



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Fisioterapia

Curso Académico 2015 / 2016

TRABAJO FIN DE GRADO

Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una Unidad de
Fisioterapia y análisis de factores asociados

Prevalence of anxiety and depression disorders in a Physiotherapy
unit and analysis of factors associated

Autora: Paula Eguizábal Rioseco

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción.....	4
Objetivos	10
Material y métodos	11
Resultados	18
Discusión	29
Conclusiones	40
Bibliografía	42
Anexos	46

RESUMEN

Objetivo: El estudio pretende determinar la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes que acuden al servicio de Fisioterapia de un hospital, analizando su relación con diferentes aspectos referentes al sujeto y a su patología física en tratamiento fisioterápico, al estilo de vida, el dolor percibido, el grado de Salud en general y la Calidad de vida.

Sujetos y método: 50 pacientes que acudían a tratamiento fisioterápico por diferentes causas clínicas, los cuales realizaron un cuestionario inicial de datos básicos, el cuestionario WHOQOL-BREF sobre Calidad de vida, la Escala Visual Analógica (EVA) para valorar el dolor, y la Escala de Goldberg para detectar posibles trastornos de ansiedad y depresión.

Resultados: Se encontró una alta prevalencia de ambos trastornos emocionales en los pacientes, y la existencia de relaciones estadísticamente significativas con las siguientes variables: edad, actividad laboral, actividad física, tipo de patología física en tratamiento, inicio de la misma, antecedentes clínicos, medicación, percepción de la evolución por parte del paciente, grado de dolor y aspectos referentes a la Calidad de vida.

Conclusiones: Se considera de importancia detectar precozmente trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes de los servicios de Fisioterapia, con el fin de limitar la interferencia en el tratamiento fisioterápico y curso de la patología existente, valorando la influencia negativa de la patología física en la emocional y viceversa.

Palabras clave: Fisioterapia, Ansiedad, Depresión, Patología emocional, Patología física, trastornos emocionales.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad y la depresión son dos trastornos emocionales frecuentes en la población española, cuya prevalencia ha ido en aumento en los últimos años, demostrándose recientemente que una de cada cinco personas padecerá un trastorno del estado de ánimo en algún momento de su vida, y que entre el 10-20% de personas con alguna patología clínica presentarán ansiedad y/o depresión¹. Se ha revelado que el 40% de la población Española padece ansiedad o depresión de forma aislada o conjuntamente, que los trastornos mentales representan entre el 25-30% de las consultas en Atención Primaria, y que éstos son la causa del 30% de la discapacidad^{1,2}. Autores como López Ibor¹ afirman que la depresión será la primera causa de discapacidad en el año 2020, así como la tercera causa de morbilidad al lado de las enfermedades coronarias y los accidentes de tráfico. En Zaragoza capital, los trastornos de ansiedad representan el 11.5% de los diagnósticos de Atención Primaria².

La ansiedad puede definirse como una señal de alerta que se activa para advertir sobre un peligro inminente, permitiendo a la persona adoptar medidas necesarias para afrontar una determinada amenaza. Se entiende la ansiedad como un estado emocional normal ante determinadas situaciones, que constituye una respuesta habitual e incluso beneficiosa a diferentes circunstancias cotidianas estresantes. Se conoce por tanto como **trastorno de ansiedad o ansiedad patológica**, aquella que genera malestar significativo en la persona, con síntomas a nivel físico, psicológico y conductual, sobrepasándose la intensidad de la ansiedad considerada como normal para el estímulo que la genera, presentándose repetidamente, y/o prolongándose en el tiempo^{2,3}.

En la tabla 1 se muestran los posibles síntomas y signos clínicos asociados a la ansiedad patológica³.

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
<i>Vegetativos:</i> sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad	Preocupación, aprensión
<i>Neuromusculares:</i> temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias	Sensación de agobio
<i>Cardiovasculares:</i> palpitaciones, taquicardias, dolor precordial	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente
<i>Respiratorios:</i> disnea	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
<i>Digestivos:</i> náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo	Irritabilidad, inquietud, desasosiego
<i>Genitourinarios:</i> micción frecuente, problemas de la esfera sexual	Conductas de evitación de determinadas situaciones
	Inhibición o bloqueo psicomotor. Obsesiones o compulsiones

Tabla 1. Síntomas físicos, psicológicos y conductuales asociados a la ansiedad patológica³.

Existen diferentes tipos de trastornos que según Stein y Hollander⁴ son 12 categorías formales entre las que se encuentran los trastornos de ansiedad generalizada, los trastornos obsesivo-compulsivos, la fobia social o los trastornos de angustia con y sin agorafobia.

Las causas de estos trastornos no son totalmente conocidas, pero están implicados *factores biológicos* (como la toma de medicamentos o factores genéticos), *ambientales* (como la influencia de la iluminación, el ruido o las condiciones climáticas), y *psico-sociales* (como la presencia de situaciones de estrés o un ambiente familiar adverso)^{2,4}.

Por otro lado, como describe la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵, la depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, y sensación de cansancio y/o falta de concentración.

Ocasionalmente las personas se sienten tristes o melancólicas, pero estos sentimientos tienden a ser pasajeros desapareciendo en pocos días.

Cuando se prolongan en el tiempo interfiriendo en la vida diaria de la persona, se habla de **trastorno depresivo**, el cual afecta a unas 350 millones de personas en el mundo^{5,6}.

Dependiendo del número y la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10) reflejada en la Guía Práctica de trastornos depresivos en la Asistencia Primaria⁷, existen varios tipos de trastornos depresivos entre los que se encuentran: el trastorno depresivo recurrente, el episodio maníaco, el trastorno bipolar o el trastorno del humor persistente.

En líneas generales los síntomas más frecuentes de los trastornos depresivos son⁶:

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o vacío
- Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo
- Sentimientos de culpa, inutilidad y/o impotencia
- Irritabilidad e inquietud
- Pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban
- Fatiga y falta de energía
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles y tomar decisiones
- Insomnio, despertar muy temprano o dormir demasiado
- Comer excesivamente o pérdida de apetito
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidios
- Dolores y malestares persistentes, cefaleas y problemas digestivos

No existe una causa única conocida de la depresión, sino que su existencia parece ser debida a una combinación de *factores genéticos* (algunos tipos de depresión pueden transmitirse de generación en generación), *biológicos* (los neurotransmisores y determinadas áreas cerebrales de las personas depresivas no funcionan correctamente), *psicológicos* (depresión por pérdidas afectivas, frustraciones o rechazos), y *sociales* (posibles factores traumáticos en la infancia que lleven a cuadros depresivos)^{6,7}.

La depresión y la ansiedad son dos entidades clínicas autónomas en las diferentes clasificaciones diagnósticas actuales, pero en la práctica clínica ambas coexisten con frecuencia. Se ha determinado que un 70% de los trastornos depresivos refieren ansiedad de diferentes tipos y grados, y un

porcentaje aún mayor de personas con trastornos de ansiedad, presentan sintomatología depresiva de diversa consideración^{3,4}.

La distinción entre ambos cuadros a veces no resulta fácil, ya que suelen cursar con alteraciones comunes como pueden ser los trastornos del sueño, del apetito, o el cansancio, pero es necesario un diagnóstico correcto de ambas enfermedades para el abordaje adecuado de las mismas^{1,7,8}.

La tabla 2 muestra las características definitorias de cada uno de los trastornos⁸.

Características definitorias de los trastornos de ansiedad	Características definitorias de los trastornos de depresión
Sistema de alerta del organismo	Sistema de conservación/regulación de la energía
Eventos o pensamientos de daño o amenaza	Eventos o pensamientos de fallo, pérdida o degradación
Aumento de la activación y conductas de ataque, lucha o huida	Disminución de la actividad física y social
Estado de tensión	Estado de tristeza y dificultad para placer con baja autoestima y sentimientos de inferioridad
Falta de variación a lo largo del día y con las distintas estaciones	Posible variación a lo largo del día y con las distintas estaciones
El tratamiento reduce la activación y demuestra la falta de relación entre los estímulos y una amenaza real y altamente probable	El tratamiento quiere aumentar la actividad y enseñar la existencia de relación entre actuar y recibir recompensas

Tabla 2. Características definitorias de los trastornos de ansiedad y depresión⁸

Se ha descrito que ambas patologías emocionales están estrechamente relacionadas con el abuso o la dependencia a ciertas sustancias como el alcohol, las drogas o determinados fármacos, así como con la presencia de otras condiciones médicas, siendo frecuente estos trastornos en personas con enfermedades cardíacas, oncológicas o neurológicas^{1,8}.

La detección de la ansiedad y la depresión resulta a veces compleja, ya que muchos pacientes no acuden a ninguna consulta, o acuden al médico de cabecera pasando en numerosas ocasiones desapercibido el diagnóstico^{7,8}.

Además, existen ciertos medicamentos y condiciones médicas como virus o trastornos tiroideos que pueden cursar con las mismas manifestaciones que estos procesos^{6,8}.

Se ha demostrado que cuánto más precoz es la detección de ambas patologías emocionales, más fácil de tratar son sus síntomas y signos clínicos, por lo que es necesario un correcto diagnóstico, basado en la entrevista clínica, el examen físico, y ciertas pruebas de laboratorio^{2,6,7}.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Los trastornos depresivos y de ansiedad vienen siendo desde hace unos decenios un tema de interés no solo para los psiquiatras y psicólogos, sino para todos los profesionales sanitarios y la población en general.

Cada vez está más clara su influencia negativa en el curso de determinadas patologías físicas, habiéndose evidenciado que los pacientes depresivos tienen una mortalidad superior a la población general no solo atribuible al suicidio, y que genera una discapacidad funcional mayor que el resto de las enfermedades médicas crónicas^{1,6,7}.

Debido a lo anteriormente expuesto, este estudio intenta justificar la importancia de detectar en los servicios de Fisioterapia la presencia de trastornos depresivos y de ansiedad, ya que según indica la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental⁶, tan solo el 10% de las personas que los padecen acuden al psiquiatra, pues el resto de casos son vistos por otros sanitarios, o no vistos pues no acuden a ninguna consulta.

La rápida detección de estos procesos permite tratarlos adecuadamente al referirlos al profesional especialista, consiguiendo evitar o limitar la interferencia que suponen en el curso de la patología física existente, y en el tratamiento llevado a cabo^{9,10}. A lo largo de los años se ha argumentado la influencia de las emociones negativas en la Salud, las cuales interfieren en los hábitos saludables y fomentan conductas inadecuadas para la misma. Las emociones negativas y los trastornos emocionales pueden llevar al desarrollo de otras patologías consecuentes, así como interferir en el curso de las ya existentes¹⁰.

En el desarrollo del estudio se han analizado los posibles factores asociados a la presencia de estos trastornos, con el fin de que los fisioterapeutas, otros sanitarios y la población en general, puedan tener una serie de pautas que les lleven a la detección de personas con trastornos depresivos y/o de ansiedad, permitiendo así su correcta derivación, y la limitación de su influencia en el tratamiento de la patología física existente. Con el presente estudio, se pretende justificar la influencia negativa de la patología emocional en la patología física y viceversa, ya que muchos pacientes tras sufrir una problemática clínica física, desarrollan alguna patología emocional, la cual a su vez es capaz de influir en el curso y tratamiento de la patología física, hecho que podría evitarse en gran parte con la detección precoz y correcta de los trastornos emocionales, y la puesta en marcha de un tratamiento adecuado.

