Aten Primaria. 2015;47(7):428–437

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap

ORIGINAL

Prevalencia de realización y prescripción de ejercicio físico en pacientes diagnosticados de ansiedad y depresión☆

Bibiana Iglesias Martínez[a,*], Inés Olaya Velázquez[b] y María José. Gómez Castro[c]

[a] *Centro de Salud de Sabugo, Avilés, España*
[b] *Centro de Salud de la Magdalena, Avilés, España*
[c] *Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Asturias, La Fresneda, España*

Recibido el 23 de junio de 2014; aceptado el 22 de octubre de 2014
Disponible en Internet el 12 de diciembre de 2014

PALABRAS CLAVE
Ejercicio físico;
Ansiedad;
Depresión

Resumen
Objetivo: Estimar la prevalencia de la práctica y la prescripción de ejercicio físico en pacientes diagnosticados de ansiedad y/o depresión.
Diseño: Descriptivo observacional transversal.
Emplazamiento: Centros de Salud de Sabugo y Magdalena de Avilés.
Participantes: Pacientes de 18-75 años diagnosticados de ansiedad y/o depresión consumidores de psicofármacos en los 3 meses previos a la realización del estudio. Se seleccionan 376 pacientes mediante muestreo aleatorizado simple estratificado por centro de salud, realizándoseles una encuesta telefónica.
Mediciones principales: Edad, sexo, realización de ejercicio físico, tipo y duración del mismo, diagnóstico de ansiedad y/o depresión, prescripción de ejercicio físico, personal sanitario prescriptor y consumo de psicofármacos.
Resultados: Participaron 294 (78,19% de los seleccionados) con una edad media de 55,33 años (55,32 ± 12,53 DE) y el 78,2% eran mujeres. El 60,9% estaban diagnosticados de ansiedad, el 59,5% de depresión y el 20,4% de ambas. El 62,9% consumían antidepresivos, el 76,9% benzodiazepinas y el 39,79% ambos tratamientos. El 58,8% (IC 95%: 52,70-64,31) realizaban ejercicio físico de los cuales el 44,77% lo hacía entre 3-5 veces/semana. La duración media fue de 1,24 h cada vez (IC 95%: 0,53-1,96). Al 59,18% (IC 95%: 53,39-64,97) se le prescribió la realización de ejercicio físico (90,23% médico y 63,22% enfermera de atención primaria, 17,24% psiquiatra y 5,17% psicólogo). La adherencia a la prescripción fue del 59,77% (IC 95%: 52,20-67,34).

☆ El trabajo fue presentado como comunicación en el XXXIII Congreso Nacional de la semFYC celebrado en Granada entre los días 6, 7 y 8 de junio de 2013; asimismo fue galardonado con el primer premio de la SAMFYC en las Jornadas de Atención Primaria y el XXI Encuentro Regional de Residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias.

* Autora para correspondencia.
Correo electrónico: bibi_im@hotmail.com (B. Iglesias Martínez).

http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.003
0212-6567/© 2014 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Conclusiones: El porcentaje de pacientes ansiosos y/o deprimidos que realizan ejercicio físico es similar al de la población general aunque debería ser mayor. La prescripción de ejercicio físico por parte del personal sanitario es insuficiente.
© 2014 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

KEYWORDS
Physical exercise;
Anxiety;
Depression

Prevalence of performing and prescribing physical exercise in patients diagnosed with anxiety and depression

