts, seria pertinent desenvolupar estudis amb grup control, seguiments a llarg termini per valorar la durabilitat dels efectes, ampliar la mostra per garantir representativitat i diversitat, i analitzar l'impacte d'aquestes intervencions en la reducció de la dependència farmacològica mitjançant dades objectives de prescripció. Aquestes línies podrien contribuir a consolidar estratègies integrades en l'atenció primària que millorin la qualitat assistencial i redueixin riscos associats a la sobremedicació.

ASPECTES ÈTICS

Es tracta d'un estudi observacional basat en l'explotació secundària de dades generades en el marc de la pràctica assistencial habitual dels Referents de Benestar Emocional i Salut Comunitària (RBEC). Les intervencions grupals i les avaluacions es van realitzar com a part de l'activitat assistencial habitual, sense procediments addicionals específics de recerca.

Per a la realització de les comparacions pre-post, les dades corresponents a cada participant van ser vinculades durant el procés d'anàlisi i tractades de manera desidentificada. Els resultats es van presentar de manera agregada i sense identificadors personals directes.

El projecte va seguir el circuit de revisió del Comitè de Recerca de Badalona Serveis Assistencials (BSA) i va ser valorat en el marc d'aquest circuit el juny de 2026. D'acord amb les característiques del projecte, basat en l'explotació secundària de dades generades en la pràctica assistencial habitual i sense procediments addicionals específics de recerca, no es va sotmetre a una valoració específica per part d'un Comitè d'Ètica de la Investigació.

A cada participant se li va assignar un codi únic que permetia vincular les mesures pre i post, sense incorporar nom, CIP ni altres identificadors directes al fitxer d'anàlisi.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Sanidad. Caracterización de los problemas de salud no transmisibles a partir de los registros clínicos

- de atención primaria (BDCAP). Serie 5. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023.
2. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2024. (Guías de Práctica Clínica en el SNS)
3. Hernández-Rodríguez MÁ, Sempere-Verdú E, Vicens-Caldentey C, González-Rubio F, Miguel-García F, Palop-Larrea V, et al. Drug prescription profiles in patients with polypharmacy in Spain: a large-scale pharmacoepidemiologic study using real-world data. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9):4754. doi:10.3390/ijerph18094754
4. Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. *BMC Fam Pract*. 2013;14:191. doi:10.1186/1471-2296-14-191
5. Lasserre A, Younès N, Blanchon T, Cantegreil-Kallen I, Passerieux C, Thomas G, et al. Psychotropic drug use among older people in general practice: discrepancies between opinion and practice. *Br J Gen Pract*. 2010;60:e156-62. doi:10.3399/bjgp10X483922
6. Cano-Vindel A, Muñoz-Navarro R, Moriana JA, Ruiz-Rodríguez P, Medrano LA, González-Blanch C. Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: the results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2022;52:3336-48. doi:10.1017/S0033291720005498
7. Corpas J, Moriana JA, Venceslá JF, Gálvez-Lara M. Brief psychological treatments for emotional disorders in primary and specialized care: a randomized controlled trial. *Int J Clin Health Psychol*. 2020;20(3):222-32. doi:10.1016/j.ijchp.2020.11.002
8. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:8. doi:10.1186/1477-7525-8-8
9. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25(4):277-83. doi:10.1016/S0163-8343(03)00043-4
10. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E, Grupo de Validación en Español de Escalas Psicossomáticas (GVPEEP). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)*. 2002;118(13):439-49. doi:10.1016/S0025-7753(02)72430-9
11. Castellví P, Forero CG, Codony M, Vilagut G, Brugulat P, Medina A, et al. The Spanish version of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) is valid for use in the general population. *Qual Life Res*. 2014;23(3):857-68. doi:10.1007/s11136-013-0513-7
12. Badía X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. *Qual Life Res*. 1999;8:203-14.
13. Barkowski S, Schwartze D, Strauss B, Burlingame GM, Rosendahl J. Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychother Res*. 2020;30(8):965-82. doi:10.1080/10503307.2020.1729440
14. Zhou X, Ma J, Zhou J, Kong Y, Liu Z, Wang S, et al. Effectiveness of brief group cognitive behavioural therapy on improving mental health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2025;351:116590. doi:10.1016/j.psychres.2025.116590
15. Peris-Baquero Ó, Fadrique-Jiménez A, Prieto-Rollan I, Camacho-Guerrero L, Martínez-Lluesma S, Osma J. Brief versions of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in Spanish primary care service: results of a feasibility pilot study. *J Clin Psychol*. 2025. [Epub ahead of print]. doi:10.1002/jclp.70016
16. Lerma A, Perez-Grovas H, Bermudez L, Peralta-Pedrero ML, Robles-García R, Lerma C. Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients. *Psychol Psychother*. 2017;90(1):105-23. doi:10.1111/papt.12098
17. Antón-Menárguez V, Jareño B, Lara-Espejo I, Redondo-Jiménez M, García-Marín P. Eficacia de la intervención psicológica grupal en atención primaria. *Med Fam Semergen*. 2019;45(2):86-92. doi:10.1016/j.semerg.2018.05.005