OBJETIVOS

Principal

- Determinar la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión asociados al padecimiento de una patología física en tratamiento fisioterápico en el Servicio de Fisioterapia del Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.

Específicos

- Relacionar la presencia de trastornos de ansiedad y depresión con aspectos referentes a las características de los sujetos y a su patología física en tratamiento fisioterápico, a la percepción del dolor, el estilo de vida, la Salud mental y física, y la Calidad de vida.
- Analizar la influencia de la patología física en la patología emocional y viceversa.
- Valorar la importancia de la detección precoz de los trastornos de ansiedad y depresión en los Servicios de Fisioterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional transversal, con una muestra de 50 pacientes que por diferentes causas clínicas acudían al servicio de Fisioterapia del Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, comúnmente conocido como Hospital Provincial.

Los criterios de inclusión al estudio fueron los siguientes:

- Pacientes en tratamiento en la Unidad de Fisioterapia, o pacientes incluidos en el programa de Rehabilitación Cardíaca del hospital
- Pacientes mayores de 18 años

Los criterios de exclusión por su parte fueron:

- Existencia de un deterioro cognitivo que impidiera la correcta realización del estudio
- Pacientes con ansiedad y/o depresión diagnosticada recientemente o desde el comienzo de la patología física en tratamiento fisioterápico

MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

A los pacientes se les solicitó que contestaran a dos cuestionarios y dos escalas, con el fin de obtener información sobre su patología física en tratamiento fisioterápico y la Salud en general, sobre la existencia de un posible trastorno emocional, el estilo de vida actual, el dolor percibido, así como sobre su Calidad de vida, valorando su posible influencia en el desarrollo de ansiedad y depresión, a través del análisis de las posibles relaciones estadísticamente significativas entre las diferentes variables.

En primer lugar, se les formuló a los pacientes un **cuestionario inicial** para obtener una serie de datos sobre aspectos básicos relevantes para el estudio (anexo 1). El cuestionario era resuelto con una breve entrevista entre el fisioterapeuta y el paciente, en la que si algún dato no era bien conocido, se consultaba la historia clínica del sujeto.

Seguidamente, se evaluaba la posible presencia de trastornos de ansiedad y/o depresión utilizando la **Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg**^{2,3} (anexo 2). Esta escala presenta dos subescalas de nueve preguntas, una que permite la detección de personas con posible trastorno de ansiedad, y otra para la detección de personas con un posible trastorno depresivo. Las cuatro primeras preguntas de cada subescala se consideran de despistaje, determinando si es probable o no la existencia de un trastorno mental. Las cinco restantes sólo se formulan si se obtienen dos o más respuestas positivas en la subescala de ansiedad, y una o más en la de depresión. Se podrá decir que un paciente es posible que presente trastorno de ansiedad, si desarrolla cuatro o más respuestas positivas en la subescala de la misma, mientras que será posible la existencia de depresión, si responde de manera positiva a dos o más preguntas de la subescala pertinente. Las preguntas fueron formuladas por el fisioterapeuta ya que la escala es hetero-administrada, intercalada en la mayoría de los casos en la entrevista clínica. Se hace referencia a las dos últimas semanas, no puntuando los aspectos clínicos de un tiempo menor de dos semanas o de leve intensidad.

A continuación se valoraba la percepción del dolor mediante la **escala visual analógica**¹¹ (EVA). Esta escala valora la intensidad del dolor percibida por el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Se trata de una línea horizontal con los números del 0 al 10 posicionados de izquierda a derecha, correspondiendo el 0 a la ausencia de dolor, y el 10 al peor dolor imaginable (anexo 3).

El paciente debe señalar con un círculo el número que más corresponde a la intensidad del dolor que sufre habitualmente.

Finalmente, se procedía a la realización del **cuestionario WHOQOL-BREF**¹², el cual consta de 26 ítems que generan un perfil de la Calidad de vida del sujeto basándose en cuatro dimensiones: Salud física (7 preguntas), Salud psicológica (6 preguntas), Relaciones sociales (3 preguntas) y Ambiente (8 preguntas). El WHOQOL-BREF deriva del cuestionario WHOQOL-100, que presenta 100 ítems distribuidos en seis áreas con 24 facetas de 4 preguntas.

El WHOQOL-BREF contiene una pregunta de cada una de estas 24 facetas, y dos preguntas globales sobre la Calidad de vida y la Salud general (anexo 4). Ambos cuestionarios deben ser auto-administrados, excepto cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud, donde podrán ser entrevistados. Están validados al español, y pueden ser utilizados tanto en la población general como en sujetos con patologías específicas. El tiempo de referencia es de 2 semanas.

Para calcular la puntuación del WHOQOL-BREF, hay que tener en cuenta que cada dimensión se puntúa de forma independiente; cuanto mayor sea la puntuación en cada dimensión, mejor será el perfil de Calidad de vida de la persona evaluada. No todos los ítems se puntúan de forma directa, sino que hay que recodificar de forma inversa parte de las puntuaciones. Las instrucciones para la recodificación y el cálculo de la puntuación final del cuestionario pueden hallarse en la página web de la OMS¹³.

No existen puntos de corte propuestos, por lo que para interpretar los resultados del cuestionario de los pacientes del Hospital Provincial, se compararon con las normas poblacionales¹⁴ de un grupo de adultos sanos.

Se realizó una comparación de las puntuaciones de los pacientes de nuestro estudio, con la puntuación media de los sujetos del estudio citado en las cuatro dimensiones, teniendo en cuenta la desviación estándar.

Se definió como una calidad de vida buena en una determinada dimensión, la puntuación igual o superior a la media del estudio teniendo en cuenta la desviación estándar, mientras que la calidad de vida se definía como mala, cuando era inferior a la puntuación media incluso valorando la desviación estándar.

VARIABLES DEL ESTUDIO Y CODIFICACIÓN

Las variables utilizadas en el estudio se obtuvieron a partir de los cuestionarios y escalas descritos anteriormente, las cuales hacen referencia a los posibles factores influyentes en la aparición de ansiedad y/o depresión. A continuación se muestran las variables correspondientes a cada uno de los cuestionarios y escalas, así como la codificación numérica llevada a cabo para facilitar el posterior análisis estadístico y su interpretación.

Cabe señalar que en relación al cuestionario WHOQOL-BREF, se han incorporado como variables las cuatro dimensiones descritas, al igual que alguna pregunta del cuestionario considerada de interés para el estudio.

VARIABLES DEL CUESTIONARIO INICIAL

- **SEXO:** Hombre (0) / Mujer (1)
- **EDAD:**
 - Entre 18 y 25 años (0)
 - Entre 26 y 40 años (1)
 - Entre 41 y 65 años (2)
 - Más de 65 años (3)
- **RÉGIMEN DE ATENCIÓN:** Ambulatorio (0) / Hospitalizado (1)
- **ACTIVIDAD LABORAL:**
 - Sujeto pasivo (0) → En situación de paro, jubilado/a, amo/a de casa
 - Sujeto activo (1) → Desempeñando un trabajo o en situación de baja por enfermedad/patología
- **ACTIVIDAD FÍSICA:**
 - Sujeto sedentario (0) → No realiza ninguna actividad física o la actividad física realizada es menor a 3 horas/semanales
 - Sujeto activo (1) → Realiza ejercicio más de 3 h/semanales
- **TIPO DE PATOLOGÍA:**
 - Linfedema post-tumoral (0)
 - Patología traumática (1)
 - Patología neurológica (2)
 - Patología cardíaca (3) → En Rehabilitación Cardíaca
- **INICIO PATOLOGÍA:**
 - Patología aguda (0) → Inicio hace menos de 6 meses
 - Patología crónica (1) → Inicio hace más de 6 meses
- **INICIO TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO:**
 - Reciente (0) → Comienzo hace menos de un mes
 - Agudo (1) → Comienzo hace más de un mes

- **ANTECEDENTES CLÍNICOS:**
 - Ausentes (0)
 - Físicos (1) → De patología física igual o similar a la tratada o antecedentes físicos relevantes
 - Emocionales (2) → Antecedentes de ansiedad y/o depresión previos u otros trastornos emocionales relevantes
 - Ambos (3) → Antecedentes físicos y emocionales
- **ENFERMEDADES ASOCIADAS RELEVANTES:** No (0) / Sí (1)
- **MEDICACIÓN**
 - Ausente (0)
 - Física (1) → Para la patología en tratamiento fisioterápico u otra física existente
 - Emocional (2) → Medicación para dormir, para los nervios y/o para el estrés, así como para depresión y/o ansiedad de inicio previo a la patología física y que continua administrándose
 - Ambas (3) → Medicación para patología física y emocional
- **PERCEPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN POR PARTE DEL PACIENTE:**
 - Mala (0)
 - Buena (1)

VARIABLES DE LA ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

- **RESULTADOS GOLDBERG**
 - No (0) → Sujetos de la muestra sin trastornos emocionales
 - Ansiedad (1) → Sujetos de la muestra con ansiedad
 - Depresión (2) → Sujetos de la muestra con depresión
 - Ambas (3) → Sujetos de la muestra con ansiedad y depresión
- **ANSIEDAD:** No (0) / Sí (1)
- **DEPRESIÓN:** No (0) / Sí (1)

VARIABLE DE LA ESCALA VISUAL ANALÓGICA

- **DOLOR:**
 - Menor que 5 (0)
 - Mayor o igual que 5 (1)

VARIABLES DEL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

Calidad de vida en relación a las 4 dimensiones:

- **SALUD FÍSICA:** Buena (0) / Mala (1)
- **SALUD PSICOLÓGICA:** Buena (0) / Mala (1)
- **AMBIENTE:** Buena (0) / Mala (1)
- **RELACIONES SOCIALES:** Buena (0) / Mala (1)

Algunos ítems del cuestionario:

- **VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA:** Muy mal (1) / Mal (2) / Lo normal (3) / Bastante bien (4) / Muy bien (5)
- **SATISFACCIÓN CON LA SALUD:** Muy insatisfecho (1) / Insatisfecho (2) / Lo normal (3) / Bastante satisfecho (4) / Muy satisfecho (5)
- **IMPOSIBILIDAD POR DOLOR** para realizar lo necesario: Nada (1) / Un poco (2) / Lo normal (3) / Bastante (4) / Extremadamente (5)
- **NECESIDAD DE TRATAMIENTO MÉDICO:** Nada (1) / Un poco (2) / Lo normal (3) / Bastante (4) / Extremadamente (5)
- **POSIBILIDAD DE REALIZAR ACTIVIDADES SOCIALES:** Nada (1) / Un poco (2) / Moderado (3) / Bastante (4) / Totalmente (5)
- **CAPACIDAD DE DESPLAZAMIENTO:** Nada (1) / Un poco (2) / Lo normal (3) / Bastante (4) / Extremadamente (5)
- **SATISFACCIÓN CON EL SUEÑO:** Nada (1) / Poco (2) / Lo normal (3) / Bastante satisfecho (4) / Muy satisfecho (5)
- **HABILIDAD PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD):** Nada (1) / Poco (2) / Lo normal (3) / Bastante satisfecho (4) / Muy satisfecho (5)
- **CAPACIDAD DE TRABAJO:** Nada (1) / Poco (2) / Lo normal (3) / Bastante satisfecho (4) / Muy satisfecho (5)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez obtenidos los datos de los 50 pacientes, se procedió a introducirlos en una hoja de trabajo del programa IBM SPSS Statistics 20, incorporando las variables descritas con su correcta codificación numérica.

