

BENEFICIOS PSICOLÓGICOS, COGNITIVOS Y MENTALES DE LA ACTIVIDAD FÍSICA:

ACTIVIDAD FÍSICA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Fernando Gimeno Marco

fergimen@Unizar.es

26 de abril de 2016

ÍNDICE

- CONCEPTUALIZACIÓN PREVALENCIA Y CONSECUENCIAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIVOS
- ASPECTOS METODOLÓGICOS
- ACTIVIDAD FÍSICA Y ANSIEDAD
- ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPRESIÓN
- CONCLUSIONES
- REFERENCIAS

CONCEPTUALIZACIÓN PREVALENCIA Y CONSECUENCIAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIVOS

ANSIEDAD

- La ansiedad puede definirse como una **anticipación de un daño** o desgracia futuros, acompañada de un **sentimiento de disforia** (desagradable) y/o de **síntomas somáticos** de tensión.
- El daño anticipado puede ser interno o externo. Es una **señal de alerta** que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.
- Es importante entender la ansiedad como una sensación o un **estado emocional normal ante determinadas situaciones** y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo **cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona**, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual (Ministerio de Sanidad y Consumo).



ANSIEDAD

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

Crterios diagn3sticos para los diferentes trastornos de ansiedad recogidos en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)

<p>TA por separaci3n</p>	<p>Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vnculo estrecho, y que se evidencia en un m3nimo de tres manifestaciones cl3nicas centradas en preocupaci3n, malestar psicol3gico subjetivo, rechazo a quedarse solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o s3ntomas f3sicos ante la separaci3n de esas figuras de vinculaci3n o su anticipaci3n.</p>	<p>El miedo, la ansiedad o la evitaci3n deben estar presentes un m3nimo de 6 meses en adultos y de 4 semanas en ni1os y adolescentes.</p>
<p>Mutismo selectivo</p>	<p>Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situaci3n social espec3fica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (protot3picamente en casa y en presencia de familiares inmediatos).</p>	<p>Duraci3n m3nima de 1 mes (no aplicable al primer mes en que se va a escuela).</p>
<p>Fobia espec3fica</p>	<p>Aparici3n de miedo o ansiedad intenso y persistente, pr3cticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situaci3n espec3fica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo- ansiedad.</p>	<p>Especificaciones en funci3n del tipo de est3mulo f3bico: Animal, Entorno natural, Sangre- heridas-inyecciones, Situacional, Otras.</p> <p>El miedo, la ansiedad o la evitaci3n deben estar presentes un m3nimo de 6 meses.</p>

Criterios diagnósticos para los diferentes trastornos de ansiedad recogidos en el DSM-5

Trastorno	Características clínicas centrales	Otros criterios para el diagnóstico (*)
TASocial	Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores.	Especificación: Únicamente relacionada con la ejecución (en caso de que el miedo fóbico esté restringido a hablar o actuar en público). El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.
Trastorno de Angustia	Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.	
Agorafobia	Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza.	El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

Crterios diagn3sticos para los diferentes trastornos de ansiedad recogidos en el DSM-5

Trastorno	Características clnicas centrales	Otros criterios para el diagn3stico (*)
TA generalizada	Ansiedad y preocupaci3n excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o m3s sntomas de sobreactivaci3n fisiol3gica.	La ansiedad y preocupaci3n deben estar presentes la mayor parte de d3as durante un m3nimo de 6 meses.
TA inducido por sustancias / medicaci3n	El cuadro clnico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos sntomas se desarrollan durante o poco despu3s de la intoxicaci3n o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicaci3n capaces de producir dichos sntomas.	No se dan exclusivamente durante delirium.
TA debido a otra enfermedad m3dica	El cuadro clnico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia patofisiol3gica directa de otra condici3n m3dica.	No se dan exclusivamente durante delirium.
Otros TA especificados	Presencia de sntomas clnicamente significativos caractersticos de alg3n TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagn3sticos de ninguno de esos trastornos.	Se ponen como ejemplos las crisis de angustia limitadas o la ansiedad generalizada que no cumple con el criterio temporal de estar presente
TA no especificado	Presencia de sntomas clnicamente significativos caractersticos de alg3n TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagn3sticos de ninguno de esos trastornos. No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagn3sticos por falta de informaci3n (e.g. en urgencias).	