Abstract
Objective: To estimate the prevalence of physical exercise practice in patients diagnosed with anxiety and/or depression.
Design: Cross-sectional, observational study.
Location: Sabugo and la Magdalena primary care centers in Avilés.
Participants: Patients aged 18 to 75 years diagnosed with anxiety and/or depression, consumers of psychoactive drugs in the three months previous to the realization of the study. We selected 376 patients by simple random sampling stratified by health center, making them a telephone survey.
Main measurements: Age, sex, physical exercise realization, type and duration of exercise, diagnosis of anxiety and/or depression, exercise prescription, prescriber health personnel and use of psychotropic medication.
Results: 294 participants (78.19% of selected) with a mean age of 55.33 years (55.32 ± 12.53 SD) and 78.2% were female. 60.9% were diagnosed with anxiety, 59.5% with depression and 20.4% both diagnoses. 62.9% used antidepressants, benzodiazepines 76.9% and 39.79% both treatments. 58.5% (95%CI: 52.70-64.31) performed exercise of which 44.77% did it 3-5 times/week. The mean duration was 1.24 h each time (95%CI: 0.53-1.96). The physical exercise was prescribed to the 59.18% (95%CI: 53.39-64.97); 90.23% by the family physician, 63.22% primary care nurse, 17.24% psychiatrist and 5.17% psychologist. The adherence to the prescription was 59.77% (95%CI: 52.20-67.34).
Conclusions: The percentage of anxious and/or depressed patients who practiced exercise is similar to the general population but should be higher. The exercise prescription by health personnel is insufficient.
© 2014 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas[1]. Se calcula que en España el 67,5% de la población consulta en algún momento de su vida por un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo[2]. En un estudio realizado en Asturias el 37,9% de los pacientes que acudían a consultas de atención primaria consumían psicofármacos[3].

Los beneficios de la práctica de ejercicio físico (EF) en la ansiedad y depresión han sido ampliamente estudiados. Existen numerosos metaanálisis que avalan el efecto beneficioso del EF en la ansiedad y la depresión, tanto en población adulta[4,5] como en ancianos[6]. Guías clínicas como NICE[7] o guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo[8] incluyen el EF como parte importante del tratamiento de la ansiedad y la depresión.

En España, aproximadamente el 42% de los ciudadanos no realiza EF [9]. En la Encuesta de Salud para Asturias del año 2008 el 37% de los encuestados manifestaron no realizar EF en su tiempo libre[10]. No hemos encontrado ningún estudio que mida la prevalencia de realización de EF en pacientes diagnosticados de ansiedad y depresión, ni tampoco la frecuencia con la que los distintos profesionales lo recomiendan.

El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de realización de EF en pacientes con ansiedad y depresión y los factores que se relacionan con la realización o no del mismo, así como la frecuencia con que lo prescriben los profesionales sanitarios y el grado de adherencia que los pacientes presentan a estas recomendaciones.

Material y métodos

Diseño: estudio descriptivo, observacional, transversal.

Se llevó a cabo en los centros de Salud de Sabugo y la Magdalena, de Avilés, 2 centros urbanos del área sanitaria III de Asturias que atienden a 17.128 y 19.997 habitantes respectivamente.

Criterios de inclusión: pacientes entre 18 y 75 años con diagnóstico de ansiedad y/o depresión y con prescripción de psicofármacos en los 3 meses previos a su inclusión en el estudio.

Criterios de exclusión: embarazadas, pacientes con limitaciones sensoriales que imposibiliten la comunicación, en los que no se conocen los antecedentes, que no den su consentimiento a participar en el estudio, diagnosticados de patologías que limiten la realización de EF a juicio del investigador/encuestador (trastornos mentales, enfermedades

neurológicas, respiratorias, circulatorias, renales, hepáticas, neoplásicas, osteomusculares, obesidad mórbida).

Mecanismo de selección: el tamaño de población que cumplía los criterios de inclusión fue de un total de 3.488 pacientes, siendo 1.617 del centro de salud de Sabugo y 1.871 de La Magdalena. Para una prevalencia esperada del 62%[10] con un 95% de nivel de confianza y un 5% de precisión el tamaño muestral necesario era de 327 pacientes, que esperando un 15% de pérdidas asciende a 376. Se obtiene mediante muestreo aleatorizado simple estratificado proporcionado, resultando el 46% (175 pacientes) de Sabugo y el 54% (201 pacientes) de La Magdalena.