Se llevó a cabo inicialmente un test de normalidad para valorar si la distribución de las variables era normal, aplicándose el test Kolmogorov-Smirnov. Se obtuvo una distribución normal de las variables, permitiendo de esta manera analizarlas mediante pruebas paramétricas.

Seguidamente, se calcularon las frecuencias de la presencia de los trastornos de ansiedad y depresión en la muestra obtenidos a través de la Escala de Goldberg, para a posteriori, establecer relaciones estadísticas entre las diferentes variables y sus valores; se relacionaban dos variables y sus valores mediante tablas de contingencia.

Para valorar si las relaciones existentes eran o no estadísticamente significativas, se aplicaba el test de Chi-Cuadrado (χ^2), el cual indica la relación existente entre dos variables cualitativas. Si el coeficiente era menor al valor de $p=0.05$, existía correlación estadísticamente significativa.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Inicialmente, se les explicó a los participantes del estudio el propósito del mismo, indicándoles su finalidad como trabajo Fin de grado de Fisioterapia. Los sujetos accedieron a formar parte del estudio de manera voluntaria, firmando para ello un Consentimiento informado (anexo 5). Podían indicar su exclusión del estudio en cualquier momento, valorando el carácter anónimo de los datos, y el tratamiento de los mismos según la vigente normativa de Protección de datos¹⁵. Los sujetos aceptaron la posibilidad de una posterior difusión de los datos del estudio, el cual es original y no contiene material inédito de otros autores, habiendo sido diseñado y desarrollado cumpliendo los principios éticos de la Declaración de Helsinki para estudios de Salud¹⁶.

RESULTADOS

Los resultados del estudio permitieron constatar que el 54% de los pacientes de la muestra presentaba un posible trastorno de ansiedad según la Escala de Goldberg, mientras que el 68% presentaba una posible depresión, la cual podía ir asociada o no a ansiedad patológica. El 48% de los sujetos del estudio padecían ambos trastornos emocionales.

CATEGORIZACIÓN ANSIEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	23	46.0%
Sí	27	54.0%

Tabla 3. Frecuencia de los trastornos de ansiedad en la muestra

CATEGORIZACIÓN DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	16	32.0%
Sí	34	68.0%

Tabla 4. Frecuencia de los trastornos depresivos en la muestra

CATEGORIZACIÓN ESCALA GOLDBERG	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	14	28.0%
Ansiedad	2	4.0%
Depresión	10	20.0%
Ambas	24	48.0%

Tabla 5. Frecuencia de los trastornos de ansiedad y/o depresión en la muestra

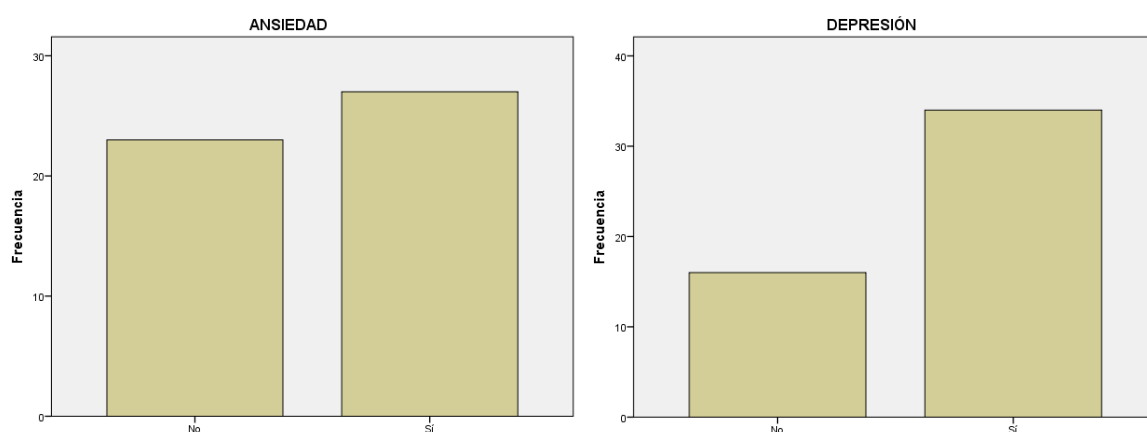


Gráfico 1 y 2. Frecuencia de los trastornos de ansiedad y depresión en la muestra

Tras establecer diferentes relaciones entre las variables ansiedad y depresión obtenidas a partir de la Escala de Goldberg, y otras descritas en el apartado metodología correspondientes a los diferentes cuestionarios, se obtuvieron una serie de correlaciones estadísticamente significativas.

CORRELACIONES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS

VARIABLE	% ANSIEDAD		% DEPRESIÓN	
	SI	NO	SI	NO
EDAD				
18-25	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%
26-40	33.3%	66.7%	33.3%	66.7%
41-65	34.9%	65.1%	47.6%	52.4%
Más de 65	76.2%	23.8%	95.2%	4.8%
<i>p valor</i>	0.015		0.001	
RÉGIMEN				
Ambulatorio	42.5%	57.5%	60.0%	40.0%
Hospitalizado	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%
<i>p valor</i>	0.001		0.015	
ACTIVIDAD LABORAL				
Sujeto pasivo	62.1%	37.9%	79.3%	20.7%
Sujeto activo	42.9%	57.1%	52.4%	47.6%
<i>p valor</i>	0.179		0.044	
ACTIVIDAD FÍSICA				
Sujeto activo	18.8%	81.2%	31.2%	68.8%
Sujeto sedentario	70.6%	29.4%	85.3%	14.7%
<i>p valor</i>	0.001		<0.001	
TIPO DE PATOLOGÍA				
Linfedema post-tumoral	20.0%	80.0%	40.0%	60.0%
Patología Traumática	56.7%	43.3%	60.0%	40.0%
Patología Neurológica	77.8%	22.2%	100,0%	0.0%
Patología Cardíaca	33.3%	66.7%	83.3%	16.7%
<i>p valor</i>	0.139		0.046	
INICIO PATOLOGÍA				
Patología aguda	62.5%	37.5%	78.1%	21.9%
Patología crónica	38.9%	61.1%	50,0%	50,0%
<i>p valor</i>	0.108		0.041	
ANTECEDENTES CLÍNICOS				
Ausentes	33.3%	66.7%	55.6%	44.4%
Físicos	46.2%	53.8%	53.8%	46.2%
Emocionales	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%
Ambos	76.9%	23.1%	100,0%	0,0%
<i>p valor</i>	0.084		0.018	
MEDICACIÓN				
No	42.9%	57.1%	42.9%	57.1%
Física	43.3%	56.7%	63.3%	36.7%
Ambas	84.6%	15.4%	92.3%	7.7%
<i>p valor</i>	0.036		0.043	
PERCEPCIÓN EVOLUCIÓN				
Mala	83.3%	16.7%	88.9%	11.1%
Buena	37.5%	62.5%	56.2%	43.8%
<i>p valor</i>	0.002		0.018	

Tabla 6. Porcentajes de la presencia de trastornos de ansiedad y depresión en la muestra en relación con variables del cuestionario inicial (*p valor Chi Cuadrado*).

VARIABLE	% ANSIEDAD		% DEPRESIÓN	
	SI	NO	SI	NO
DOLOR				
Menor que 5	26.7%	73.3%	53.3%	46.7%
Mayor o igual que 5	65.7%	34.3%	74.3%	25.7%
<i>p valor</i>	0.011		0.146	

Tabla 7. Porcentajes de la presencia de trastornos de ansiedad y depresión en la muestra en relación con el dolor percibido según la escala EVA (*p valor Chi Cuadrado*).

VARIABLE	% ANSIEDAD		% DEPRESIÓN	
	SÍ	NO	SÍ	NO
DIMENSIÓN S. FÍSICA				
Mala	75.9%	24.1%	86.2%	13.8%
Buena	23.8%	76.2%	42.9%	57.1%
<i>p valor</i>	<0.001		0.001	
DIMENSIÓN S. PSICOLÓGICA				
Mala	87.5%	12.5%	100.0%	0.0%
Buena	38.2%	61.8%	52.9%	47.1%
<i>p valor</i>	0.001		0.001	
DIMENSIÓN AMBIENTE				
Mala	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%
Buena	45.2%	54.8%	61.9%	38.1%
<i>p valor</i>	0.004		0.034	
DIMENSIÓN RELACIONES SOCIALES				
Mala	80.0%	20.0%	100.0%	0.0%
Buena	51.1%	48.9%	64.4%	35.6%
<i>p valor</i>	0.219		0.106	

Tabla 8. Porcentajes de la presencia de trastornos de ansiedad y depresión en la muestra en relación a las 4 dimensiones descritas del cuestionario WHOQOL-BREF (*p valor Chi-Cuadrado*)

Cabe destacar que la Dimensión Relaciones Sociales se ha incluido en la tabla 8 con el fin de tener todas las dimensiones del cuestionario referente juntas, a pesar de no mostrar relaciones estadísticamente significativas con las variables ansiedad y depresión.

VARIABLE	% ANSIEDAD		% DEPRESIÓN	
	SI	NO	SI	NO
VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA				
Muy mal	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%
Mal	76.9%	23.1%	86.7%	13.3%
Lo normal	66.7%	33.3%	84.6%	15.4%
Bastante bien	29.4%	70.6%	47.1%	52.9%
Muy bien	25.0%	75.0%	25.0%	75.0%
<i>p valor</i>	0.039		0.023	
SATISFACCIÓN CON SALUD				
Muy insatisfecho	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%
Insatisfecho	68.4%	31.6%	94.7%	5.3%
Lo normal	64.7%	35.3%	70.6%	29.4%
Bastante satisfecho	16.7%	83.3%	25.0%	75.0%
Muy satisfecho	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
<i>p valor</i>	0.025		0.001	
IMPOSIBILIDAD POR DOLOR				
Nada	25.0%	75.0%	25.0%	75.0%
Un poco	16.7%	83.3%	33.3%	66.7%
Lo normal	53.8%	46.2%	69.2%	30.8%
Bastante	69.2%	30.8%	80.8%	19.2%
Extremadamente	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%
<i>p valor</i>	0.080		0.048	
NECESIDAD TRATAMIENTO MÉDICO				
Nada	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
Un poco	46.2%	53.8%	46.2%	53.8%
Lo normal	63.6%	36.4%	63.6%	36.4%
Bastante	61.9%	38.1%	90.5%	9.5%
Extremadamente	50.0%	50.0%	100.0%	0.0%
<i>p valor</i>	0.309		0.004	
POSIBILIDAD ACT. SOCIALES				
Nada	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%
Un poco	70.0%	30.0%	80.0%	20.0%
Moderado	40.0%	60.0%	50.0%	50.0%
Bastante	21.4%	78.6%	50.0%	50.0%
<i>p valor</i>	0.003		0.052	
CAPACIDAD DE DESPLAZAMIENTO				
Nada	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%
Un poco	66.7%	33.3%	83.3%	16.7%
Lo normal	64.3%	35.7%	71.4%	28.6%
Bastante	37.5%	62.5%	56.2%	43.8%
Extremadamente	25.0%	75.0%	50.0%	50.0%
<i>p valor</i>	0.032		0.036	
SATISFACCIÓN CON EL SUEÑO				
Nada	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%
Poco	72.2%	27.8%	83.3%	16.7%
Lo normal	52.9%	47.1%	70.6%	29.4%
Bastante satisfecho	36.4%	63.6%	54.5%	45.5%
Muy satisfecho	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
<i>p valor</i>	0.086		0.045	
HABILIDAD AVD				
Nada	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%
Poco	80.0%	20.0%	90.0%	10.0%
Lo normal	35.3%	64.7%	52.9%	47.1%
Bastante satisfecho	27.3%	72.7%	45.5%	54.5%
<i>p valor</i>	0.005		0.021	
CAPACIDAD DE TRABAJO				
Nada	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%
Poco	72.2%	27.8%	83.3%	16.7%
Lo normal	46.7%	53.3%	60.0%	40.0%
Bastante satisfecho	25.0%	75.0%	50.0%	50.0%
Muy satisfecho	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
<i>p valor</i>	0.023		0.045	

Tabla 9. Porcentajes de la presencia de trastornos de ansiedad y depresión en la muestra en relación con diferentes ítems pertenecientes al cuestionario WHOQOL-BREF (*p valor* Chi-Cuadrado).