PREVALENCIA DE LA ANSIEDAD

- En España, el estudio ESEMeD (Haro et al., 2006), que evaluó la epidemiología de los trastornos mentales en una muestra de población general española adulta, encontró tasas de **prevalencia-año para TA del 6.2%**, superiores a las de trastornos depresivos (4,3%).

Prevalencia-vida y prevalencia-año de los principales trastornos mentales siguiendo los criterios de la cuarta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Datos ponderados a la población española

	Prevalencia-año						Prevalencia-vida					
	Varón		Mujer		Total		Varón		Mujer		Total	
	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%	Prevalencia (%)	IC del 95%
Trastornos del estado de ánimo												
Episodio depresivo mayor	2,15	1,45-2,86	5,62	4,66-6,59	3,96	3,34-4,59	6,29	5,10-7,48	14,47	13,03-15,90	10,55	9,57-11,54
Distimia	0,52	0,22-0,81	2,38	1,69-3,07	1,49	1,10-1,88	1,85	1,22-2,48	5,29	4,32-6,27	3,65	3,06-4,24
Cualquier trastorno del estado de ánimo	2,33	1,61-3,04	6,25	5,20-7,30	4,37	3,71-5,04	6,71	5,49-7,93	15,85	14,34-17,36	11,47	10,45-12,49
Trastornos de ansiedad												
Trastorno de ansiedad generalizada	0,44	0,11-0,78	1,18	0,81-1,56	0,50	0,30-0,70	1,15	0,64-1,66	2,57	1,99-3,16	1,89	1,49-2,29
Fobia social	0,57	0,13-1,00	0,64	0,32-0,95	0,60	0,33-0,87	1,06	0,51-1,61	1,28	0,83-1,73	1,17	0,81-1,54
Fobia específica	1,19	0,68-1,70	4,20	3,23-5,16	3,60	2,82-4,38	2,32	1,60-3,05	6,54	5,38-7,69	4,52	3,82-5,23
Trastorno de estrés postraumático	0,25	0,02-0,48	0,94	0,50-1,39	0,50	0,30-0,70	1,06	0,00-2,2	2,79	1,71-3,87	1,95	1,18-2,73
Agorafobia	0,15	0,02-0,29	0,60	0,26-0,95	0,30	0,10-0,50	0,47	0,08-0,86	0,76	0,39-1,14	0,62	0,36-0,89
Trastorno de angustia	0,38	0,14-0,63	0,98	0,60-1,36	0,60	0,40-0,80	0,95	0,53-1,37	2,39	1,76-3,02	1,70	1,32-2,09
Cualquier trastorno de ansiedad	2,53	1,74-3,31	7,61	6,41-8,80	6,20	4,63-7,77	5,71	4,57-6,85	12,76	11,24-14,29	9,39	8,41-10,37
Trastorno de alcohol	1,38	0,78-1,99	0,05	0,00-0,13	0,69	0,40-0,98	6,38	5,16-7,61	0,95	0,51-1,39	3,55	2,91-4,19
Trastorno por dependencia	0,18	0,00-0,45	0,02	0,00-0,07	0,10	0,00-0,23	1,01	0,47-1,54	0,17	0,03-0,30	0,57	0,30-0,84
Trastorno por abuso de alcohol												
Cualquier trastorno por consumo de alcohol	1,38	0,78-1,99	0,05	0,00-0,12	0,69	0,40-0,98	6,47	5,23-7,71	0,96	0,52-1,40	3,60	2,95-4,25
Cualquier trastorno mental	5,25	4,17-6,33	11,44	10,02-12,86	8,48	7,53-9,42	15,67	13,86-17,48	22,93	21,09-24,78	19,46	18,09-20,82

IC: intervalo de confianza

Med Clin (Barc). 2006;126:445

CONSECUENCIAS DE LA ANSIEDAD

- Riesgo a largo plazo de padecer enfermedades **cardiovasculares, neurológicas y pulmonares** si el trastorno de ansiedad no recibe el tratamiento adecuado.
- A corto plazo, los efectos de los trastornos de ansiedad pueden ser **dolor de cabeza recurrente, mareos y vértigos, problemas gastrointestinales, hipertensión, insomnio, dolores musculares y fatiga crónica**, entre otros.
- La ansiedad también **puede favorecer la aparición de otros trastornos psicológicos**, otros tipos de trastornos de ansiedad, menos habituales que la ansiedad generalizada, como el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de pánico o las fobias. Todo ello con grave riesgo de afectar la vida social, laboral y familiar.