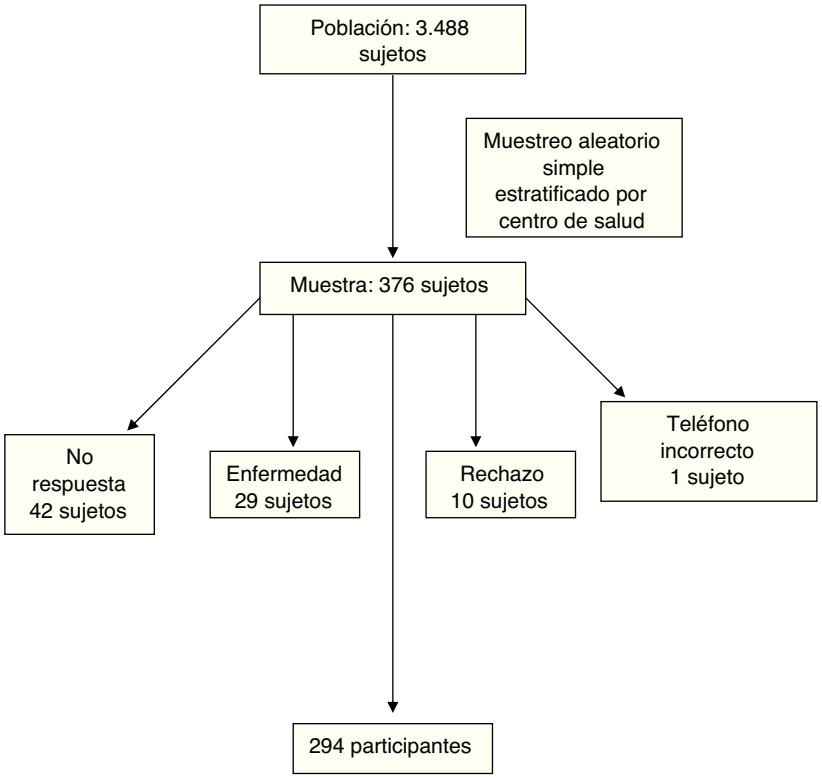
Se solicitó a los pacientes su consentimiento para participar en el estudio.

Fuentes de información: Programa informático OMI® para obtener la lista de pacientes que entran en el estudio y consulta de historial médico y farmacológico. Entrevista telefónica con los pacientes realizada entre octubre de 2012 y enero de 2013 (anexo 1).

Definición de las variables: edad y sexo. Peso: normopeso (índice de masa corporal [IMC]: 18,5-24,9); sobrepeso (IMC: 25-29.9); obesidad (IMC $\geq$ 30). Comorbilidades: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, osteomusculares. Diagnóstico de ansiedad y/o depresión y tiempo de evolución del mismo medido en años (en el caso de que el paciente padeciera ambos trastornos, se tuvo en cuenta el de mayor tiempo de evolución). Tratamiento psicofarmacológico: antidepresivos (grupo N06A de la ATC) y benzodiazepinas (grupo N05BA de la ATC). Profesional que realiza el seguimiento: médico de familia (MF), psiquiatra o ambos. Realización de EF definido como: el paciente realiza EF aeróbico en su tiempo libre por lo menos una hora a la semana de forma habitual. Tipo de EF: pasear, footing, fútbol, gimnasia, aeróbic, ciclismo, natación, pádel y montañismo. Intensidad del EF, ligera: pasear (se incluyen pacientes que solo realizan este tipo de actividad); moderada: aeróbic, pádel, gimnasia, footing y natación (se incluyen pacientes que realizan al menos una actividad moderada o una moderada y una ligera); intensa: fútbol, ciclismo y montañismo (se incluyen pacientes que realizan al menos un actividad intensa o una intensa y una ligera o moderada)[10]. Duración del EF: tiempo en horas que dedica a la realización de cada tipo de EF. Frecuencia: número de veces que practica EF a la semana. Sobre la prescripción de EF: el profesional que la realizaba (MF, enfermero, psiquiatra o psicólogo), el tipo de ejercicio prescrito y la duración recomendada. Adherencia: definida como la realización del EF prescrito.

Análisis de los datos: se evaluó la asociación entre variables cualitativas con el test de χ^2. Se estimó la odds ratio junto a su intervalo de confianza al 95% según el método de Cornfield.

Se realizó un análisis de regresión logística binaria para comprobar qué variables se asociaron de forma independiente con la realización de EF (variable dependiente). Se seleccionaron aquellas variables que eran clínicamente relevantes. Se utilizó el método introducir para ajustar el modelo. Se presentan las «odds ratios» ajustadas junto a sus intervalos de confianza al 95%. Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$. El paquete informático utilizado para el análisis fue el SPSS 12.0.



Esquema general del estudio: Estudio descriptivo mediante encuesta para conocer la prevalencia de prescripción y realización de ejercicio físico en pacientes diagnosticados de ansiedad y/o depresión.