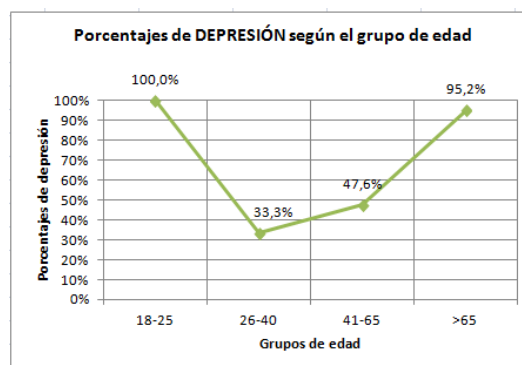
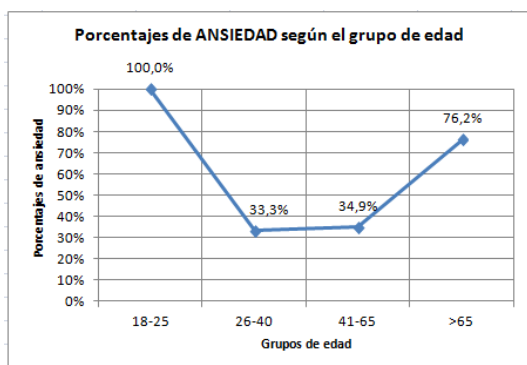
En la tabla 10 se muestran las relaciones entre las variables ansiedad y depresión y otras del estudio que no han sido estadísticamente significativas, pero sí se han considerado relevantes para el estudio.

CORRELACIONES ESTADÍSTICAMENTE NO SIGNIFICATIVAS RELEVANTES

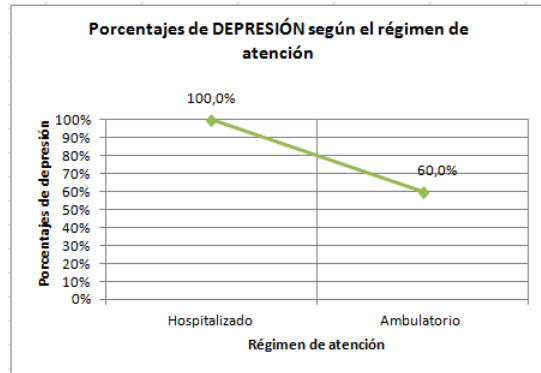
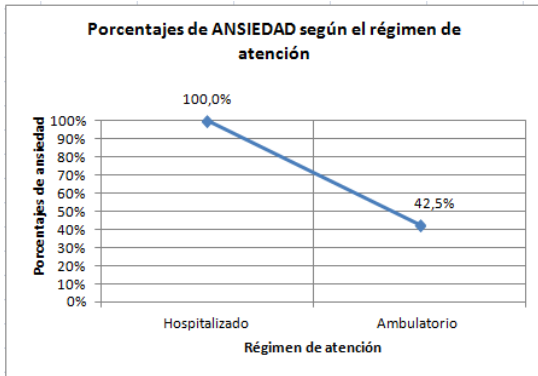
VARIABLE	% ANSIEDAD		% DEPRESIÓN	
	SÍ	NO	SÍ	NO
SEXO				
Hombre	60.0%	40.0%	70.0%	30.0%
Mujer	50.0%	50.0%	66.7%	33.3%
<i>p valor</i>	0.487		0.804	
ENFERMEDADES ASOCIADAS				
Sí	59.0%	41.0%	74.4%	25.6%
No	36.4%	63.6%	45.5%	54.5%
<i>p valor</i>	0.184		0.070	
INICIO TTO FISIOTERÁPICO				
Menos de un mes	44.0%	56.0%	56.0%	44.0%
Más de un mes	64.0%	36.0%	80.0%	20.0%
<i>p valor</i>	0.156		0.069	

Tabla 10. Porcentajes de la presencia de trastornos de ansiedad y depresión en la muestra en relación con variables que no han dado relaciones estadísticamente significativas (*p valor Chi-Cuadrado*).

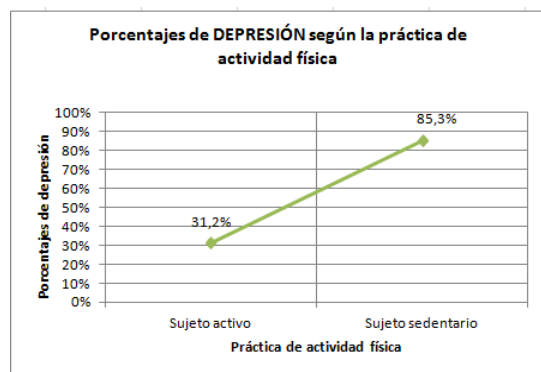
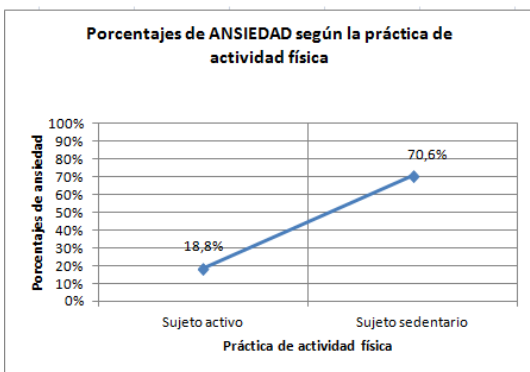
A continuación se muestran los gráficos de las tablas de contingencia que relacionan las variables ansiedad y depresión con otras correspondientes al **CUESTIONARIO INICIAL**.



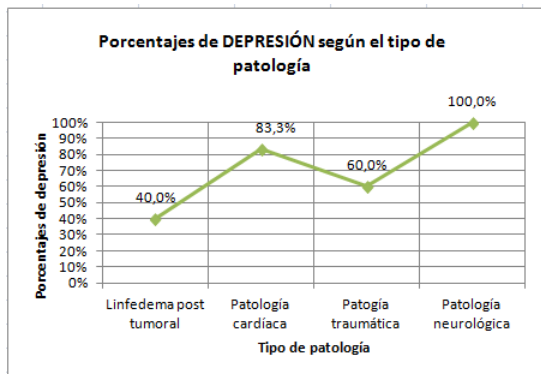
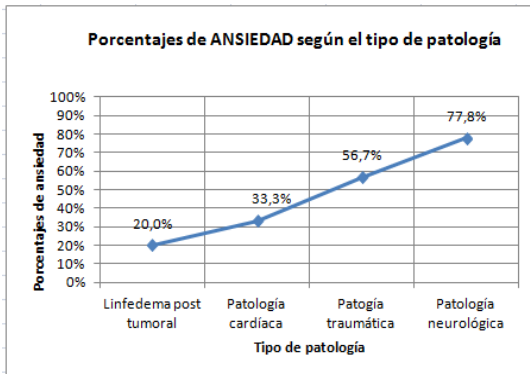
Gráficos 3 y 4. Relación entre las variables ansiedad, depresión y edad



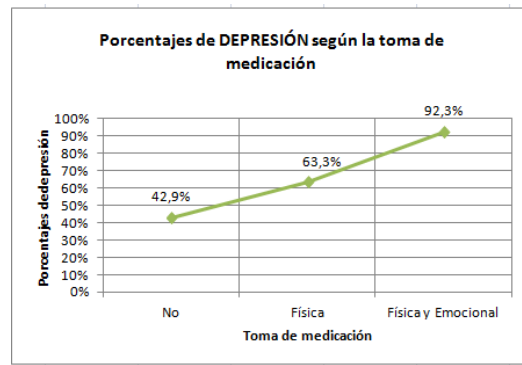
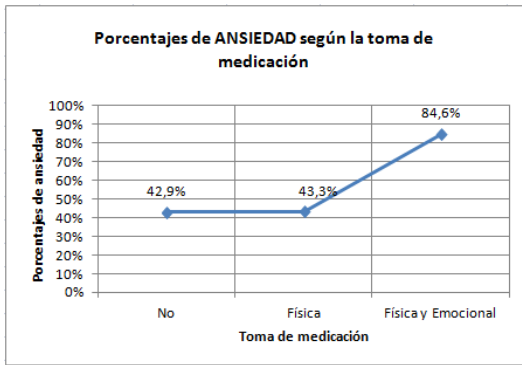
Gráficos 5 y 6. Relación entre las variables ansiedad, depresión y régimen de atención



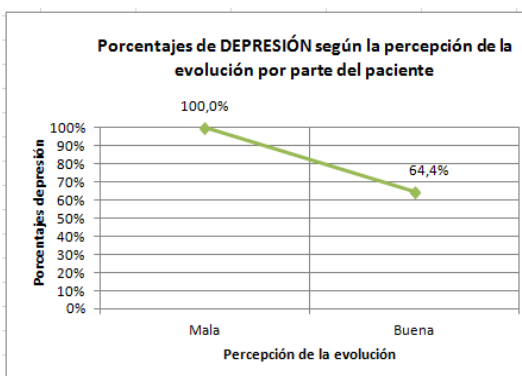
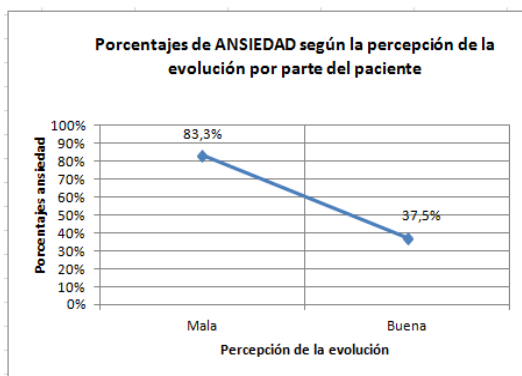
Gráficos 7 y 8. Relación entre las variables ansiedad, depresión y actividad física



Gráficos 9 y 10. Relación entre las variables ansiedad, depresión y tipo de patología

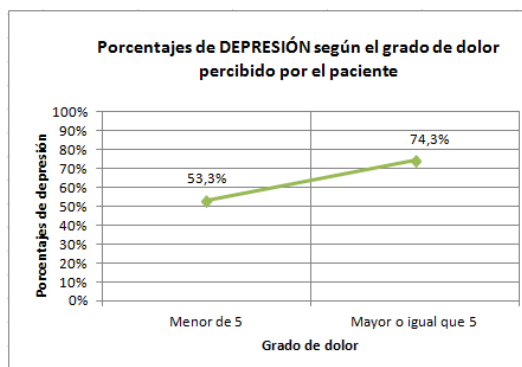
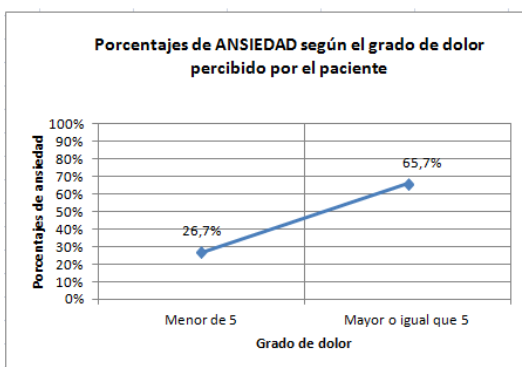