DEPRESIÓN

- La depresión se puede describir como el hecho de sentirse **triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado**. La mayoría de nosotros se siente de esta manera de vez en cuando durante períodos cortos
- La **depresión clínica** es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más.



Criterios diagnósticos para los diferentes trastornos depresivos recogidos en el DSM-5

- **Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo:** Se caracteriza por el ingreso a estado de cólera recurrente de manera desmedida según la situación; éste acceso a la cólera puede darse durante tres o más veces por semana. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es irritable o irascible.
- **Trastorno de depresión mayor:** Éste trastorno es característico por un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi todos los días. Subjetivamente el individuo tiene sentimientos de “tristeza”, de “vacío” o “desesperanza”. En cuanto a los niños y adolescentes puede presentarse un ánimo de irritabilidad. Es presente la poca importancia por actividades ya sea de interés o de placer del individuo. Fisiológicamente hay una pérdida de peso observable. El sujeto presentará una falta de sueño, fatiga o pérdida de energía. Socialmente se verá deteriorado en sus relaciones personales, laborales u otras áreas de interés.

Criterios diagnósticos para los diferentes trastornos depresivos recogidos en el DSM-5

- **Trastorno depresivo persistente (distimia):** El trastorno depresivo persistente o distimia es un trastorno en el cual el ánimo del individuo es deprimido en su mayor parte del día, siendo mayor los días con el cuadro depresivo que aquellos días en los que no, se toma en consideración estos síntomas durante un mínimo de dos años. Este trastorno puede afectar a niños y adolescentes de manera en que su estado de ánimo se encuentra irritable y la duración a considerar es de un año cuando mínimo. Es presente también la falta de aptito del sujeto, falta de sueño o la hipersomnia, falta de energía, autoestima baja, dificultad para la toma de decisiones debido también a la dificultad de concentración, y es recurrente también en los individuos el sentimiento de desesperanza.
- **Trastorno depresivo inducido por sustancias:** Éste trastorno se hace presente por la ingesta de sustancias y se caracteriza por: 1) alteración de la conducta normal, presentando un estado de ánimo deprimido, 2) con una notable falta de interés por actividades regulares o placenteras. En el DSM-V se clasifica éste estado depresivo según la sustancia ingerida y la gravedad del trastorno de consumo.

Criterios diagnósticos para los diferentes trastornos depresivos recogidos en el DSM-5

- **Trastorno disfórico premenstrual:** Éste trastorno es presente en la mayoría de los ciclos menstruales. El DMV-V indica para que se considere como trastorno disfórico premenstrual se debe de cumplir al menos 5 síntomas durante la última semana antes del inicio de la menstruación:
 - ✓ Cambios de humor
 - ✓ Irritabilidad intensa que ocasiona conflictos interpersonales.
 - ✓ Estado de ánimo deprimido con sentimientos de desesperanza y autodesprecio
 - ✓ Sensación de ansiedad, tensión y/o excitación o nerviosismo.
 - ✓ Falta de interés por las actividades regulares.
 - ✓ Falta de concentración
 - ✓ Falta de energía.
 - ✓ Insomnio o Hipersomnia
 - ✓ Sentimiento de agobio
 - ✓ Dolores físicos, con sentimientos de hinchazón o de aumento de peso.

Criterios diagnósticos para los diferentes trastornos depresivos recogidos en el DSM-5

- **Trastorno depresivo debido a otra afección médica:** La alteración no se explica mejor por algún padecimiento o trastorno mental. Sub tipos: con características depresivas, con episodio de tipo de depresión mayor, y con características mixtas.
- **Otro trastorno depresivo especificado:** En esta categoría son incluidas las situaciones en las cuales los síntomas que presenta el individuo no cumplen con todos los criterios descriptivos de los trastornos antes comentados. Sin embargo sigue teniendo alguno (no todos) los síntomas de algún trastorno depresivo.
- **Trastorno depresivo no especificado:** Se hace uso de esta categorización cuando el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios descriptivos de los trastornos antes mencionados. Posiblemente por falta de información para hacer un diagnóstico más certero

PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN

- Entre el 8% y el 15% de las personas sufrirán depresión a lo largo de su vida.
- El riesgo de padecer al menos un episodio grave es el doble en mujeres que en hombres.
- La depresión afecta en España al 4-5% de la población y el riesgo de padecer al menos un episodio grave a lo largo de la vida es mayor en mujeres que en hombres, en una proporción de casi el doble (16,5% vs 8,9%).
- Según datos recogidos en la '**Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud**', España es el país europeo con la tasa más alta de síntomas depresivos en población de edad avanzada.
- En la actualidad es una de las tres primeras causas de discapacidad en mundo, pero en 2030, según estimaciones de la Organización Mundial de Salud (OMS), se convertirá en la primera causa.

CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN

- Mayor riesgo de desarrollar **enfermedades cardiovasculares** (accidente cerebrovascular e infarto agudo de miocardio), **diabetes, otros trastornos psiquiátricos y ser consumidor de drogas.**
- **Riesgo de suicidio** 21 veces superior a la población general. La tasa de prevalencia del suicidio en España está en el entorno del 6,5-7 por 100.000 habitantes. Esto significa cerca de 10 muertes por suicidio cada día, la primera causa de muerte no natural.

Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en la C.A. de Euskadi por sexo y edad (%). 2002-2013

Síguenos en  

	2002	2007	2013
Hombres			
15-24	8,4	7,5	10,0
25-44	10,1	8,9	13,9
45-64	13,5	12,3	16,8
65-74	11,7	9,9	14,9
>=75	18,0	16,8	23,9
Mujeres			
15-24	14,4	15,9	18,4
25-44	15,3	16,2	21,5
45-64	18,7	21,7	23,1
65-74	20,2	23,4	29,7
>=75	22,2	27,5	32,7

Fecha 3 de Diciembre de 2013

Fuente: Gobierno Vasco. Departamento de Salud. Encuesta de salud

Comorbilidad entre trastornos de ansiedad y depresión

- Trastornos de **pánico, fobia social, ansiedad generalizada, y de estrés post-traumáticos** son concomitantes con **trastornos de depresión mayor** entre el 50 y el 60% de pacientes (Kessler y col., 1996; Fava y col., 2000).
- Los trastornos de ansiedad raramente se presentan aisladamente, **más del 90% de los individuos con trastornos de ansiedad tienen en su historial otros problemas psiquiátricos.**
- **El estrés**, como factor inespecífico presente en toda patología de ansiedad y en gran parte de la afectiva, explicaría la elevada comorbilidad entre estas dos patologías

ASPECTOS METODOLÓGICOS

LIMITACIONES METODOLÓGICAS

- La mayoría de los estudios que han sido incluidos en las revisiones sistemáticas reclutan a **los participantes** desde **fuera de los servicios de salud**, por lo que es difícil evaluar si la prescripción de ejercicio físico en un entorno clínico (es decir, cuando un profesional de la salud hizo un diagnóstico de la depresión) es eficaz (Krogh 2011).
- Cuando se seleccionan únicamente **los estudios** en los que los participantes se incluyeron **con un diagnóstico clínico de depresión**, **no se encuentran pruebas de un efecto significativo del ejercicio** en estos ensayos. Por ello NICE concluye que no hay pruebas suficientes. Por lo tanto, mientras que las directrices publicadas recomiendan el ejercicio para la depresión, NICE recomienda que se realice una evaluación adicional para comprobar y comprender los efectos del ejercicio físico sobre la depresión.

LIMITACIONES METODOLÓGICAS

- Diseños de grupos vs. diseños de casos n=1.
- Naturaleza subjetiva de los instrumentos de autoinforme.
- Criterios de clasificación de los pacientes según los distintos estadios de la enfermedad y teniendo en cuenta la comorbilidad.

LIMITACIONES METODOLÓGICAS

- Los estudios de observación han demostrado **que la depresión está asociada con bajos niveles de actividad física** (Smith 2013). Sin embargo una asociación entre dos variables no implica necesariamente causalidad.