Tabla 1 Descripción de la muestra

Datos generales		IC 95%
Edad (años)	Media: 55,3 años Rango: 23-75	53,9-56,7
Tiempo medio de evolución enfermedad (años)	Media: 4,9 años Rango: 0,15-15,9	4,5-5,3
Mujeres	78,2%	73,3-83,1
Ansiedad	40,5%	33,7-46,3
Depresión	39,1%	33,4-44,9
Ansiedad y depresión	20,4%	15,6-25,2
Hipertensión arterial	32,3%	26,8-37,8
Diabetes mellitus	10,5%	6,9-14,2
Dislipemia	29,95%	24,5-35,4
Enfermedad cardiovascular	6,5%	3,5-9,4
Enfermedad respiratoria	11,6%	7,7-15,4
Enfermedad osteomuscular	40,5%	34,7-46,3
Obesidad	23,5%	18,5-28,5
Consumo de ISRS	47,3%	41,4-53,2
Consumo de tricíclicos	2%	0,3-3,8
Consumo de IMAO	0,7%	0,1-2,4
Consumo de IRSN	7,8%	4,6-11,1
Consumo de otros antidepresivos	16,7%	12,3-21,1
Consumo de benzodiazepinas	76,9%	71,9-81,9
Activo	35,4%	29,7-41,0
Desempleado	9,9%	6,3-3,4
Jubilado	22,8%	17,8-27,8
Ama de casa	32%	26,5-37,5

Resultados

Completaron la encuesta 294 sujetos, lo que supuso una participación del 78,19%. La edad media en el momento de inclusión en el estudio fue de 55,33 años (55,32 ± 12,53 DE). El 60,9% tenían el diagnóstico de ansiedad; el 59,5% de depresión y el 20,4% ambas. El 76,9% consumían benzodiazepinas, el 62,9% antidepresivos y el 39,8% ambos. El 79,6% (IC 95%: 74,81-84,37) de los participantes eran seguidos por el médico de Atención Primaria (MAP) y conjuntamente por éste y el psiquiatra el 20,4% (IC 95%: 15,63-25,18).

De todos los participantes, el 66,7% (IC 95%: 61,11-72,23) presentaron al menos una comorbilidad. En la tabla 1 se resumen las características generales de la muestra. El 58,8% (IC 95%: 53,01-64,64) realizaban EF en su tiempo libre; el tipo de actividad se describe en la tabla 2. El 44,77% hacían EF entre 3 y 5 veces a la semana. El tiempo total medio dedicado a la semana a la realización de cualquier tipo de actividad fue de 5,84 h (IC 95%: 1,87-9,8) y cada vez que los pacientes realizaban ejercicio, de 1,24 h (IC 95%: 0,53-1,96). La intensidad, frecuencia y tiempo de dedicación se pueden ver en la tabla 3.

Se les prescribió la realización de EF al 59,2% (IC 95%: 53,39-64,97) de todos los participantes. Al 90,2% de ellos lo hizo el MAP, al 63,2% el enfermero de Atención Primaria, al 17,2% el psiquiatra y al 5,2% el psicólogo. De los pacientes que eran seguidos conjuntamente por el MAP y el psiquiatra, al 46,7% les prescribió EF el psiquiatra y al 13,3% el psicólogo. Se prescribió un tipo de EF concreto al 77,6% de los pacientes (IC 95%: 71,1-84,1). El tipo de ejercido más frecuentemente prescrito fue caminar (70,7%), seguido de natación (5,2%). El tiempo de realización de EF fue prescrito al 15,5% (IC 95%: 9,8-21,2) de los pacientes a los que se les recomendó ejercicio. En todos los casos el tiempo prescrito correspondía a la actividad de caminar, y en uno de los casos se recomendó, además de caminar, natación. Los prescriptores del tiempo de realización de EF fueron en el 96,3% de los casos el MAP, en el 55,6% el enfermero de atención primaria y en el 7,4% el psiquiatra.

Tabla 2 Tipo de actividad física y personas que la realizan

Actividad	Personas que la realizan	
	Porcentaje (%)	Frecuencia
Pasear	84,4	146
Footing	6,9	12
Fútbol	2,3	4
Aeróbic	5,2	9
Gimnasia	14,5	25
Bicicleta	4	7
Natación	1,7	3
Pádel	1,2	2
Montañismo	1,2	2

La adherencia a las recomendaciones de realización de EF fue del 59,8% (IC 95%: 52,2-67,3). Entre las personas a las que no se les prescribió ejercicio, lo realizaban el 57,5% (IC 95%: 48,2-66,8). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la realización de EF con relación a la prescripción (OR: 1,09 [IC 95%: 0,69-1,76]).