Gráficos 11 y 12. Relación entre las variables ansiedad, depresión y toma de medicación



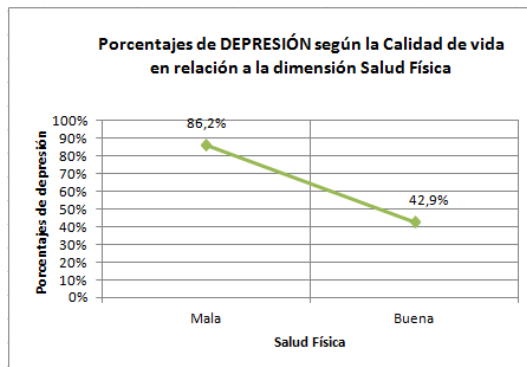
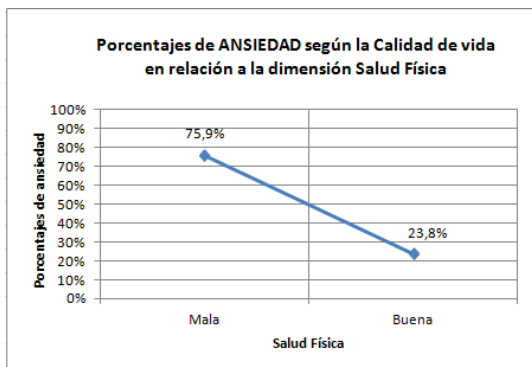
Gráficos 13 y 14. Relación entre las variables ansiedad, depresión y percepción de la evolución por parte del paciente

Los gráficos 15 y 16 muestran la relación existente entre las variables ansiedad y depresión y la variable dolor obtenida a partir de la **ESCALA EVA**.

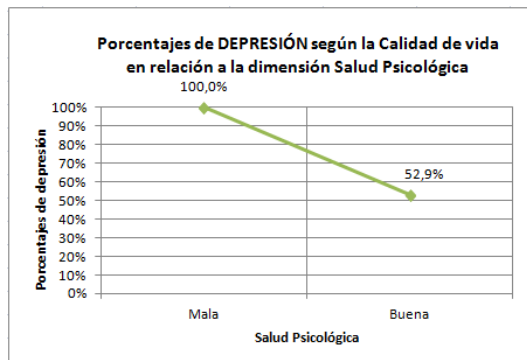
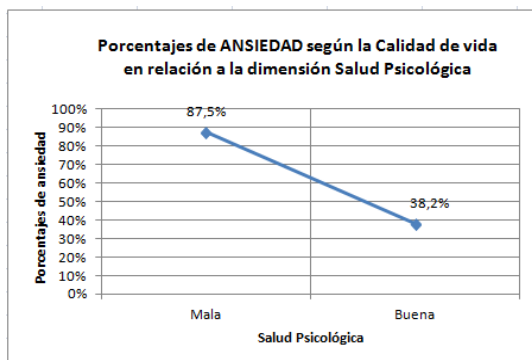


Gráficos 15 y 16. Relación entre las variables ansiedad, depresión y dolor

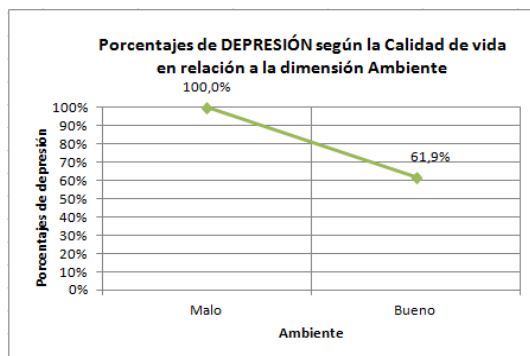
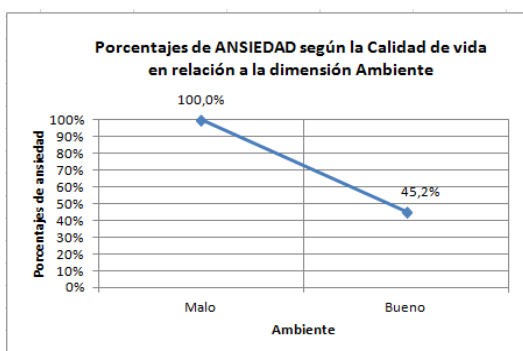
En los siguientes gráficos se exponen las dimensiones del **CUESTIONARIO WHOQOL-BREF** en relación con las variables ansiedad y depresión, así como con algún ítem del mismo.



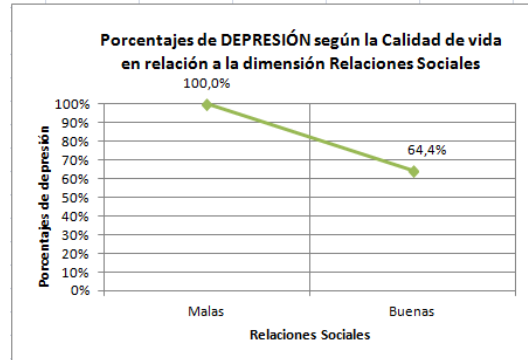
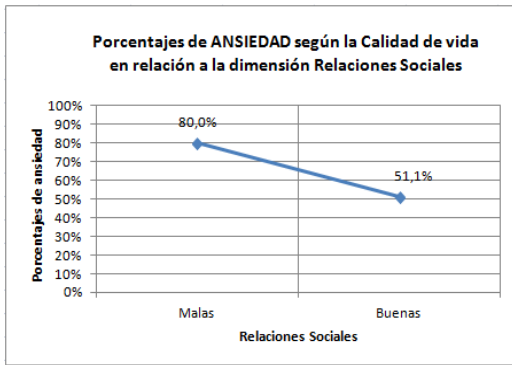
Gráficos 17 y 18. Relación entre las variables ansiedad, depresión y dimensión Salud Física



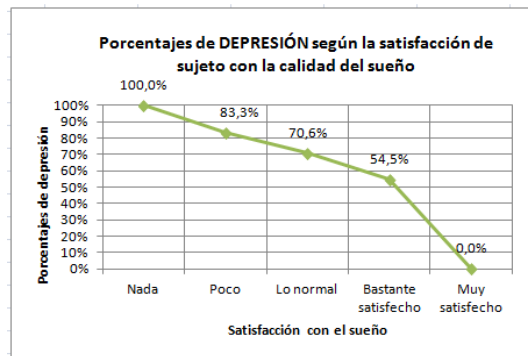
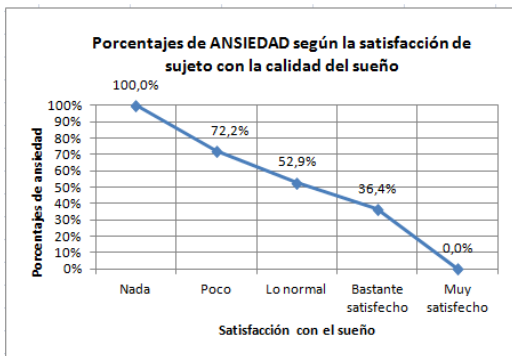
Gráficos 19 y 20. Relación entre las variables ansiedad, depresión y dimensión Salud Psicológica



Gráficos 21 y 22. Relación entre las variables ansiedad, depresión y Dimensión Ambiente



Gráficos 23 y 24. Relación entre las variables ansiedad, depresión y dimensión Relaciones Sociales



Gráficos 25 y 26. Relación entre las variables ansiedad, depresión y satisfacción con el sueño

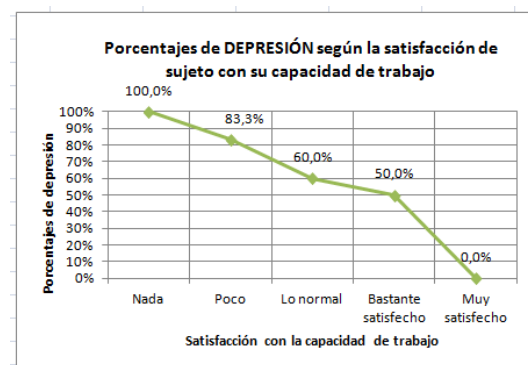
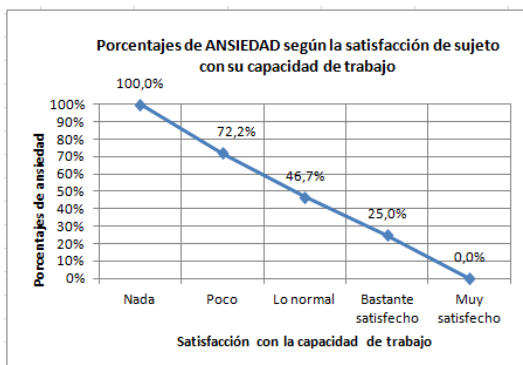


Gráfico 27 y 28. Relación entre las variables ansiedad, depresión y satisfacción con la capacidad de trabajo

Por último, se ha considerado de interés relacionar variables que habitualmente aparecen en la bibliografía científica.

RÉGIMEN DE ATENCIÓN	EDAD			
	18-25	26-40	41-65	>65
Externo	5.0%	15.0%	50.0%	30.0%
Hospitalizado	0.0%	0.0%	10.0%	90.0%
<i>p valor</i>	0.008			

Tabla 11. Relación entre los grupos de edad de la muestra y el régimen de atención

RÉGIMEN DE ATENCIÓN	TIPO DE PATOLOGÍA			
	Linfedema	Traumática	Neurológica	Cardíaca
Externo	12.5%	60.0%	12.5%	15.0%
Hospitalizado	0.0%	60.0%	40.0%	0.0%
<i>p valor</i>	0.106			

Tabla 12. Relación entre el tipo de patología en tratamiento fisioterápico y el régimen de atención

ACTIVIDAD FÍSICA	EDAD			
	18-25	26-40	41-65	>65
Población sedentaria	5.9%	5.9%	32.4%	55.9%
Población activa	0.0%	25.0%	62.5%	12.5%
<i>p valor</i>	0.009			

Tabla 13. Relación entre la actividad física y la edad de los sujetos

ACTIVIDAD FÍSICA	TIPO DE PATOLOGÍA			
	Linfedema	Traumática	Neurológica	Cardíaca
Población sedentaria	5.9%	58.8%	23.5%	11.8%
Población activa	18.8%	62.5%	6.2%	12.5%
<i>p valor</i>	0.304			

Tabla 14. Relación entre la actividad física y el tipo de patología

SEXO	TIPO DE PATOLOGÍA			
	Linfedema	Traumática	Neurológica	Cardíaca
Hombre	0.0%	50.0%	25.0%	25.0%
Mujer	16.7%	66.7%	13.3%	3.3%
<i>p valor</i>	0.023			

Tabla 15. Relación entre el sexo de la muestra y el tipo de patología en tratamiento

SEXO	ACTIVIDAD FÍSICA	
	Población sedentaria	Población activa
Hombre	70.0%	30.0%
Mujer	66.7%	33.3%
<i>p valor</i>	0.804	

Tabla 16. Relación entre el sexo y la actividad física realizada por los sujetos

SEXO	PERCEPCIÓN CALIDAD DE VIDA				
	Muy mal	Mal	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
Hombre	0.0%	30.0%	40.0%	25.0%	5.0%
Mujer	3.3%	23.3%	23.3%	40.0%	10.0%
<i>p valor</i>	0.533				

Tabla 17. Relación entre el sexo y la percepción de los sujetos sobre su Calidad de vida

DISCUSIÓN

En el presente estudio se ha constatado la elevada prevalencia de ansiedad patológica y depresión en los servicios de Fisioterapia de un hospital de la red pública de Zaragoza capital, coexistiendo ambos trastornos en una misma persona en casi la mitad de los sujetos estudiados.