Hay razones y **mecanismos moduladores** por qué la actividad física y el ejercicio puede mejorar el estado de ánimo, ej.:

- ✓ El ejercicio puede facilitar la desviación y el control de pensamientos negativos.
- ✓ El dominio de una nueva habilidad puede contribuir a la mejora de otras variables psicológicas implicadas en los mecanismos de la depresión, como la autoestima.
- ✓ El contacto social puede ser parte del mecanismo.
- ✓ La actividad física puede tener efectos fisiológicos tales como los cambios en endorfinas y niveles de monoamina, o reducción de los niveles de la hormona del estrés cortisol.

El meta-análisis de Rethorst (2009) llegó a la conclusión de que el ejercicio es eficaz como tratamiento para la depresión, pero sugirió que más resultados concluyentes son necesarios para que el ejercicio se convierta en una forma recomendada de tratamiento.

ACTIVIDAD FÍSICA Y ANSIEDAD

PUNTO DE PARTIDA ... INCUESTIONABLE

- La actividad física **puede ser** beneficiosa en el alivio de los desórdenes de ánimo y los estados de ansiedad (Bhui y Fletcher, 2000; y Ströhle, 2009).
- Desde 1984 el **Instituto Nacional Americano de Salud Mental** creó una **declaración consenso** del efecto de la actividad física y determinó que estaba asociada positivamente con la salud mental y el bienestar, que el ejercicio estaba **asociado** a una reducción de leve a moderada de la depresión y que el ejercicio tiene beneficios potenciales para todas las edades y para ambos sexos.

Meta-análisis acerca de las consecuencias sobre la ansiedad, cuando se aumentan la actividad a en adultos sanos (Conn, 2010)

- Participantes: adultos sin enfermedad mental, física o emocional y que los estudios elegidos implicaran hallazgos de intervenciones diseñadas para aumentar la actividad física realizada por adultos sanos sin desordenes de ansiedad.
- **Intervenciones** con las siguientes características son las **más eficaces para reducir la ansiedad en adultos sanos**:
 - ✓ ejercicio supervisado, en lugar de, ejercicio en casa
 - ✓ ejercicio físico de moderada o alta intensidad, en lugar de baja intensidad
 - ✓ y que los ejercicios de seguimiento se realicen en un gimnasio, en lugar de, en casa.

Efectos de una intervención mediante actividad física durante seis meses, con seis meses de seguimiento en la ansiedad física social (SPA) en personas mayores (Mcauley et al, 2002).

- **Resultados: reducción significativa de la SPA a los 12 meses.**
- **La disminución de la SPA con el tiempo está asociada significativamente con el aumento de la aptitud física y el aumento de la auto-eficacia, gracias a los ejercicios.**

Conexión entre la actividad física, la depresión, la ansiedad, y la enfermedad cardiovascular (Zoeller, 2007)

- Resultados: aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular asociado con la depresión y la ansiedad
- **La actividad física regular redujo los síntomas de la depresión y la ansiedad en los que ya sufrían de estos trastornos cardiovasculares.**
- La depresión y la ansiedad pueden aumentar el riesgo de enfermedad cardiovascular a través de diferentes mecanismos como la hipertensión, reducción de la función vascular, la disfunción del sistema nervioso autónomo, el aumento de la actividad plaquetaria y agregación.

ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPRESIÓN

EFECTIVIDAD DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN

- Amplia evidencia científica que muestra una **significativa asociación entre la práctica de ejercicio físico y la mejora de la depresión** (Exercise for depression Review, 2013 - The Cochrane Collaboration.).
- Incluso existen estudios que reflejan una **mayor efectividad del ejercicio físico** para la mejora de la depresión en comparación con el tratamiento farmacológico y la terapia psicológica.

EFECTIVIDAD DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS CON DEPRESIÓN

- Por ello la guía NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) para la depresión recomienda **programas de ejercicio físico estructurados y supervisados, tres veces a la semana (45 minutos a una hora), durante 10 a 14 semanas**, para la depresión leve a moderada (NICE 2009).

Qué tipo de ejercicio es eficaz en el tratamiento del desorden depresivo mayor de grado moderado a leve y la dosis de ejercicio relacionada con la reducción de los síntomas (Dunn et al, 2005)

- El ejercicio aeróbico a una dosis de gasto de 17.5 kcal/kg/sem. (es decir, equivalente a la recomendada por los organismos públicos) es efectivo para tratar el trastorno depresivo mayor en los grados leve y moderado. A dosis menores es equivalente al placebo. No se encontraron diferencias entre la realización durante 3 o 5 días/semana.

PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO EN ESPAÑA

Encuesta Europea de Salud en España 2014 (EESA- 2014)

- Tres de cada 10 personas de 15 y más años (31,0%) realizan ejercicio físico en su tiempo libre más de dos días a la semana.
- El 14,3% realiza ejercicio físico uno o dos días a la semana y el 54,7% no realiza ejercicio físico en su tiempo de ocio.
- Por sexo, cinco de cada 10 hombres y cuatro de cada 10 mujeres realizan ejercicio físico en su tiempo de ocio.
- En cuanto a la actividad física realizada durante los desplazamientos, ocho de cada 10 personas de 15 y más años declara caminar para desplazarse de un lugar a otro (80,6% de los hombres y 80,2% de las mujeres). Por su parte, uno de cada 10 utiliza la bicicleta (14,8% de los hombres y 5,8% de las mujeres).

ENFERMEDADES CRÓNICAS Y ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

- Los tratamientos de estas enfermedades y los síntomas que afectan a estos pacientes originan cambios de vida en los ámbitos físico, psicológico y social tanto para ellos como para su familia.
- Estos cambios implican grandes restricciones y adversidades, ante las cuales las personas ponen en marcha acciones para afrontarlas. Unos consiguen encontrar una vida más o menos satisfactoria mientras que otros se sumen en el pesimismo y el abandono.
- La presencia de ansiedad y depresión no es, por si misma, síntoma de trastorno mental alguno; lo que si puede ser anómalo es cuando su intensidad y duración es desproporcionada al estímulo que las desencadena.

PREVALENCIA Y DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS

- Las enfermedades reumáticas como la artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante o artritis psoriásica, cursan con **dolor crónico e incapacidad**.
- Los pacientes con estas enfermedades pueden sufrir alteraciones psicológicas por la incapacidad que causan.
- Los trastornos psicológicos como la ansiedad o la depresión son comunes entre los pacientes que sufren AR:
 - ✓ un 13,4% presentan diagnóstico de ansiedad y
 - ✓ un 41,5% de depresión.
- En la espondilitis anquilosante:
 - ✓ la ansiedad se presenta en un 25%
 - ✓ y la depresión en el 15–30%.

ENFERMEDADES CRÓNICAS Y ALTERACIONES DEL APARATO LOCOMOTOR

- Siendo éstos los factores limitantes más importantes de la capacidad funcional. **El ejercicio físico como herramienta para mejorar la salud** de estos pacientes en una doble dirección: mejorar la **capacidad funcional**; y establecer un **funcionamiento psicológico** protector de la depresión y la ansiedad.

- DENOMINADOR COMÚN: enfermedades inmunitarias inflamatorias crónicas y degenerativas que atacan al tejido conjuntivo (Sociedad Española de Reumatología).

ARTRITIS REUMATOIDE

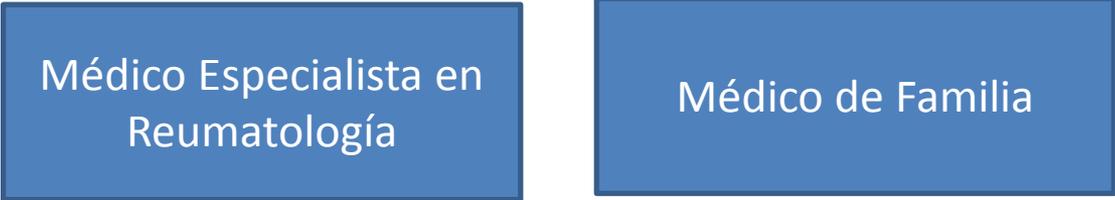
- La **inflamación** de la membrana sinovial es la responsable del **dolor**, de la **hinchazón** y de la sensación de **rigidez** principalmente por las mañanas.
- Las articulaciones más afectadas son las muñecas, los dedos de las manos y de los pies, los codos, los hombros, las caderas, las rodillas y los tobillos