El análisis bivariante no reflejó relación entre la realización de EF y sexo, diagnóstico de ansiedad o depresión, nivel de estudios, convivencia, tipo de actividad laboral, horas o turno de trabajo o tiempo de evolución de la enfermedad.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad de los pacientes que hacían EF siendo el grupo de edad que hacía más ejercicio los mayores de 65 (tabla 4). Asimismo la realización de EF era más frecuente en los que solo eran seguidos por el MAP (63,70% [IC 95%: 56,0-69,6%]) que en los que también eran seguidos en el centro de salud mental (40% [IC 95%: 26,8-53,2%]) con una $p = 0{,}001$.

En la regresión logística binaria realizada se incluyeron edad, sexo, obesidad, comorbilidad, prescripción de EF y profesional que realiza el seguimiento. El modelo fue estadísticamente significativo $\chi^2 = 38{,}42$; $p < 0{,}001$. El modelo explica el 16,8% de la varianza en la realización de EF (R2 de Nagelkerke).

De las variables predictoras, se mantuvieron una vez ajustadas estadísticamente significativas la edad, la obesidad y el profesional que realiza el seguimiento (tabla 5).

Discusión

La prevalencia de realización de EF (58,8%) obtenida en este estudio y la de la población general de la Encuesta de

Tabla 3 Frecuencia y tiempo de realización de ejercicio físico clasificados por intensidad

Intensidad del ejercicio	Pacientes		Frecuencia (número veces/semana)			Tiempo (minutos)		
	Frecuencia	%	< 3	3-5	> 5	≤ 30	31-60	≥ 61
Ligera	124	71,70	8,90	43,20	47,90	10,30	67,70	22
Moderada	36	20,80	43,90	44,40	11,70	10,10	85,40	4,50
Intensa	13	7,50	53,80	38,50	7,70	15,40	53,80	30,80

Tabla 4 Prevalencia de realización de ejercicio físico y factores asociados

	Realización ejercicio físico (%)	Valor p
Sexo		
Hombre	56,30	0,64
Mujer	59,70	
Edad		
Menor de 45 años	45,80	0,01
Entre 45-65 años	58,20	
Mayor de 65 años	71,60	
Peso		
Normopeso	65,50	0,06
Sobrepeso	58,20	
Obesidad	47,80	
Profesional que realiza seguimiento		
Solo médico de familia	63,70	< 0,001
Médico de familia y psiquiatra	40,00	

Salud para Asturias del año 2008[10] (61,4%) son similares. No hemos encontrado ningún estudio en los pacientes diagnosticados de ansiedad y depresión, sin embargo, cabría esperar un porcentaje mayor que en población general, ya que se recomienda en todos los casos la realización de EF.

La prevalencia de ansiedad y depresión es más alta en el sexo femenino[11], y como consecuencia de ello, la muestra está formada por mayor proporción de mujeres que de hombres. Todos los participantes acudían a revisiones por ansiedad y/o depresión al MF y ninguno exclusivamente al psiquiatra.

El porcentaje de obesos en población general en Asturias entre los años 2011-2012 fue del 9,57%[12]. Entre los 18 y los 75 años, este porcentaje se reduce al 6,66%, lo que contrasta de manera llamativa con el dato del 23,5% de participantes obesos de nuestro estudio. Para determinar si este dato se relaciona con síntomas de la enfermedad o efectos secundarios de la medicación son necesarios otros tipos de estudios.

La actividad que más realizaron fue pasear, con una diferencia notable en comparación con las demás; y en cuanto a la intensidad del ejercicio realizado, lo más frecuente es que los pacientes realicen un tipo de actividad ligera, seguida de moderada y por último de intensa, resultados muy similares a los obtenidos en la Encuesta de Salud para Asturias de 2008. La media del número total de veces a la semana que nuestros pacientes realizan EF, es similar a las recomendaciones de los consensos sobre la realización de EF en ansiedad y depresión[13]. La duración media de cada actividad estaba por encima de las recomendaciones, incluso llegando a duplicarlas.

La cifra obtenida de prescripción de EF fue del 59,2%, lo que nos parece un porcentaje bajo ya que debería haberse prescrito la realización de ejercicio a todos los pacientes del estudio. Es importante destacar que de cada 10 participantes a los que se les prescribió EF a 9 se lo recomendó su MF. El MF fue el profesional sanitario que mejor tasa de prescripción tuvo, aunque se debería tener en cuenta que todos los pacientes hacían seguimiento en el MF (probablemente la captación de pacientes en atención primaria facilitaba esta circunstancia); sin embargo, es probable que no todos fuesen supervisados por el enfermero y que, de los que iban al centro de salud mental, no todos acudiesen conjuntamente al psicólogo y al psiquiatra. La situación contraria presenta el psicólogo, lo que quizás sea debido a que es el profesional que menor número de pacientes sigue. Tampoco se investigó el motivo de prescripción de EF por parte del profesional sanitario, por lo que es posible que fuese para otras indicaciones, dado que un alto porcentaje de pacientes presentaba comorbilidades.

Casi a 8 de cada 10 pacientes a los que se les recomendó la realización de EF se les dijo qué tipo de ejercicio concreto deberían hacer. Aunque consideramos que se les debería haber prescrito un tipo de ejercicio a todos, esta cifra nos parece aceptable. De cada 10 pacientes a los que se les prescribió la realización de EF, solo a 2 se les indicó un tiempo determinado de duración de la actividad, lo que nos parece claramente insuficiente. Como ocurría con la prescripción de EF, el MF fue el profesional que prescribió un tiempo concreto de realización de EF a un mayor número de pacientes.

Cerca de 6 de cada 10 pacientes a los que se les había recomendado la realización de EF, lo realizaban. Sin embargo, esta cifra es similar a los que hacían EF sin habérselo prescrito. Al medir a la vez las variables prescripción de EF y realización del mismo no se ha podido establecer una relación causa-efecto entre ellas. Para poder obtener estos resultados sería necesario realizar otros estudios.

Se encontró una asociación positiva entre la edad de los pacientes y la realización de EF, de tal forma que al aumentar la edad de los pacientes se incrementaba el porcentaje de realización de EF, lo cual es congruente con que la actividad de pasear sea la más frecuente. Otro factor asociado a la realización de ejercicio físico fue el IMC, con una asociación negativa; es decir, a medida que aumentaba el IMC disminuía la realización de ejercicio[14]. También se detectaron diferencias respecto al profesional que realiza el seguimiento del paciente, encontrando que los pacientes que eran seguidos

Tabla 5 Resultados de la regresión logística binaria analizando qué variables se asociaron de forma independiente con la realización de ejercicio

	OR	IC 95%	Valor p
Sexo			
Hombre	1	-	-
Mujer	0,97	0,967-2,515	0,92
Edad			
Menor de 45 años	1		-
Entre 45-65 años	1,82	1,33-3,79	0,031
Mayor de 65 años	2,91	1,79-4,86	0,010
Peso			
Normopeso	1	-	-
Sobrepeso	0,466	0,245-0,887	0,020
Obesidad	0,253	0,120-0,533	<0,001
Comorbilidad			
Sin comorbilidad	1	-	-
Con comorbilidad	1,39	0,25-2,57	0,078
Prescripción ejercicio físico			
Sin prescripción EF	1	-	-
EF prescrito	1,29	0,73-2,28	0,383
Profesional que realiza el seguimiento			
Solo por MF	1	-	-
MF y psiquiatra	0,41	0,22-0,77	0,005

solo por el MF hacían más ejercicio que los que eran seguidos conjuntamente por el MF y el psiquiatra.

Según los resultados de este estudio, el patrón de persona ansiosa y/o deprimida que hace EF es una mujer de edad avanzada, con sobrepeso, con comorbilidades, seguida por su MF y que realiza una actividad física de intensidad ligera, con una media 6 veces por semana y con una duración de 60 min cada vez.

Algunas limitaciones del trabajo son: sesgos de información y de memoria al ser una encuesta telefónica, sesgo de selección por tener que rechazar o incluir a pacientes con limitaciones para realizar el ejercicio físico, que no se estratificó a los pacientes por gravedad ni por tiempo de evolución del diagnóstico de ansiedad y depresión, y que no se controló el motivo de prescripción de EF por parte del personal sanitario a los pacientes. Asimismo, no se han recogido otros factores que pueden influir en la realización de ejercicio por lo que las asociaciones encontradas podrían ser debidas al azar.Como conclusiones podríamos decir que:

El porcentaje de pacientes ansiosos y/o deprimidos que realizan EF es similar al de la población general aunque debería ser mayor.

La frecuencia de realización de EF y el tiempo dedicado a cada actividad son adecuados, mientras que el grado de intensidad del ejercicio realizado es bajo, según las recomendaciones de los consensos[13].

La prescripción de EF por parte de los profesionales es baja.

La adherencia a las recomendaciones de la práctica de EF no parece afectarse por la prescripción, ya que el porcentaje de pacientes que realizaba EF habiéndosele recomendado era similar al de los pacientes a los que no se les había recomendado.

Lo conocido sobre el tema

- La ansiedad y la depresión tienen gran importancia no solo por su alta prevalencia, sino también por las repercusiones negativas que producen en la vida de los pacientes y en la sociedad.
- El ejercicio físico aporta numerosos beneficios en el tratamiento de la ansiedad y la depresión.
- En nuestro medio un porcentaje importante de la población general no realiza ejercicio físico.

Qué aporta este estudio

- El porcentaje de pacientes ansiosos y/o deprimidos que realizan ejercicio físico es similar al de la población general.
- La prescripción de ejercicio físico por parte del personal sanitario es insuficiente.
- La adherencia a las recomendaciones de realización de ejercicio físico es insuficiente.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Queremos agradecer a todas estas personas su colaboración en la realización de este trabajo: José Flórez García, Agustín Sánchez Hernández, Luis Sánchez Álvarez, José Ignacio Rodríguez-Arias Palomo y Gracia Modroño.

Anexo 1. Hoja de recogida de datos

Hoja de recogida de datos

PREVALENCIA DE REALIZACIÓN Y PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Número de registro:
Número de Historia clínica (OMI):

Fecha de inclusión en el estudio: ...../...../.....

1. Centro de Salud (OMI):
- □ C.S Sabugo
- □ C.S de la Magdalena

2. Fecha de nacimiento (OMI): ..../...../...../.....

3. Edad: .....

4. Sexo (OMI):
- □ Varón
- □ Mujer

5. Fecha de diagnóstico de Ansiedad/Depresión (OMI): ...../...../.....

6. Tiempo de evolución del trastorno (días): ....

7. IT por Ansiedad/Depresión (OMI):
- □ Sí
- □ No

8. Diagnóstico de Trastorno de Ansiedad (OMI):
- □ Sí
- □ No

9. Diagnóstico de Trastorno Depresivo (OMI):
- □ Sí
- □ No

10. Tipo de psicofármaco prescrito en los últimos 3 meses (OMI):

ISRS	Sí □	No □
ATD	Sí □	No □
IMAO	Sí □	No □
IRSN	Sí □	No □
Benzodiacepinas	Sí □	No □
Otros:		

11. ¿Quién le sigue su tratamiento actual? (cuestionario)
- □ Médico de Atención Primaria
- □ Centro de Salud Mental
- □ Ambos

12. Comorbilades (OMI):

HTA	Sí □	No □
DM	Sí □	No □
DLP	Si□	No □
Enfermedad Cardiovascular	Sí □	No □
Enfermedades Respiratorias	Sí □	No □
Enfermedades Osteomusculares	Sí □	No □

13. ¿Cual es su nivel de estudios? (cuestionario)

□ Sin estudios
□ Estudios primarios
□ Estudios secundarios
□ Estudios superiores

14. ¿Con quien convive usted? (cuestionario)

□ Solo
□ En pareja
□ Padres
□ Hijos
□ Suegros
□ Hermanos
□ Otros:

15. ¿Cuál es su situación laboral actual? (Cuestionario)

□ Activo
□ Desempleado (pasar a pregunta número 19)
□ Jubilado (pasar a pregunta número 19)
□ Ama de casa

16. Elija cual de las siguientes afirmaciones se ajusta a la actividad física que realiza durante su jornada laboral (cuestionario):

□ Sentado/a la mayor parte de la jornada
□ De pie la mayor parte de la jornada sin mayores esfuerzos
□ Caminando, llevando algún peso o con desplazamientos frecuente
□ Realizando trabajo pesado, con tareas que requieren gran esfuerzo

17. ¿Cuántas horas trabaja a la semana "remunerado"? (cuestionario)
.....

18. ¿Cuál es su turno de trabajo? (cuestionario)

□ Mañana
□ Tarde
□ Mañana y tarde
□ Noche
□ Alternante

19. ¿ Tiene personas dependientes a su cargo? (cuestionario)

□ Sí
□ No

20. Habitualmente, ¿realiza ejercicio físico en su tiempo libre?

□ Sí
□ No (pasar a la pregunta número 23)

21. ¿Cuántos días a la semana y horas dedica a la actividad física en su tiempo libre? (Última semana)

Actividad	Número de veces	Tiempo medio (minutos)/ cada vez
Pasear		
Andar a paso ligero		
Footing		
Fútbol		
Baloncesto		
Gimnasia		
Aeróbic		
Ciclismo		
Natación		
Tenis		
Squash		
Pádel		
Montañismo		
Senderismo		
Otros (especificar)		

22. ¿En qué lugar hace ejercicio físico? (cuestionario)

- □ Ninguno
- □ Público
- □ Privado
- □ Ambos

23. ¿Alguno de estos profesionales sanitarios le recomendó la realización de ejercicio físico? (cuestionario)

Médico de Atención Primaria Sí □ No □ (Pasar a pregunta número 25)
Enfermero de Atención Primaria Sí □ No □ (Pasar a pregunta número 25)
Psiquiatra de Centro de Salud Sí □ No □ (Pasar a pregunta número 25)
Psicólogo de Atención Primaria Sí □ No □ (Pasar a pregunta número 25)

24. ¿Qué ejercicio físico se le prescribió? (cuestionario)

- □ Cualquiera
- □ Natación Minutos: .....
- □ Caminar Minutos: .....
- □ Baloncesto Minutos: .....
- □ Tenis Minutos: .....
- □ Correr Minutos: .....
- □ Otros: ..... Minutos: .....
- □ Otros: ..... Minutos: .....
- □ Otros: ..... Minutos: .....

25. ¿Tiene algún polideportivo municipal cerca de su domicilio habitual? (cuestionario)

- □ Sí
- □ No

26. Peso: ..... (Kg) OMI o entrevista con el paciente

27. Talla: ..... (cm) OMI o entrevista con el paciente

Bibliografía

1. World Health Organization. Depression. Geneva: WHO; 2007.
2. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha T, Angermeyer M, Haro J, Sevilla-Dedieu C, et al. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. Psychiatr Serv. 2007;58:213–20.
3. Secades R, Rodriguez-García E, Valderrey J, Fernández-Hermida J, Vallejo G, Jiménez-García J. El consumo de psicofármacos en pacientes que acuden a atención primaria en el Principado de Asturias (España). Psicothema (Oviedo). 2003;15:650–5.
4. Wipfli BM, Rethorst CD, Landers DM. The anxiolytic effects of exercise: A meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis. J Sport Exerc Psychol. 2008;30:392–410.
5. Rethorst CD, Trivedi MH. Evidence-based recommendations for the prescription of exercise for major depressive disorder. J Psychiatr Pract. 2013;19:204–12.
6. Netz Y, Wu MJ, Becker BJ, Tenenbaum G. Physical activity and psychological well-being in advanced age: A meta-analysis of intervention studies. Psychol Aging. 2005;20:272–84.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Depression: Management of depression in primary and secondary care:

National Clinical Practice Guideline. London: NICE; 2004. NICE guidance number 23.
8. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2006/06.
9. World Health Organization [sede Web]. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010 [acceso 15 Dic 2012]. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/index.html
10. Gobierno del Principado de Asturias. II Encuesta de Salud para Asturias, año 2008. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2008.
11. Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc). 2006;126:445–51.
12. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 [base de datos en Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2012 [acceso 25 Mar 2013]. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t15/p419/a2011/p07/l0/&file=07025.px
13. Physical Activity Guidelines Advisory Committee report, 2008. To the Secretary of Health and Human Services. Parta A: Executive summary. Nutr Rev. 2009;67:114–20.
14. Richardson T, Elliott P, Roberts R. The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2013;33:1148–62.