En relación a la **edad** de los sujetos de la muestra, a partir de los 26 años, la presencia de ansiedad y depresión aumentaba progresivamente con la edad, siendo las personas de más de 65 años (42% de la muestra), los más afectados por ambas patologías emocionales.

Marsiglia¹⁷ a través un de estudio de 1159 pacientes, determinó una alta prevalencia de trastornos depresivos en los ancianos, siendo frecuente la depresión secundaria a otras enfermedades médicas, y mayor prevalencia de ansiedad en los sujetos de menos de 39 años. Este autor señaló la importancia de detectar trastornos emocionales de una forma precoz por los diferentes profesionales sanitarios, ya que suponen una gran discapacidad para el sujeto, y son uno de los principales problemas de Salud Pública actuales. Peña-Solano et al¹⁸, sostienen la alta prevalencia de trastornos depresivos en la población mayor de 65 años, con el impacto negativo que esto supone en su calidad de vida, y en el aumento de la mortalidad en este grupo de edad. Asimismo indicaron que en estos pacientes se incrementa la percepción de una mala salud, empeorando las condiciones médicas existentes, y suponiendo un mayor coste socio-sanitario a nivel global.

En nuestro estudio, los dos pacientes menores de 25 años tenían tanto ansiedad como depresión, pero es una muestra representativa muy pequeña de este rango de edad para obtener conclusiones. Pese a esto, Arrieta et al¹⁹ señalaron una alta prevalencia de depresión y ansiedad en los sujetos con edades entre los 16 y los 21, siendo el suicidio por trastornos emocionales, la tercera causa de muerte en jóvenes de entre 14 y 26 años.

Valorando el **régimen de atención**, los pacientes que estaban hospitalizados (20% de la muestra), presentaban en su totalidad tanto ansiedad como depresión. En los sujetos en régimen ambulatorio, los porcentajes de padecer o no ansiedad y/o depresión eran más variables.

A lo largo de los años se ha demostrado una alta prevalencia de ambos trastornos emocionales en los pacientes hospitalizados, siendo objeto de discusión la relación con la gravedad objetiva de la enfermedad motivo de ingreso, la sensación de gravedad percibida por el paciente, y sus perspectivas de mejoría. Grau Martin et al²⁰ refirieron que los pacientes hospitalizados deprimidos tienden a tener mayor edad y mayor deterioro físico, y los pacientes con trastornos de ansiedad, un peor conocimiento de su diagnóstico médico. En nuestro estudio, el 90% de los pacientes hospitalizados tenían una edad superior a los 65 años, y en relación a la patología, en el 60% era traumática y en el 40% neurológica (tablas 11 y 12). Según las conclusiones del estudio citado, parece no existir una clara relación de los trastornos emocionales con la gravedad objetiva de la enfermedad motivo de ingreso, pero sí con la sensación de gravedad percibida por el paciente, sus expectativas de mejoría, y la **capacidad de realización de las actividades de la vida diaria** (AVD). En relación a este último aspecto, en el presente estudio se ha observado que a menor capacidad para las AVD, mayor porcentaje de padecimiento de ansiedad y depresión.

También se ha descrito que una sensación de alta gravedad de la patología física en tratamiento, parece llevar a un estado de ansiedad patológica, lo que provoca una visión negativa del estado de Salud en general, y conduce a una peor calidad de vida en el ingreso hospitalario²⁰. Los resultados de nuestro estudio han reflejado que una mala **Calidad de vida** valorada por el cuestionario WHOQOL-BREF, presenta porcentajes más elevados de ansiedad y depresión que una buena o normal calidad de vida, de la misma manera que ocurre con la percepción mala o buena de la calidad de vida por parte del paciente.

En el estudio de Grau Martin et al²⁰, se pudo valorar cómo las malas expectativas de mejoría por parte del paciente y la sensación de mayor gravedad de la enfermedad física padecida, conducen a porcentajes de ansiedad y depresión elevados, siendo estos pacientes los que presentan estancias hospitalarias más largas, mayores costes sanitarios, y un mayor número de procedimientos clínicos y diagnósticos. Por ello, los autores concluyen que sería necesaria una rápida detección de estos trastornos emocionales con el fin de evitar mayores costes sanitarios, y la influencia

negativa en la patología física en tratamiento, pues sus resultados determinaron que tanto la ansiedad como la depresión facilitan un mayor deterioro funcional y una peor recuperación de la patología física tratada, al igual que una peor calidad de vida relacionada con la Salud.

Piqueras Rodríguez et al²¹ explicaron la influencia de los factores emocionales, específicamente de la ansiedad y la depresión, en el proceso Salud-Enfermedad, demostrando su afectación adversa en el curso de una enfermedad o condición médica, así como la evidencia empírica de que el padecimiento de enfermedades médicas, conduce a una alta prevalencia de problemas de ansiedad y depresión. Estos autores concluyeron que la presencia de estos factores psicológicos interfiere negativamente en el tratamiento de una condición médica, constituye un factor de riesgo añadido, y precipita o exacerba los síntomas de la patología médica a través de respuestas fisiológicas asociadas al estrés.

Como se ha podido constatar en nuestro estudio, los sujetos con una **percepción de la evolución** de su patología física en tratamiento fisioterápico mala, presentan ansiedad en el 83.3% de los casos, y depresión en el 88.9%. Por tanto, podemos afirmar que, en concordancia con los resultados de Grau Martín et al²⁰, la valoración de la patología en tratamiento por parte del paciente y sus expectativas de mejoría, influyen en el padecimiento de ansiedad y depresión, de la misma forma que estos trastornos emocionales repercuten negativamente en el curso de la enfermedad acontecida, y en el tratamiento de la misma.

En resumen, se puede constatar que las emociones negativas influyen de manera adversa en la salud, al igual que una mala salud en general o el padecimiento de una enfermedad específica, puede conducir al desarrollo de trastornos emocionales como son la ansiedad y la depresión.

Atendiendo ahora a la variable **actividad física**, los resultados de nuestro estudio sugirieron que la realización de ejercicio físico de una forma regular más de 3 horas semanales, conduce a un menor porcentaje de ansiedad y/o depresión. Los sujetos sedentarios padecían ansiedad en el 70.6% de los casos, y depresión en el 85.3%, frente a porcentajes mucho más bajos en personas activas físicamente.

El meta-análisis realizado por Petruzzello²², abrió una línea de investigación sobre los efectos positivos del ejercicio físico en la reducción de los síntomas de la ansiedad, centrándose principalmente en el ejercicio aeróbico y a largo plazo. Anderson y Shivakumar²³, indicaron en su estudio que 30 minutos de moderada a alta intensidad de ejercicio durante 5 días a la semana suponen grandes beneficios para la salud, previniendo la aparición de enfermedades crónicas, y modificando las respuestas de adaptación a factores estresantes y psicológicos, lo que produce un impacto positivo en los procesos fisiopatológicos de la ansiedad, permitiendo una mejora de sus síntomas y una mejor adaptación a los factores causantes.

Otros autores como Ströhle²⁴ indicaron que la ausencia de ejercicio físico podía contribuir al desarrollo de una clínica depresiva, y el meta-análisis sobre 80 estudios dirigido por Craft y Perna²⁵, demostró los beneficios de la práctica de actividad física en los síntomas de la depresión en relación a otras terapias alternativas, determinando que el ejercicio físico es capaz de reducir los síntomas de la ansiedad y la depresión, tanto en intensidad como en duración evitando su reaparición.

Cabe mencionar que en el presente estudio, los sujetos más activos físicamente eran los que padecían patología traumática y las pacientes con linfedema post-tumoral, las cuales no presentaban ansiedad en el 80% de los casos, ni depresión en el 60%.

Además, en relación a la edad, la población más activa era la que comprendía el rango de edad entre los 26 y los 65 años; personas con menor porcentaje de trastornos de ansiedad y depresión en la muestra (tabla 13 y 14).

En relación a **la actividad laboral**, los resultados muestran que parece estar relacionada de una forma estadísticamente significativa con la presencia de depresión, ya que los sujetos del estudio considerados como población pasiva presentaban depresión en el 79.3% de los casos (*p valor= 0.044*).

Patiño Villada²⁶ encontró una mayor prevalencia de depresión en un grupo de jubilados frente a uno de no jubilados, resultado en parte de la existencia de problemas de Salud generados por el proceso de desgaste laboral, y por factores psicológicos relacionados con el status y la autoestima.

Por otra parte se ha descrito que existe una correlación entre el incremento de la depresión y los altos niveles de desempleo, incrementando además la tasa de suicidios²⁷.

Cabe destacar que la depresión puede suponer importantes consecuencias sobre la capacidad del trabajador para desempeñar su actividad laboral de forma efectiva, hecho que hemos podido valorar con la variable **capacidad de trabajo**, pues a medida que la satisfacción con la misma disminuía, los porcentajes de depresión y ansiedad aumentaban progresivamente²⁷.

En cuanto a la percepción del **dolor**, los sujetos con un EVA mayor o igual a 5 (70% de la muestra), padecían ansiedad en el 65.7% de los casos y depresión en el 74.3%. Plata-Muñoz et al²⁸ estudiaron como la ansiedad y otros trastornos psicológicos pueden influir en gran medida en el dolor, el cual puede ocasionar estrés y malestar, entre otras cosas por las alteraciones en el funcionamiento habitual de la persona, el uso excesivo de tranquilizantes o analgésicos, y la alteración del sueño.

Pero no sólo el dolor es capaz de llevar a la persona al padecimiento de trastornos emocionales, sino que éstos tienen como síntoma muchas veces el dolor físico. Se ha indicado que²⁹ el 59% de los pacientes con ansiedad generalizada refieren dolor, al igual que el 78% de los pacientes que sufren tanto ansiedad como depresión. Sin embargo, en el 69% de los casos, no se asocian estos dolores con los trastornos emocionales suponiendo un mayor coste socio-sanitario por los procedimientos diagnósticos que se llevan a cabo, situación que podría evitarse con un buen conocimiento de los trastornos de ansiedad y depresión y una rápida detección.

Debido a lo anteriormente expuesto, se debe incluir como objetivo principal en el plan terapéutico fisioterápico el abordaje del dolor en primera instancia, ya que al disminuirlo o limitarlo se podría evitar su influencia adversa en el tratamiento fisioterápico de la patología física existente, así como el agravamiento de los trastornos mentales presentes.

En nuestro estudio se valoró como la limitación que supone el dolor en la vida diaria del sujeto influye negativamente en la Salud mental, pues a medida que la limitación era mayor; los niveles de ansiedad y depresión aumentaban.

Haciendo referencia a los problemas del sueño que son provocados en parte por el dolor, J. Taylor et al³⁰ constataron que las personas con insomnio (9-12% de la población), presentaban niveles altos de depresión y ansiedad en relación con personas sin problemas de sueño, señalando que los sujetos con trastornos emocionales tienden a presentar alteraciones del sueño con frecuencia. Estimaron que el coste anual debido al insomnio y otros problemas del sueño es de unos 30-35 billones de dólares en Estados Unidos, el cual podría reducirse con el tratamiento adecuado de la causa del insomnio, lo que incluye una rápida detección de los trastornos emocionales para evitar el desarrollo de síntomas como éste.