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

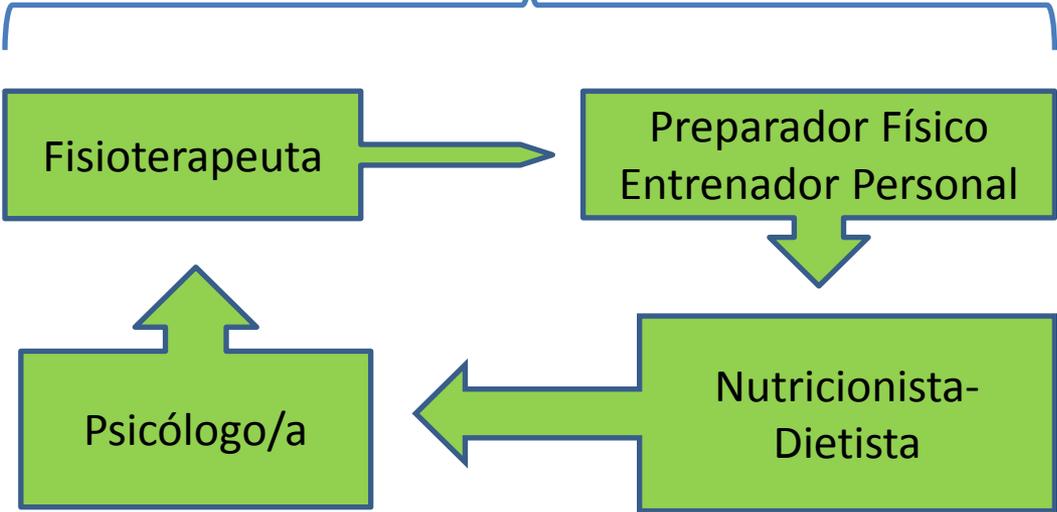
- **Inflamación** de la columna vertebral y de las sacroilíacas, pudiendo afectar a las articulaciones periféricas.
- **Dolor** lumbar, en la columna y en las articulaciones, **rigidez** vertebral, pérdida de movilidad y deformidad articular progresiva.
- Puede acompañarse de manifestaciones extraarticulares, como inflamación en los ojos o en las válvulas del corazón.

Prevalencia y Consecuencias

Enfermedad	CCAA	Afectados (%)	Mínimo (%)	Máximo (%)
Artritis reumatoide	Todas	205.766 (0.5)	78.125 (0.19)	333.046 (0.81)
Artrosis de la mano	Todas	2.549.245 (6.19)	2.138.078 (5.2)	2.960.413 (7.19)
Artrosis de la rodilla	Todas	4.258.725 (10.35)	3.732.585 (9.07)	4.782.469 (11.62)
Artrosis de rodilla, mano o columna	Todas	6.825.398 (16.59)	6.168.160 (14.99)	7.410.033 (18.01)
Cervicalgia	Todas	6.546.431 (15.91)	5.925.171 (14.4)	7.176.695 (17.44)
Fibromialgia	Todas	945.686 (2.3)	575.638 (1.4)	1.356.857 (3.3)
Lumbalgia	Todas	6.085.293 (14.79)	4.892.905 (11.89)	7.286.682 (17.71)
Lupus	Todas	73.435 (0.18)	0 (0)	175.236 (0.43)
Osteoporosis	Todas	1.397.973 (3.4)	1.069.038 (2.6)	1.726.912 (4.2)



INSTITUCIONES
Serv. Reumatol.
Asoc. (ARO)
Univ. Zarag.



ASESORES
Prof. Univer.
Prof. Sanit.

ESCENARIOS DE LA REHABILITACIÓN

- SESIONES PRESENCIALES GRUPALES
 - ✓ Aprendizaje y entrenamiento de la condición física: movilidad articular, tonificación, equilibrio y actividad aeróbica
 - ✓ Adquisición de conductas propias de un “estilo de vida saludable”: alimentación, descanso nocturno, ...
 - ✓ Aprendizaje y entrenamiento de habilidades psicológicas: control y manejo del dolor, autorregulación emocional, habilidades sociales, ...
 - ✓ Talleres específicos con los profesionales del equipo de ARPER.
- ESCENARIOS DE LA ACTIVIDAD DIARIA DEL PACIENTE
 - ✓ Protocolos y rutinas durante el día y la noche.
 - ✓ Tutorización por parte del “entrenador personal”.
 - ✓ Registros de evaluación.