Cabe mencionar, que los sujetos con depresión parecen presentar un mayor porcentaje de trastornos del sueño que los que padecen ansiedad³⁰.

En el presente estudio, a medida que la **satisfacción con el sueño** aumentaba, los porcentajes de ansiedad y depresión disminuían.

Según la Asociación Española de Psiquiatría Privada (ASEPP)³¹; la depresión y la ansiedad están ligadas al insomnio en el 70% de los casos, estableciéndose un porcentaje de población con problemas para dormir entre el 6 y el 8%. Este trastorno empeora la Calidad de vida del sujeto, la Salud en general, y provoca el agravamiento de enfermedades mentales presentes, por lo que su tratamiento es fundamental para evitar la interferencia en el tratamiento fisioterápico de la patología física existente.

Por otra parte, según Plata-Muñoz et al²⁸, el dolor es capaz de producir trastornos emocionales por un uso excesivo de medicación para tratarlo. Los resultados del presente estudio mostraron que los sujetos con **toma de medicación** para patología física y emocional presentaban ansiedad en el 84,6% de los casos y depresión en el 92,3%, siendo en la gran mayoría de sujetos la medicación para la patología emocional, aquella que limitara los problemas de sueño y el estrés, y para la patología física; analgésicos y calmantes.

Todo esto es debido no solo a que los aspectos clínicos que la medicación trata pueden producir ansiedad y depresión, sino a que ciertos medicamentos en su uso excesivo y descontrolado son capaces de producir trastornos mentales, ciertos síntomas de los mismos, o agravar los ya existentes. La ASEPP y el Consejo General de Psicología de España^{31,32}, sostienen que los ansiolíticos son un buen tratamiento para la ansiedad si se combinan con otras terapias alternativas como la psicoterapia y la fisioterapia. La unión del tratamiento psicológico con el fisioterápico permite aumentar el bienestar del paciente depresivo favoreciendo su recuperación y mejorando la calidad de vida. La evidencia científica demuestra que el entrenamiento con ejercicios terapéuticos y el aumento de la actividad física conducen a la reducción de la depresión y la ansiedad, mejoran la función física y cognitiva, y facilitan el cambio de conductas y estilos de vida. El enfoque coadyuvante al tratamiento psicológico desde la Fisioterapia ante la depresión y la ansiedad puede incluir: reeducación postural, manejo del dolor, técnicas de relajación, masoterapia o hidroterapia, todo ello encaminado a mejorar el estado físico del paciente conduciendo a una mejora de su estado emocional y anímico^{28,31,32}.

En relación a este aspecto, los sujetos que catalogaban la **necesidad de un tratamiento médico** para vivir como "bastante" o "extremadamente", presentaban porcentajes muy altos de depresión (no tanto de ansiedad), ya que la dependencia a la medicina y a las sustancias químicas para afrontar el día a día supone un punto de inflexión para la Salud mental, de la misma manera que supone la dependencia funcional y motriz como se ha podido comprobar en nuestro estudio; a medida que la **posibilidad para llevar a cabo actividades sociales** disminuía, aumentaban los porcentajes de padecimiento de ansiedad y depresión, de la misma manera que a menor **capacidad de desplazamiento**, mayor porcentaje de ansiedad y depresión.

En relación a la dependencia funcional y motriz, un estudio llevado a cabo por González et al³³ sostiene que las personas con discapacidad (entendiendo la misma como un término que engloba limitaciones de la actividad y restricciones para la participación), son personas con frecuentes trastornos mentales los cuales conducen a una peor calidad de vida.

González et al³³ demostraron una gran incidencia de síntomas depresivos en las personas con algún tipo de discapacidad motora, señalando la importancia de detectar los trastornos mentales en las personas con discapacidad con el fin de mejorar su calidad de vida, y evitar que supongan un mayor grado de incapacidad al tratarlos.

Por otro lado, evaluando el **tipo de patología** y el **inicio de la misma**, como se ha descrito anteriormente, existen ciertas condiciones médicas que están más relacionadas con el desarrollo de trastornos de ansiedad y/o depresión secundarios.

Los pacientes oncológicos son personas con una alta prevalencia de ansiedad y en mayor medida de depresión¹. Según García-Viniegras y González³⁴, en las mujeres con cáncer de mama la depresión es una reacción emocional frecuente, la cual está estrechamente ligada con el apoyo social existente. Percibieron unos altos niveles de depresión y ansiedad en las mujeres con cáncer de mama, pero después de una primera fase de adaptación a la enfermedad, vieron como estas mujeres consiguieron controlar sus reacciones emocionales no encontrando diferencias significativas con mujeres sanas en lo que respecta a indicadores de depresión y ansiedad³⁴. En las mujeres con linfedema post-tumoral del estudio, el inicio del episodio llevaba tiempo de evolución, por lo que la baja presencia de ansiedad y depresión en las mismas podía deberse a este hecho de adaptación que reduce los niveles de estrés y mejora el bienestar psicológico. En nuestro estudio se podía constatar que la patología aguda presentaba unos niveles de ansiedad patológica y de depresión superiores a la patología crónica.

Por otra parte, como se ha descrito anteriormente, las enfermedades cardíacas presentan una alta prevalencia de depresión (83.3% en los pacientes en Rehabilitación Cardíaca del Hospital Provincial).

La angina de pecho y los ataques de corazón están estrechamente relacionados con la depresión, algunos síntomas de la misma pueden reducir la Salud mental y física en general, aumentando el riesgo de enfermedad cardíaca o empeorando los síntomas de ésta^{35,36}.

Los pacientes neurológicos del presente estudio por su parte, presentan depresión en el 100% de los casos, y ansiedad en el 77.8%. Espárrago Llorca et al³⁷, sostienen que la depresión es el trastorno afectivo más frecuente tras un ictus, y el principal factor que limita la recuperación y rehabilitación de los pacientes, incrementando su mortalidad hasta en 10 veces respecto a los que no la padecen. Afirman que se presenta en uno de cada tres pacientes, y en más de la mitad de los casos ni se diagnostica ni se trata. Además, hablan de la existencia de otros trastornos afectivos frecuentes tras el ictus como pueden ser la ansiedad, las alteraciones del comportamiento y los delirios, todos ellos capaces de suponer un peor pronóstico de la recuperación funcional y cognitiva, un mayor deterioro en las AVD, en la vida social e interpersonal, y una peor calidad de vida. El artículo señala, que los pacientes con patología neurológica son propensos a padecer trastornos emocionales tales como la depresión y la ansiedad, siendo necesario un diagnóstico y tratamiento precoz para evitar su interferencia en la recuperación de la patología de origen neurológico.

Los **antecedentes clínicos** parecen influir en la presencia de ansiedad y depresión, pues los sujetos del estudio con antecedentes físicos y emocionales presentaban ansiedad en el 76.9% de los casos, y depresión en el 100%. Los pacientes veían su patología física como una recaída, lo que provocaba un deterioro de su salud mental, de la misma manera que el haber padecido trastornos emocionales y volver a sufrirlos alteraba su bienestar psicológico y conducía a situaciones emocionales adversas.

La **satisfacción con la Salud** por parte de los sujetos de la muestra, a medida que aumentaba progresivamente, hacía disminuir los porcentajes de ansiedad ($p\text{ valor}=0.025$) y depresión ($p\text{ valor}=0.001$). A los sujetos se les hacía entender la Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social.

Al analizar las correlaciones que no son estadísticamente significativas, y en particular el **sexo**, en la mayoría de los estudios son las mujeres las que parecen mostrar porcentajes más altos de presencia de patologías emocionales como son la ansiedad y la depresión^{1,20,21}.

En nuestro estudio, se vieron los siguientes datos reveladores que podrían explicar una mayor proporción de hombres frente a mujeres con estos trastornos emocionales:

- El 100% de los pacientes con linfedema post-tumoral fueron mujeres, así como hombres el 83.3% de pacientes incluidos en el programa de Rehabilitación Cardíaca (tabla 15).
- El 62.5% de pacientes activos físicamente eran mujeres, frente al 37.5% de hombres (tabla 16).
- Los participantes del estudio que sostenían mantener una buena o muy buena calidad de vida eran en su mayoría mujeres (tabla 17).

En el caso de las **enfermedades asociadas**, el 78% de los sujetos de la muestra presentaba algún tipo de enfermedad asociada relevante. Estos pacientes presentaban depresión en el 74.4% de los casos y ansiedad en el 59%. No se ha podido establecer una correlación estadísticamente significativa entre las variables ansiedad, depresión y enfermedades asociadas, pero diferentes estudios afirman como la presencia de enfermedades secundarias a otra pueden conducir al padecimiento de un trastorno mental.

A lo largo del estudio, se pudo valorar como los pacientes con algún tipo de diabetes presentaban en su totalidad ansiedad y depresión. Roupa Z. et al³⁸, afirmaron que la existencia de diabetes mellitus duplica las probabilidades de presentar depresión. La investigación que llevaron a cabo demostró que la relación entre la ansiedad, la depresión y la diabetes está vinculada con la hiperglucemia, las complicaciones de la diabetes, y las limitaciones resultantes de la enfermedad, determinando que desde el campo de la fisioterapia se puede prevenir la aparición de diabetes mediante la realización de actividad física adaptada que permita mantener un buen control glucémico y conseguir el peso ideal. La fisioterapia genera en los pacientes diabéticos mejoras metabólicas, reduciendo la frecuencia de eventos cardiovasculares y garantizando el bienestar musculoesquelético, ya que la mayoría de las personas con diabetes sufren complicaciones musculoesqueléticas como pueden ser el hombro doloroso o las lumbalgias³⁸.

El **inicio del tratamiento fisioterápico** parece influir en el desarrollo de ansiedad y depresión, ya que los sujetos cuyo tratamiento había comenzado hace más de un mes padecían ambos trastornos en porcentajes elevados. Esta variable debería valorarse en relación con la evolución de la patología física en tratamiento, viendo sí han existido mejoras tanto objetivas como subjetivas valorables por el fisioterapeuta y el paciente.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En primera instancia, la muestra de 50 pacientes puede haber quedado escasa a la hora de valorar diferentes variables, ya que por ejemplo en el tipo de patología eran muchos los sujetos que padecían una patología traumática, frente a los pocos que se hallaban incluidos en el programa de Rehabilitación Cardíaca del Hospital. Sería interesante para futuras investigaciones, ampliar la muestra contando con más pacientes en los diferentes apartados de las variables, e incluso introducir alguna variable más que pueda seguir dando información útil para detectar trastornos emocionales en los servicios de Fisioterapia. También podría ser interesante seguir con esta línea de estudio en otros ámbitos clínicos como pueden ser centros de neurología privados, colegios de educación especial, centros geriátricos o mutualidades de accidentes laborales.

Otra limitación que he podido ir valorando al realizar el estudio, es que el hecho de que a muchos pacientes el WHOQOL-BREF tuviera que ser hetero-administrado, puede haber condicionado los resultados del estudio, pues las personas tal vez al tener que dar sus respuestas a otra persona en lugar de escribirlas por sí mismos de forma independiente, no muestran la sinceridad requerida para la realización del cuestionario.