CONTENIDOS DE TRABAJO PARA UN DESARROLLO EFICAZ DE LA REHABILITACIÓN DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Fuerza
muscular

Resistencia
aeróbica

Dolor

Anquilosamiento

Movilidad
articular

Cansancio

Equilibrio y
agilidad

Instrumentos: Autorregistro



Asociación para la Rehabilitación Permanente
de Enfermedades Reumáticas

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____



DÍA/SEM	FECHA	SUEÑO HORAS	SUEÑO CALIDAD	SIESTA	MEDICACIÓN	PESO	DOLOR MAÑANAS	ANQUILOSAMIENTO MAÑANAS	DOLOR MED_DÍA	ANQUILOSAMIENTO MED_DÍA	DOLOR NOCHE	ANQUILOSAMIENTO NOCHE
L												
M												
X												
J												
V												
S												
D												

DÍA/SEM	ZONAS DE DOLOR ANQUILOSAMIENTO	CANSANCIO	ESTADO ÁNIMO	ANSIEDAD	AGUA	RESPIRACIÓN	POSTURA	ESTIRAMIENTOS	ACTIVIDAD AERÓBICA	OTRAS ACTIVIDADES
L										
M										
X										
J										
V										
S										
D										

CONCLUSIONES

- El ejercicio regular parece ser eficaz en la prevención y en el tratamiento de la depresión y la ansiedad.
- Sin embargo, no en todos los estudios se encuentran evidencias significativas, por lo que la recomendación de los investigadores es que se deberían realizar más estudios para: determinar el tipo, la cantidad óptima o la intensidad del ejercicio; así como los mecanismos explicativos de esta relación.
- Actualmente es habitual la incorporación de la práctica de ejercicio físico como parte del tratamiento de la depresión y la ansiedad, por parte de psicólogos y psiquiatras y en la actualidad se trabaja sobre la posibilidad de permitir a los médicos de familia de prescribir ejercicio como parte del tratamiento de la depresión o la ansiedad (Exercise is Medicine in Spain <http://www.exerciseismedicine.org/>).

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. Washington DC: Author.
- Bhui K, Fletcher A. (2000). Common mood and anxiety states: gender differences in the protective effect of physical activity. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol,35, 35-28
- Conn VS. (2010). Anxiety Outcomes after Physical Activity Interventions: Meta-Analysis Findings. Nurs Res,59(3): 224–231.
- Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, McMurdo M, Mead GE. (2013). Exercise for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews, 9. Art. No.: CD004366. DOI: 10.1002/14651858.CD004366.pub6.
- Cuesta-Vargas, A.I. y Vertedor Corpas, C. (2016). Actividad física, ansiedad y depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis / Physical Activity, Anxiety and Depression in Hemodialysis Patients. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 16(61) pp. 99-110.
- Dunn AL, Trivedi MH, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO. (2005). Exercise Treatment for Depression: Efficacy and Dose Response. Am J Prev Med.,28(1), 1–8.
- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Doiz, M., Alonso, J., y el Grupo ESEeD-España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Medicina Clínica, 126, 445-451.
[Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista61/artactividad664.htm](http://cdeporte.rediris.es/revista/revista61/artactividad664.htm) DOI:
<http://dx.doi.org/10.15366/rimcafd2016.61.008>

REFERENCIAS

- Mcauley E, Marquez D. X, Jerome G. J, Blissmer B, Katula J. (2002). Physical activity and physique anxiety in older adults: fitness, and efficacy influences. *Aging & Mental Health*,6(3), 222–230.
- NICE National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). Depression: the treatment and management of depression in adults (update). <http://www.nice.org.uk/guidance/CG90>.
- Rodríguez Dorantes, José Miguel; Brocal-Pérez, David; Sánchez Mármol, Diego Javier; Herrera-Gutiérrez, Eva; (2012). Relación entre actividad física, depresión y ansiedad en adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 31-37.
- Ströhle A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *J Neural Transm* 116:777–784
- Zoeller RF. (2007). Physical Activity: Depression, Anxiety, Physical Activity, and Cardiovascular Disease: What's the Connection? *American Journal of Lifestyle Medicine*. 1: 175-180.