En un futuro, se podría realizar el cuestionario a todos los sujetos de manera hetero-administrada, o por el contrario, contar con sujetos que puedan responder por sí solos las preguntas pertinentes.

CONCLUSIONES

1. Se constata una alta prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión (54% y 68% respectivamente), en los pacientes atendidos en el Servicio de Fisioterapia del Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.
2. Los trastornos de ansiedad y depresión en la muestra están asociados a sujetos mayores de 65 años, sedentarios y personas en situación laboral pasiva.
3. Las personas hospitalizadas, con patología aguda, cardíaca, oncológica o neurológica, con antecedentes clínicos y enfermedades asociadas relevantes tales como la diabetes, y en personas que toman medicación tanto para patología física como emocional, los porcentajes de ansiedad y depresión son elevados.
4. La ansiedad y la depresión están presentes en personas que perciben un alto grado de dolor en la escala EVA que les incapacita para llevar a cabo sus AVD, personas con una mala percepción de su evolución clínica, así como personas que presentan una mala calidad de vida objetivada a través de cuestionarios y valorada por ellos mismos.
5. Los trastornos emocionales ejercen una influencia negativa en el estado de Salud física, así como el padecimiento de una patología física supone un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos emocionales.
6. La ansiedad y la depresión deben ser detectadas precozmente por los fisioterapeutas, con el fin de limitar la influencia adversa que suponen en el curso de la patología física existente, y en el tratamiento fisioterápico llevado a cabo.

BIBLIOGRAFÍA

1. López I. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. An Med Interna (Madrid) 2007;24:209-2. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n5/editorial.pdf>
2. Lobo A, Campos R. Los trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: EMISA;1997.
3. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS de MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006/10. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/apartado04/definicion_diagnostico.html
4. Stein DJ, Hollander E. Tratado de los trastornos de Ansiedad. Barcelona: Ars Médica;2004.
5. Organización Mundial de la Salud. La Depresión. OMS. Abril 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
6. Instituto Nacional de la Salud Mental. Publicación de NIH Num. SP 09-3561. Modificado en enero del 2009. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/index.shtml>
7. Ayuso Mateos JL, Carrasco JL. Trastornos depresivos: conceptos generales. En: Guía práctica de trastornos depresivos en la asistencia primaria. Barcelona: J.R. Prous Editores;1993. p 21-27.
8. Luna M. Clínica de la Ansiedad. Psicólogos y psiquiatras en Madrid y Barcelona. Disponible en: <http://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-y-otros/ansiedad-y-depresion/>
9. Piqueras Rodríguez JA, Ramos Linares V, Martínez González AE, Oblitas Guadalupe LA. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. Suma Psicológica (Bogotá) 2009;16(2):112-85. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007>
10. Brannon L, Feist J. Psicología de la Salud. Madrid: Paraninfo;2001.

11. Tamiya N, Araki S, Ohi G, Inagaki K, Urano N, Hirano W, Daltroy LH. Assessment of pain, depression, and anxiety by visual analogue scale in Japanese women with rheumatoid arthritis. *Scand J Caring Sci.* 2002 Jun;16(2):137-41.
12. Torres M, Quezada M, Rioseco R, Ducci ME. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF. *Rev. Med. Chile* 2008;136(3):325-333. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300007
13. Organización Mundial de la Salud. WHOQOL-BREF; Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version 1996. Disponible en:
www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
14. Cardona-Arias JA, Ospina-Franco LC, Eljadue-Alzamora AP. Validez discriminante, convergente/divergente, viabilidad y consistencia interna del WHOQOL-BREF y el MOSFF-36 en adultos sanos de un municipio colombiano. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2015;33(1). Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2015000100007
15. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. TEXTO CONSOLIDADO. 2011;1-21. Disponible en:
<https://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/legislacion/estatal/index-ides-idphp.php>
16. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Corea 2008. Disponible en:
<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
17. Marsiglia G. Estudio clínico y epidemiológico de la ansiedad y la depresión en una muestra de 1159 pacientes. *Gac. Med. Caracas*, 2010;118(1):3-10. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622010000100002
18. Peña-Solano DM, Herazo-Dilson MI, Calvo-Gómez JM. Depresión en ancianos. *Rev.Fac.Med.* 2009;57(4):347-355. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v57n4/v57n4a07.pdf>

19. Arrieta KM, Díaz S, Martínez G. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios : prevalencia y factores relacionados. 2014;7(1):14–22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2014000100003
20. Grau Martín A, Suñer Soler R, Abullí Picart P, Comas Casanovas P. Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. Rev. Medicina Clínica 2003;120(10):50-59. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-niveles-ansiedad-depresion-enfermos-hospitalizados-13044734>
21. Piqueras Rodríguez JA, Martínez González AE, Ramos Linares V, Riveiro Burón R, García López LJ, Oblitas Guadalupe LA. La Ansiedad, depresión y salud. Suma Psicológica 2008;15(1):43-73. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604002>
22. Petruzzello SJ, Landers DM, Hatfield BD, Salazar W. A Meta-Analysis on the Anxiety-Reducing Effects of Acute and Chronic Exercise. Outcomes and mechanisms. Sports Med. 1991 Mar;11(3):143-82. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1828608>
23. Anderson E, Shivakumar G. Effects of Exercise and Physical Activity on Anxiety. Front Psychiatry. 2013 Apr 23;4:27. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3632802/>
24. Ströhle A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. J Neural Transm (Vienna). 2009;116(6):777–84. Disponible en: <https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2011/12/Physical%20activity,%20exercise,%20depression%20and%20anxiety%20disordrs.pdf>
25. Craft LL, Perna FM. The benefits of exercise for the clinically depressed. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2004;6(3):104-111. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC474733/>
26. Patiño Villada FA. Depresión y aspectos relacionados en un grupo de jubilados de la Universidad de Antioquia. Trabajo de Grado. Universidad de Antioquía; 2006. Disponible en: <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/043-Depresion.pdf>

27. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*, 2013 Sep 17;347:f5239. Disponible en:
<http://www.bmj.com/content/347/bmj.f5239>
28. Plata-Muñoz E, Castillo-Olivares E, Guevara-López UM. Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Rev. Mex. Anestesiología* 2004; 27(1):16-23. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2004/cma041d.pdf>
29. Romera I, Fernández-Pérez S, Montejo AL, Cabalero F, Caballero L, Arbesú JA, Delgad-Cohen H, Desaiiah D, Polavieja P, Gilaberte I. Generalized anxiety disorder, with or without co-morbid major depressive disorder, in primary care: prevalence of painful somatic symptoms, functioning and health status. *J Affect Disord*. 2010 Dec; 127(1-3):160-8. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032710003927>
30. Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH, Reidel BW, Bush AJ. Epidemiology of Insomnia, Depression and Anxiety. *Journal Sleep* 2005;28(11):1458-1464. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/7434995_Epidemiology_of_insomnia_depression_and_anxiety_Sleep_28_1457-1464
31. Europapress. La depresión o la ansiedad están ligadas al insomnio en un 70% de los casos. *La información.com*. 10 de Mayo de 2016. Disponible en:
http://noticias.lainformacion.com/ciencia-y-tecnologia/psicologia/la-depresion-o-la-ansiedad-estan-ligadas-al-insomnio-en-un-70-por-ciento-de-los-casos_I8toikz0vE3yuE4Qk5awu5/
32. Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España. La Fisioterapia alivia los síntomas físicos de la depresión. Madrid, 4 de Octubre de 2012. Disponible en:
http://www.fisioterapeutes.com/comunicacio/mitjans/2012/octubre/04102012_cgcf.pdf
33. González S, Tello J, Silva P, Lüders C, Butelmann S, Fristch R. Calidad de vida en pacientes con discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental. *Rev. Chil. Neuro-psiquiatr* 2012; 50(1):23-24. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272012000100003

34. García-Viniegras CRV, González Blanco M. Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)*2007;25(1):72-80. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n1/v25n1a8.pdf>
35. Nemeroff CB, Musselman DL, Evans DL. Depression and cardiac disease. *Depression and Anxiety*. 1998;8(Suppl 1):71-9. Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Charles_Nemeroff/publication/13477766_Depression_and_cardiac_disease/links/09e4150295922f04ad000000.pdf
36. Vieweg WV, Julius DA, Fernandez A, Wulsin LR, Mohanty PK, Beatty-Brooks M, Hasnain M, Pandurangi AK. Treatment of depression in patients with coronary heart disease. *American Journal of Medicine*. 2006 Jul;119(7):567-73. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2997888/>
37. Espárrago Llorca G, Castilla-Guerra L, Fernández Moreno MC, Ruiz Doblado S, Jiménez Hernández MD. *Depresión post-ictus: una actualización*. *Neurología*. 2015;30(1):23-31. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-depresion-post-ictus-una-actualizacion-90378747>
38. Roupá Z, Koulouri A, Sotiropoulou P, Makrinika E, Marneras X, Lahana I. Anxiety and depression in patients with type 2 diabetes mellitus, depending on sex and body mass index. *Health Science Journal* 2009; 3(1):32-40. Disponible en:
<http://www.hsj.gr/medicine/anxiety-and-depression-in-patients-with-type-2-diabetes-mellitus-depending-on-sex-and-body-mass-index.php?aid=3650>

ANEXOS

❖ Anexo 1

CUESTIONARIO INICIAL

Fecha de realización del cuestionario:

Sexo:

Edad:

Régimen de atención (ambulatorio u hospitalizado):

Actividad laboral (a tiempo parcial, a tiempo completo, en paro, de baja, amo/a de casa, jubilado/a):

Actividad física y nº de horas semanales:

Patología por la que acude a Fisioterapia:

Fecha de comienzo de la patología:

Fecha de comienzo del tratamiento fisioterápico:

Antecedentes físicos y/o emocionales relevantes:

Enfermedades asociadas relevantes:

Medicación:

Percepción de la evolución (buena/mala):

❖ Anexo 2

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

En relación a las dos últimas semanas

PREGUNTAS	SÍ	NO
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
Si hay 2 o más respuestas afirmativas siga respondiendo		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (Síntomas vegetativos)		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		

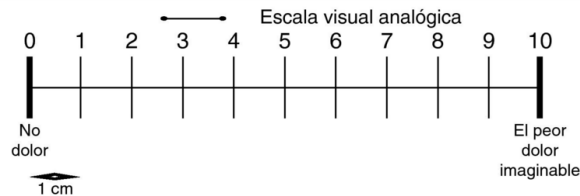
PREGUNTAS	SÍ	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Si hay respuesta afirmativa a una de las preguntas anteriores siga respondiendo		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido? (cansado, apático, débil)		
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		

❖ Anexo 3

Escala EVA

¿Cómo valora su dolor?

Señale con un círculo el número de la escala al que cree que corresponde su dolor, siendo el 0 la ausencia de dolor, y el 10 el peor dolor imaginable.



❖ Anexo 4

CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones, pensando en su vida en las últimas 2 semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. Lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Mal	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nula	Poca	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Ninguna	Poca	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

❖ Anexo 5

**MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
POR ESCRITO PARA EL PACIENTE**

Título del PROYECTO:

Yo, _____

He recibido suficiente información en relación con el estudio, pudiendo hacer preguntas sobre el mismo. He hablado con: PAULA EGUIZÁBAL RIOSECO

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y para la posterior difusión de sus datos.

También he sido informado de forma clara y precisa que estos datos serán tratados y custodiados con respeto a la intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.

Sobre estos datos me asisten derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable.

Doy mi conformidad para que mis datos clínicos sean revisados por personal ajeno al centro para los fines del estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Fecha: