

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN FISIOTERAPIA



UNIVERSITAS
Miguel Hernández



**Actividad física, resiliencia, calidad de vida y su relación con la ansiedad y el estado depresivo
en pacientes con dolor lumbar: un estudio observacional**

AUTOR: Díaz Faura, Anabel

TUTOR: Esteras Peña, Jesús

Departamento y Área: Dpto. Ciencias del Comportamiento y Salud. Área Psicología Básica

Curso académico 2025-2026

Convocatoria de junio

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVO GENERAL.....	10
HIPÓTESIS.....	11
MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
PARTICIPANTES.....	12
INSTRUMENTOS.....	13
PROCEDIMIENTO.....	14
RESULTADOS.....	16
DISCUSIÓN.....	18
CONCLUSIÓN.....	21
BIBLIOGRAFÍA.....	22
ANEXOS.....	26
FIGURAS.....	26
TABLAS.....	31
ESCALAS Y CUESTIONARIOS.....	38

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: el dolor lumbar es una patología frecuente que afecta a la calidad de vida de forma significativa. Puede generar limitaciones no solo físicas, sino también emocionales como depresión y ansiedad, las cuales pueden repercutir en el nivel de actividad física y en la percepción del dolor. En este contexto, la resiliencia juega un papel importante en el dolor y en el bienestar de la persona.

OBJETIVO: estudiar la relación que existe entre el dolor lumbar con el estado de ánimo deprimido, la ansiedad, el nivel de actividad física, calidad de vida y resiliencia, y observar las diferencias según el sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional en el cual se emplean cuestionarios para estudiar las variables sociodemográficas, síntomas depresivos y ansiedad (SA-45), el nivel de resiliencia (CD-RISC), actividad física, calidad de vida y dolor lumbar.

RESULTADOS: tras obtener una muestra con 113 participantes, se han observado relaciones significativas entre el estado de ánimo deprimido, la ansiedad, actividad física, resiliencia y el dolor lumbar.

CONCLUSIÓN: la presencia de síntomas de ansiedad y depresión se relaciona con mayor intensidad de dolor lumbar, menor actividad física, calidad de vida y resiliencia. Por ello, la fisioterapia es necesaria para tratar el dolor lumbar teniendo en cuenta el factor físico y psicológico del paciente.

PALABRAS CLAVE: “Depresión”, “Ansiedad”, “Actividad física”, “Calidad de vida”, “Resiliencia”, “Dolor lumbar”, “Fisioterapia”.

ABSTRACT

INTRODUCTION: lower back pain is a common condition that significantly impacts quality of life. It can lead to limitations not only physically, but also emotionally, such as depression and anxiety, which can affect physical activity levels and pain perception. In this context, resilience plays an important role in pain management and overall well-being.

OBJECTIVE: to study the relationship between lower back pain and depressed mood, anxiety, level of physical activity, quality of life and resilience, and to observe the differences according to sex.

MATERIALS AND METHODS: observational study in which questionnaires are used to study sociodemographic variables, depressive symptoms and anxiety (SA-45), resilience level (CD-RISC), physical activity, quality of life and lower back pain.

RESULTS: After obtaining a sample with 113 participants, significant relationships have been observed between depressed mood, anxiety, physical activity, resilience and lower back pain.

CONCLUSION: the presence of anxiety and depression symptoms is associated with greater intensity of lower back pain, reduced physical activity, lower quality of life, and decreased resilience.

Therefore, physiotherapy is necessary to treat lower back pain, taking into account both the patient's physical and psychological factors.

KEYWORDS: “Depression”, “Anxiety”, “Physical activity”, “Quality of life”, “Resilience”, “Lower back pain”, “Physiotherapy”.

INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar es uno de los problemas de salud más comunes en nuestra población y se define como una sensación dolorosa o de tensión muscular en la zona baja de la espalda, pudiendo provocar en algunos casos dolor irradiado hacia ciertas extremidades dependiendo de la zona afectada, ocasionando un impacto en la calidad de vida de la persona. (1)

Según su origen puede clasificarse en dolor mecánico, el cual abarca el 90% de los casos, o inespecífico, que comprende ese 10% restante. (2). El dolor mecánico es aquel que procede de la columna vertebral, discos intervertebrales o tejidos blandos, el cual aumenta con el movimiento y disminuye con el reposo. (3) Por otro lado, el dolor inespecífico no tiene una causa conocida y su tratamiento se basa en reducir el dolor mediante educación, apoyo, analgésicos.. (4)

La duración del dolor también es un factor a tener en cuenta, distinguiendo entre: agudo cuando dura menos de 4 semanas, subagudo entre 4 y 12 semanas, y crónico más de 12 semanas. (5)

Podemos encontrar distintos tipos de dolor, pudiendo combinar más de uno a la vez: nociceptivo, surge tras un daño real o amenaza de daño al tejido no neuronal ocasionando principalmente dolor localizado; neuropático, dolor que surge de una lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial produciendo hormigueo, entumecimiento y debilidad muscular; nociplásico, dolor que surge de la nocicepción alterada, produciendo fatiga, problemas cognitivos y alteración del sueño. (6)

El dolor lumbar está relacionado con los pacientes que trabajan durante muchas horas, sobre todo mujeres y personas de mayor edad, con el estrés e inseguridad laboral y con el desequilibrio entre el trabajo y la familia. (7)

El tratamiento debe ser multidimensional e incluir diferentes estrategias, combinando tanto tratamiento farmacológico como no farmacológico. Se le da bastante importancia a los hábitos saludables, a la autoestima y al bienestar emocional. Dentro de los tratamientos no farmacológicos se menciona en especial el ejercicio físico y mental, el movimiento controlado, posturas correctas, calzado adecuado y actividad social. (8) Es importante que el paciente conozca de dónde proviene su dolor para que sea participe de su tratamiento y pueda alcanzar sus objetivos.

Diversos estudios recomiendan, para tratar el dolor lumbar, la manipulación espinal, la terapia láser a baja intensidad, ejercicios de estabilidad central o control motor, y el masaje. (9)

En especial, el ejercicio físico tiene una gran evidencia de que es eficaz en la mejora del dolor, funcionalidad y prevención de recaídas. (10) Varios estudios mencionan que la práctica de ejercicio físico de forma regular se relaciona con una menor probabilidad de padecer dolor lumbar en comparación con niveles bajos de actividad física. (11)

Respecto al ejercicio que más se menciona como beneficioso en este tipo de dolor, es la natación, que promueve el fortalecimiento de la musculatura de la espalda y aporta movilidad. (12) La elección de las técnicas que aplicamos depende del tipo de paciente y el dolor que presente.

Además, ciertos estudios han mostrado la importancia que tiene el ejercicio terapéutico en el dolor lumbar crónico. Se ha observado que un programa de entrenamiento de fuerza funcional orientado a movimientos y actividades de la vida diaria, con una duración de tratamiento de 12 semanas, ha demostrado que se puede reducir el dolor y la discapacidad, y por lo tanto mejorar la calidad de vida de la persona. (13)

También se recomienda el entrenamiento de fuerza, específicamente de los músculos de la cadena posterior, con una duración de tratamiento mínimo de 12 semanas. (14)

Varios artículos mencionan que el dolor crónico supone un impacto personal y socioeconómico importante, debido a la pérdida laboral, absentismo y jubilación anticipada. (15) Según la OMS, el dolor lumbar es la principal causa de discapacidad y se suele presentar al menos una vez en la vida. Puede aparecer en cualquier momento pero su prevalencia aumenta con la edad, hasta los 80 años. El mayor número de casos se observa entre los 50 y 55 años, siendo más común en mujeres. (16) Se considera que entre el 70% y el 80% de la población va a experimentar dolor lumbar en algún momento de su vida. Actualmente entre el 10% y 30% de la población padece dolor lumbar crónico inespecífico. (14)

Aparte del dolor físico que provoca, también puede repercutir negativamente en la calidad de vida de la persona, y por lo tanto a la hora de realizar actividades básicas diarias. (17)

Por ello, es necesario tener en cuenta la calidad de vida, ya que está fuertemente relacionada a su vez con el bienestar tanto físico como mental de los pacientes que padecen dolor lumbar.

La calidad de vida se define, según la OMS, como la percepción individual de la posición en la vida, influenciada por la cultura y el sistema de valores, en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (OMS, 1995)

Entre los factores implicados en el dolor lumbar destacan también los psicosociales. Se ha mostrado que la discapacidad, el grado de dolor y factores psicosociales como la ansiedad están relacionados. (18). En pacientes con dolor lumbar, sobre todo cuando se cronifica, se produce una alta prevalencia de ansiedad y depresión, por ello se ha mostrado que dichas variables tienen relación ya que más de la mitad de los pacientes presentan síntomas de ansiedad y, cerca de la otra mitad, depresión. (19)

La ansiedad es un estado emocional que afecta a nuestros pensamientos, cuerpo y comportamiento, ocasionando una preocupación excesiva e incontrolable que puede provocar insomnio, cansancio y falta de concentración. (20, 21) Se ha observado que las mujeres tienen mayor prevalencia a presentar síntomas de ansiedad que los hombres y que tienen más tendencia las mujeres más jóvenes, ese

porcentaje bajó en personas con edad media y luego volvió a aumentar en los grupos de mayor edad.

(22)

Los factores emocionales aparte de influir negativamente en el dolor, también repercuten en la recuperación y tratamiento del paciente. Por otro lado, ciertos estudios muestran que el dolor lumbar y la depresión también están relacionados. El dolor lumbar crónico produce depresión, ya que afecta al día a día de la persona y al trabajo, y la depresión aumenta el grado de percepción de dolor, de ahí la importancia de tratarlo. (17)

Otra variable importante es la resiliencia, entendida como la capacidad del individuo para adaptarse a una situación. En el contexto del dolor, una baja resiliencia se asocia a una mayor discapacidad, y por el contrario, una mayor resiliencia se asocia a una mejora del dolor, de la calidad de vida y funcionalidad. (23)

La actividad física tiene relación tanto con factores psicosociales como con el propio dolor lumbar, pudiendo influir positivamente en ambos. (24) Niveles altos de ejercicio físico se asocian a una baja probabilidad de sufrir dolor lumbar, mientras que el sedentarismo se relaciona con una alta probabilidad de padecerlo. (25) Además, un bajo estado de ánimo tiene relación a su vez con el dolor, lo que demuestra que hay relación entre el movimiento, el bienestar emocional y el dolor. (26) Por ello, el ejercicio físico no solamente mejora a nivel muscular y esquelético, sino que también tiene efectos sobre variables psicosociales.

A pesar de que hay numerosos estudios e investigaciones sobre el dolor lumbar, el ejercicio físico y su relación con factores psicológicos, como puede ser la ansiedad y la depresión, hay ciertas aspectos que requieren mayor investigación y cuestiones que no sabemos aún: ¿se tiene en cuenta este componente psicológico a la hora de realizar un plan de tratamiento? ¿Realmente puede influir en el ejercicio físico y calidad de vida en las personas con dolor lumbar?

Aunque se ha mostrado que el ejercicio físico es importante a la hora de plantear el tratamiento para una persona que padece dolor lumbar, no siempre se tiene en cuenta el factor psicológico y cómo afecta este a la calidad de vida del paciente.

Comprender la influencia de estas variables es esencial para hacer un tratamiento efectivo.

Por ello, es necesario investigar y profundizar más en la relación que tiene el dolor lumbar, el ejercicio físico y diversas variables psicológicas como es la ansiedad y el estado depresivo, y ver cómo afectan a la calidad de vida de las personas que lo padecen.



OBJETIVO GENERAL

- Estudiar la relación existente entre el dolor lumbar con la ansiedad, el estado de ánimo depresivo, la actividad física, la resiliencia y la calidad de vida .

HIPÓTESIS

- Hipótesis 1: Esperamos encontrar que los participantes que muestran niveles mayores de dolor lumbar a su vez manifiesten mayor ansiedad y estado de ánimo depresivo, menor actividad física, resiliencia y calidad de vida.
- Hipótesis 2: Esperamos encontrar la existencia de diferencias significativas en dolor lumbar entre los grupos según el sexo. En consecuencia, se espera evidenciar que las mujeres presenten mayores niveles de dolor lumbar y, por ende, menos actividad física, resiliencia, calidad de vida y mayores niveles de estado de ánimo deprimido en comparación con los hombres.
- Hipótesis 3: Esperamos encontrar la existencia de diferencias significativas en los niveles de ansiedad entre los grupos según el sexo. En consecuencia, se espera evidenciar que las mujeres presenten mayores niveles de ansiedad y, por ende, menos actividad física, resiliencia, calidad de vida y mayor dolor lumbar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha aprobado la realización de este estudio por parte de la Oficina de Investigación Responsable con el siguiente código COIR para TFGs: **TFG.GFI.JEP.ADF.260126**

PARTICIPANTES

Para considerar válidas las respuestas se obtuvieron los siguientes criterios de inclusión: personas con edad entre 18 y 65 años, que presentan diagnóstico de dolor lumbar y un buen nivel cognitivo para poder cumplimentar los cuestionarios adecuadamente.

Los criterios de exclusión fueron: presencia de patología neurológica grave, intervenciones quirúrgicas recientes o trastornos psiquiátricos graves que impidan completar los cuestionarios.

Finalmente, la muestra estuvo compuesta por un total de 113 participantes (**FIGURA 1**), de los cuales el 74,3% eran mujeres y el 25,7% hombres (**FIGURA 2**), con edades comprendidas entre 18 y 65 años (**FIGURA 3**).

INSTRUMENTOS

Los instrumentos que han sido utilizados en el estudio se encuentran en el apartado de Anexos “ESCALAS Y CUESTIONARIOS”. Para recoger los datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, etc.) se utilizó un cuestionario, y también se utilizaron varios instrumentos de evaluación para el estado de ánimo deprimido y la ansiedad (SA-45), la actividad física, el dolor lumbar y la calidad de vida, y otro para la resiliencia (CD-RISC). Para el análisis de los datos estadísticos extraídos de los cuestionarios se utilizó el programa SPSS.

- **Cuestionario de variables sociodemográficas (Anexo 1: “ESCALAS Y CUESTIONARIOS”).**

Se elaboró un cuestionario ad hoc para recoger información sociodemográfica necesaria de variables como son el sexo, edad, estado civil, número de hijos, número de personas con las que comparte domicilio, nivel de estudios y situación laboral.

- **Cuestionario breve para la evaluación del dolor, calidad de vida y actividad física (Anexo 2: “ESCALAS Y CUESTIONARIOS”).**

Este cuestionario se realizó para valorar la intensidad del dolor lumbar, percepción de la calidad de vida y el nivel de actividad física y movilidad de la persona.

Se puntuó en una escala tipo Likert de 5 puntos en la que el 0 significa la ausencia del atributo (nada) y 4 indica la presencia máxima o muy alta.

- **Cuestionario sobre el nivel de resiliencia (CD-RISC) (Anexo 3: “ESCALAS Y CUESTIONARIOS”)**

La escala de resiliencia Connor-Davidson (CD-RISC) mide la capacidad de la persona para adaptarse ante situaciones difíciles o estresantes.

Consta de 25 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de 5 opciones de respuesta puntuadas del 0 (en absoluto) al 4 (casi siempre). (27)

La puntuación total oscila entre 0 y 100, donde una mayor puntuación significa una mayor resiliencia.

- **Cuestionario sobre síntomas psicopatológicos (SA-45) (Anexo 4 “ESCALAS Y CUESTIONARIOS”)**

El Symptom Assessment-45 Questionnaire (Davinson et al., 1997) (28), derivado del SCL-90, fue validado por Sandín et al. (2008) (29). Está compuesto por 45 ítems que describen 9 escalas (ansiedad, depresión, hostilidad, ansiedad fóbica, somatización, obsesión, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y psicoticismo) evaluadas por 5 ítems que se puntúan del 0 (nada en absoluto) al 4 (mucho o extremadamente). (30)

En este estudio únicamente se utilizarán las escalas de ansiedad y depresión, cada una formada por 5 ítems.

PROCEDIMIENTO

Se trata de un estudio observacional basado en 3 inventarios: uno para valorar el grado de intensidad de dolor lumbar, el nivel de calidad de vida y actividad física. Otro para valorar la resiliencia, y el último para la ansiedad y la depresión.

El protocolo final, el cual incluía los cuestionarios mencionados anteriormente, se basó en un formulario de google para recoger la muestra de todos los participantes. El formulario lo difundimos a través de las redes sociales (Instagram y Whatsapp), pidiendo su difusión después de haberlo realizado.

La participación era voluntaria y anónima, consiguiendo así que los participantes aceptaran formar parte de la muestra de estudio.

Además, todas las dudas que tuviesen se les dio la opción de resolverlas antes de participar.

Durante la selección de los participantes, todos los sujetos manifestaron su interés en el estudio y cumplieron con los criterios de inclusión, sin presentar ninguno de exclusión. Antes de empezar con el estudio se realizó una selección que se basaba en una entrevista inicial en la que se registró la ausencia o presencia de dolor lumbar y, donde el objetivo principal era que los participantes cumplieran con los criterios establecidos. Gracias a ello, no tuvimos que descartar a ninguno de los participantes.

Finalmente, la muestra terminó siendo constituida por un total de 113 sujetos. **(FIGURA 1)**

Pasadas 4 semanas cerramos los cuestionarios y recogimos los resultados en tablas de valores, sobre las distintas variables:

1. Síntomas depresivos (Cuestionario SA-45, 5 primeros ítems)
2. Síntomas ansiosos (Cuestionario SA-45, 5 últimos ítems)
3. Dolor lumbar, calidad de vida y actividad física.
4. Resiliencia (Cuestionarios CD-RISC)

En este estudio, se pretende estudiar la relación entre el dolor lumbar con la ansiedad, el estado de ánimo depresivo, la actividad física, la resiliencia y calidad de vida.

La recogida de datos del estudio se llevó a cabo entre los meses de febrero y marzo de 2026.

Para poder observar las fases del estudio con detalle, se puede consultar el cronograma que está incluido en el apartado de Anexos.

RESULTADOS

La muestra del estudio estuvo constituida por un total de 113 participantes, con edades comprendidas entre 18 y 65 años (**FIGURA 2**). El 74,3% eran mujeres y el 25,7% hombres (**FIGURA 3**), además todos presentaban dolor lumbar. Respecto al estado civil (**FIGURA 4**), la categoría que más porcentaje tuvo fue casada (44,2%), seguida de soltero (31%) y con pareja (23%). Respecto a si tenían hijos o no, un 53,2% si tenían y un 46,8% no. Entre quienes sí tenían hijos, un 24,5% contaba con 3 hijos, siendo más común tener 2 hijos (60,4%) (**FIGURA 5**). En cuanto al nivel educativo, obtuvieron un mayor porcentaje los universitarios (46,2%), seguido de las personas con bachillerato o FP superior (29%) y con un porcentaje menor habían completado educación secundaria obligatoria, educación primaria o grado en dietética y nutrición (**FIGURA 6**). Por último, en relación a la situación laboral, la ocupación que más porcentaje obtuvo fue ser trabajador con un puesto fijo (51,3%), seguido de estudiante (26,5%) (**FIGURA 7**).

Se observó una correlación positiva moderada y significativa entre depresión y ansiedad (**TABLA 1**), $r(111) = .51, p < .001$. Así mismo, la depresión se correlacionó negativamente con la actividad física (**TABLA 2**), $r(111) = -.30, p = .001$, y con la resiliencia (**TABLA 3**) $r(111) = -.21, p = .027$. No se encontró relación significativa entre depresión y calidad de vida (**TABLA 4**), $r(111) = .05, p = .604$. Así mismo, la depresión mostró una correlación positiva baja con el dolor lumbar (**TABLA 4**), $r(111) = .21, p = .023$.

En resumen, se obtuvieron correlaciones tanto altas como bajas, algunas de ellas con significación estadística entre las variables depresión (estado de ánimo deprimido), ansiedad, nivel de actividad física, resiliencia, calidad de vida y dolor lumbar.

Se realizaron pruebas t de Student para muestras independientes con la finalidad de analizar diferencias según el sexo en cada una de las variables estudiadas (**TABLA 8**) (**TABLA 9**).

Debido a que la muestra que se utilizó presenta grupos desiguales (29 varones vs 84 mujeres), se utilizó la versión de Welch de la t de Student para mejorar la rigurosidad metodológica. Se encontraron diferencias significativas en depresión ($t(53.64) = -4.50, p < .001$). En dicha variable presentaron una puntuación mayor las mujeres ($M=10.89, DT=4.31$) respecto a los hombres ($M=7.03, DT=3.86$). También se encontraron diferencias significativas en actividad física ($t(45.67) = 2.83, p = .007$), pero en esta variable presentaron mayor nivel de actividad física los hombres ($M=2.86, DT=1.13$) respecto a las mujeres ($M=2.19, DT=1.02$). En calidad de vida no se encontraron diferencias significativas, ($t(49.63) = 0.87, p = .390$), las medias obtenidas fueron similares entre hombres ($M=7.52; DT=1.30$) y mujeres ($M=7.27; DT=1.32$). Lo mismo ocurrió en dolor lumbar ($t(48.43) = 0.02, p = .98$) y ansiedad ($t(50.42) = -1.38, p = .175$). Respecto a la resiliencia ($t(50.08) = -0.89, p = .375$) tampoco se encontraron diferencias significativas entre hombres ($M = 74.34, DT = 6.62$) y mujeres ($M = 75.63, DT = 6.83$), aunque las mujeres tuvieran una media ligeramente mayor, debido a que era mínima, no puede afirmarse que el sexo influya en los niveles de resiliencia.

En resumen, los resultados mostraron diferencias significativas según el sexo en la variable depresión, siendo mayor en el sexo femenino respecto al masculino. También se observaron diferencias en el nivel de actividad física, con puntuaciones superiores en los hombres en comparación con las mujeres. Respecto a las demás variables (calidad de vida, dolor lumbar, ansiedad y resiliencia) no se observaron diferencias.

DISCUSIÓN

La finalidad de este estudio fue estudiar la relación que existe entre el dolor lumbar con el estado de ánimo deprimido, la ansiedad, la actividad física, calidad de vida y resiliencia, y poder observar la diferencia de estas variables entre los grupos según sexo y edad. Finalmente, se encontraron diferencias, aunque no muy significativas, en estas variables entre hombres y mujeres, por lo que podemos confirmar algunas de nuestras hipótesis planteadas en el estudio.

Respecto a la hipótesis 1, se pretendía encontrar relaciones negativas y significativas entre el estado de ánimo deprimido, la ansiedad, la actividad física, calidad de vida y resiliencia con el dolor lumbar. Los resultados obtenidos mostraron una correlación negativa y baja pero significativa entre el estado de ánimo deprimido, la actividad física y la resiliencia, lo que muestra que, a mayor sintomatología depresiva, menor nivel de actividad física, y menos resiliencia. Asimismo, se confirma una asociación positiva y moderada entre el estado de ánimo depresivo y la ansiedad. Dicho resultado coincide con otros estudios, mencionados anteriormente, en los que evidencian una relación entre la ansiedad y la depresión con el dolor lumbar crónico, señalando la relación entre el estado emocional y el dolor (Jiang et al., 2022).

Por otro lado, los resultados obtenidos entre el estado de ánimo depresivo y la actividad física apoya a la evidencia científica, que menciona que niveles bajos de actividad física se relacionan con mayor dolor lumbar y peor funcionalidad (Alzahrani et al., 2019).

Respecto a la resiliencia, el estudio muestra que niveles bajos se asocian a mayor sintomatología depresiva, y por lo tanto mayor dolor lumbar, como respalda la literatura científica (Ahmed et al., 2019). En cuanto a los resultados obtenidos entre el estado de ánimo depresivo y el dolor lumbar, mostraron una relación positiva y baja entre ambos, por lo que reflejó la existencia de una relación entre el factor emocional y el dolor. Sin embargo, en cuanto a la calidad de vida, no se encontró relación significativa con la variable depresión, por lo que esta parte de nuestra hipótesis no pudo confirmarse.

En relación a la hipótesis 2, el análisis de las diferencias en función del sexo evidenció que, las mujeres muestran mayores niveles de estado de ánimo deprimido, con diferencias significativas respecto a los hombres. Al igual que también presentan niveles inferiores en el nivel de actividad física. Estos resultados coinciden con otros estudios publicados anteriormente, que indican una mayor prevalencia de síntomas depresivos en el sexo femenino, relacionados con factores hormonales, contextuales y sociales. Por otro lado, respecto al dolor lumbar y calidad de vida, no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres. En la variable resiliencia, aunque las mujeres presentaron una media ligeramente superior respecto a los hombres, dado que fue mínima, no alcanzó la significación estadística, por lo que no puede afirmarse que el sexo influya en los niveles de resiliencia. Seguramente, esté más bien relacionado con factores personales, familiares o contextuales que por el sexo.

Finalmente, para la hipótesis 3, se esperaba encontrar diferencias significativas según el sexo en la variable ansiedad, obteniendo un resultado mayor en las mujeres. El análisis evidenció que, aunque las mujeres tuvieran una media ligeramente superior a los hombres, la diferencia no era significativa. Por lo tanto, esta hipótesis ha sido rechazada.

En resumen, el estudio muestra la relación que existe entre la salud mental y el bienestar físico. Tanto la depresión como la ansiedad están relacionadas con una menor práctica de actividad física, menos resiliencia y más dolor lumbar, por lo que estos hallazgos refuerzan la importancia de que el factor psicológico hay que tenerlo en cuenta siempre, sobre todo cuando se trata de algún ámbito de la salud.

Tras finalizar el estudio, surgieron varias limitaciones. En primer lugar, al tratarse de un estudio observacional y transversal, no se pudieron establecer relaciones de causalidad entre las variables analizadas. Además, no se puede determinar con seguridad si la ansiedad y la depresión causan o no el dolor lumbar o si es consecuencia del estado emocional. Por otro lado, el cuestionario de actividad física, dolor y calidad de vida de diseño propio carece de validación científica, por lo que podría

afectar a la validez y fiabilidad de los datos obtenidos en estas variables. Finalmente, al no haberse controlado el entorno, los resultados han podido ser influenciados por otras variables no medidas.

En conclusión, los datos obtenidos muestran que niveles mayores de ansiedad y depresión se asocian a malestar psicológico y físico. Las mujeres presentan niveles superiores de depresión respecto a los hombres, aunque en ansiedad no se encontraron grandes diferencias. Con este estudio cabe destacar la importancia de seguir investigando en el conjunto de los factores emocionales y las variables relacionadas con la salud en la población general.



CONCLUSIÓN

El estudio ha servido para mostrar datos interesantes e importantes en cuanto a la relación que tiene el dolor lumbar con el factor psicológico, como la ansiedad y el estado de ánimo deprimido, junto con otras variables como son la calidad de vida, el nivel de actividad física y la resiliencia.

Primeramente, se ha observado que las personas que padecen ansiedad y depresión pueden experimentar dolor lumbar a una mayor intensidad, y por lo tanto, puede repercutir negativamente a la hora de realizar actividad física o en la calidad de vida, al igual que en los niveles de resiliencia. Dicho esto, refuerza la idea de que el dolor lumbar debe abordarse desde varias perspectivas, tanto físicas como psicológicas.

En relación a lo anterior, los resultados están en concordancia con lo planteado por la literatura científica mencionada en la introducción, en la que diversos autores muestran la importancia del factor emocional en la percepción y evolución del dolor lumbar (Sagheer et al., 2013; Jiang et al., 2022). En definitiva, las hipótesis que hemos mencionado se confirman parcialmente, mostrando una relación compleja entre las variables que hemos estudiado.

A la hora de comparar la variable sexo las mujeres presentaron niveles superiores de sintomatología depresiva respecto a los hombres y menos actividad física. En cambio, en ansiedad, dolor lumbar, calidad de vida y resiliencia no se observaron diferencias significativas, lo que sugiere que estas variables pueden estar más bien relacionadas con factores contextuales, personales o familiares que por el sexo.

Asimismo, es importante tener en cuenta el diseño transversal del estudio y el uso de cuestionarios de diseño propio, ya que ello puede afectar a la validez y fiabilidad de la recogida de datos.

Este estudio muestra la importancia que tiene el factor psicológico en una intervención de fisioterapia de dolor lumbar, integrando no solo el ejercicio físico, sino también estrategias para mejorar el nivel de resiliencia, calidad de vida y bienestar emocional del paciente.

En conclusión, los hallazgos expuestos refuerzan la importancia del componente psicoemocional en la experiencia del dolor lumbar y evidencian la necesidad de seguir avanzando en investigaciones que permitan comprender su impacto de forma más precisa. Por ello, sería importante continuar investigando cómo influyen los factores emocionales en el dolor lumbar para poder desarrollar tratamientos de fisioterapia más completos y adaptados a cada paciente.



BIBLIOGRAFÍA

1. Hall H, McIntosh G. Low back pain (acute). *BMJ Clin Evid*. 2008 Oct 3;2008:1102. PMID: 19445792; PMCID: PMC2907975.
2. Casiano VE, Sarwan G, Dydyk AM, Varacallo MA. Back Pain. 2023 Dec 11. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 30844200.
3. Will JS, Bury DC, Miller JA. Mechanical Low Back Pain. *Am Fam Physician*. 2018 Oct 1;98(7):421-428. PMID: 30252425.
4. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2017 Feb 18;389(10070):736-747. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30970-9. Epub 2016 Oct 11. PMID: 27745712.
5. Santos C, Donoso R, Ganga M, Eugenin O, Lira F, Santelices JP. Dolor lumbar: revisión y evidencia de tratamiento. *Rev Méd Clín Las Condes*. 2020;31(5-6):387-95. doi:10.1016/j.rmclc.2020.03.008.
6. Nijs J, De Baets L, Hodges P. Phenotyping nociceptive, neuropathic, and nociplastic pain: who, how, & why? *Braz J Phys Ther*. 2023 Jul-Aug;27(4):100537. doi: 10.1016/j.bjpt.2023.100537. Epub 2023 Aug 22. PMID: 37639943; PMCID: PMC10470273.
7. Yang H, Haldeman S, Lu ML, Baker D. Low Back Pain Prevalence and Related Workplace Psychosocial Risk Factors: A Study Using Data From the 2010 National Health Interview Survey. *J Manipulative Physiol Ther*. 2016 Sep;39(7):459-472. doi: 10.1016/j.jmpt.2016.07.004. Epub 2016 Aug 25. PMID: 27568831; PMCID: PMC5530370.
8. Ruiz Romero MV, López Tarrida AC, Porrúa Del Saz A, Gómez Hernández MB, Martínez Monrobé MB, Sánchez Villar E, Cruz Valero C, Pereira Delgado C. Effectiveness of a multimodal intervention for improving chronic pain care [Efectividad de una intervención multimodal para la mejora de la atención al dolor crónico.]. *Rev Esp Salud Publica*. 2023 Sep 6;97:e202309071. Spanish. PMID: 37921370; PMCID: PMC10558111.

9. Wang XQ, Wang YL, Witchalls J, Han J, Zhang ZJ, Page P, Zhu Y, Stecco C, Lin JH, El-Ansary D, Ma QS, Qi Q, Oh JS, Zhang WM, Pranata A, Wan L, Li K, Ma M, Liao LR, Zhu YL, Guo JW, Chen PJ. Physical therapy for acute and sub-acute low back pain: A systematic review and expert consensus. *Clin Rehabil.* 2024 Jun;38(6):715-731. doi: 10.1177/02692155241229398. Epub 2024 Feb 5. PMID: 38317586.
10. Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Malmivaara A, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Sep 28;9(9):CD009790. doi: 10.1002/14651858.CD009790.pub2. PMID: 34580864; PMCID: PMC8477273.
11. Alzahrani H, Mackey M, Stamatakis E, Zadro JR, Shirley D. The association between physical activity and low back pain: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Sci Rep.* 2019 Jun 3;9(1):8244. doi: 10.1038/s41598-019-44664-8. Erratum in: *Sci Rep.* 2020 Apr 1;10(1):5987. doi: 10.1038/s41598-020-62512-y. PMID: 31160632; PMCID: PMC6547713.
12. Vanaclocha V. Back Pain: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Healthcare.* 2023; 11(7):953. <https://doi.org/10.3390/healthcare11070953>
13. Cortell-Tormo JM, Tercedor Sánchez P, Chulvi-Medrano I, Tortosa-Martínez J, Manchado-López C, Llana-Belloch S, et al. Effects of functional resistance training on fitness and quality of life in females with chronic nonspecific low-back pain. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2017;1:1–11.
14. Borges E, Mezencio B, Pinho JP, Serrão J. Effects of an acute resistance training session on pain and functional disability in people with chronic low back pain: a double blind controlled randomized trial. *J Phys Educ Sport.* 2023 Mar 31;23(3):691-6.
15. Breivik, H., Eisenberg, E. & O'Brien, T. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health* 13, 1229 (2013).
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1229>
16. Kahere, M., Ginindza, T. The prevalence and risk factors of chronic low back pain among adults in KwaZulu-Natal, South Africa: an observational cross-sectional hospital-based study. *BMC Musculoskelet Disord* 22, 955 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04790-9>

17. Cao L, Deng B, Wang X, Fang T, Umoh KN, Liu L, Qian J, Liu F. The Potential Relationship Between Low Back Pain and Depression: A Comprehensive Review. *Brain Behav.* 2025 Nov;15(11):e71026. doi: 10.1002/brb3.71026. PMID: 41194467; PMCID: PMC12589192.
18. Jiang Y, Wang Y, Wang R, Zhang X, Wang X. Differences in pain, disability, and psychological function in low back pain patients with and without anxiety. *Front Physiol.* 2022 Nov 3;13:906461. doi: 10.3389/fphys.2022.906461. PMID: 36406992; PMCID: PMC9669742.
19. Sagheer MA, Khan MF, Sharif S. Association between chronic low back pain, anxiety and depression in patients at a tertiary care centre. *J Pak Med Assoc.* 2013 Jun;63(6):688-90. PMID: 23901665.
20. Freeman, Daniel, and Jason Freeman, 'What is anxiety?', *Anxiety: A Very Short Introduction*, Very Short Introductions (Oxford, 2012; online edn, Oxford Academic, 24 Sept. 2013)
21. MotherToBaby | Fact Sheets [Internet]. Brentwood (TN): Organization of Teratology Information Specialists (OTIS); 1994-. *Ansiedad.* 2024 Mar. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582578/>
22. Höglund, P., Hakelind, C. & Nordin, S. Severity and prevalence of various types of mental ill-health in a general adult population: age and sex differences. *BMC Psychiatry* 20, 209 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02557-5>
23. Ahmed SA, Shantharam G, Eltorai AEM, Hartnett DA, Goodman A, Daniels AH. The effect of psychosocial measures of resilience and self-efficacy in patients with neck and lower back pain. *Spine J.* 2019 Feb;19(2):232-237. doi: 10.1016/j.spinee.2018.06.007. Epub 2018 Jun 12. PMID: 29906617.
24. Marshall PWM, Schabrun S, Knox MF. Physical activity and the mediating effect of fear, depression, anxiety, and catastrophizing on pain related disability in people with chronic low back pain. *PLoS One.* 2017 Jul 7;12(7):e0180788. doi: 10.1371/journal.pone.0180788. PMID: 28686644; PMCID: PMC5501599
25. Hanna F, Daas RN, El-Shareif TJ, Al-Marridi HH, Al-Rojoub ZM, Adegboye OA. The Relationship Between Sedentary Behavior, Back Pain, and Psychosocial Correlates Among

- University Employees. *Front Public Health*. 2019 Apr 9;7:80. doi: 10.3389/fpubh.2019.00080. PMID: 31024881; PMCID: PMC6465323
26. Hanna F, Daas RN, El-Shareif TJ, Al-Marridi HH, Al-Rojoub ZM, Adegboye OA. The Relationship Between Sedentary Behavior, Back Pain, and Psychosocial Correlates Among University Employees. *Front Public Health*. 2019 Apr 9;7:80. doi: 10.3389/fpubh.2019.00080. PMID: 31024881; PMCID: PMC6465323.
27. Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
28. Davison, M. K., Berhadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E. y Kane, R. L. Development of brief, multidimensional, self report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary finding. *Assessment*. 1997. 4, 259-276.
29. Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A. y Lostao, L. SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*. 2008. 20: 290-296.
30. Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A. y Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20, 290-296.

ANEXOS

FIGURAS

FIGURA 1. Diagrama de la muestra

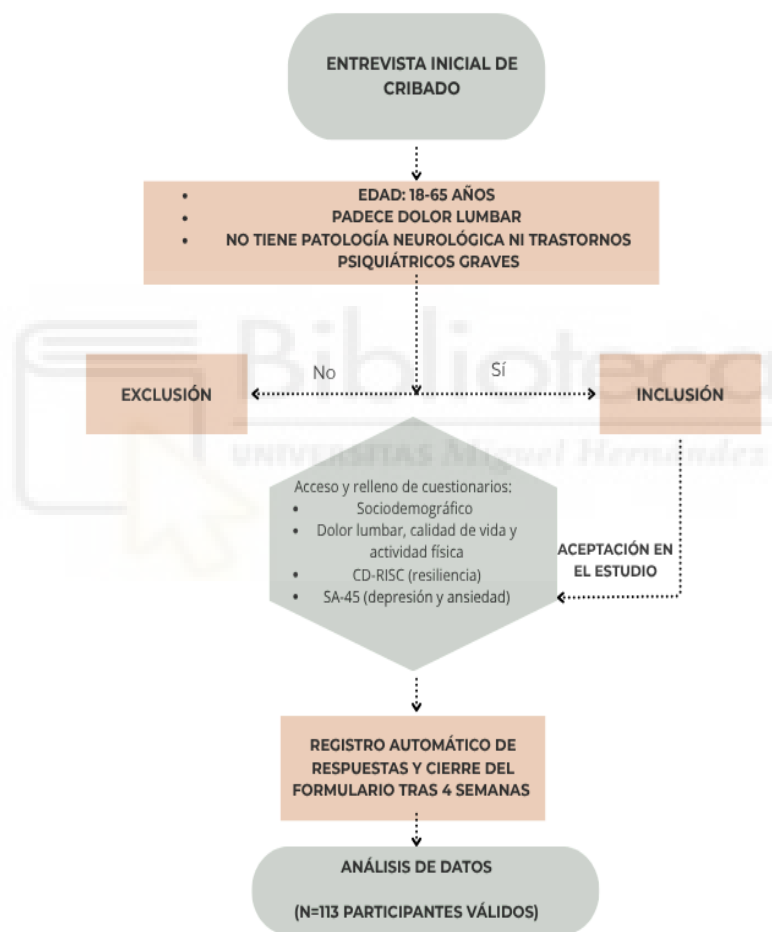


FIGURA 2. Edad

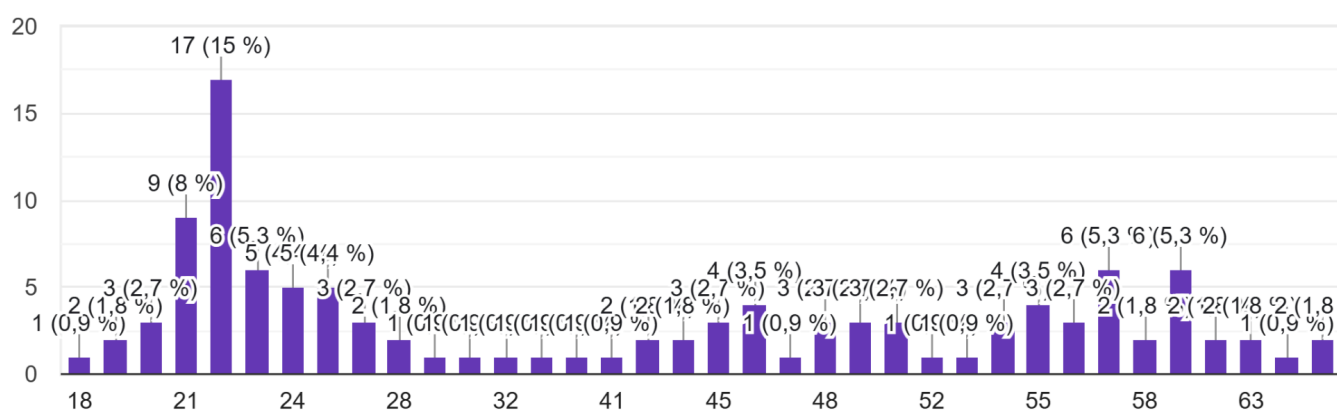


FIGURA 3. Sexo

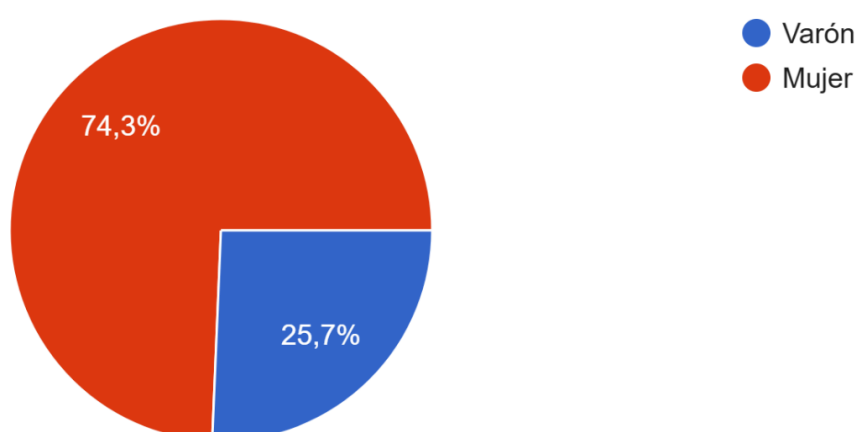


FIGURA 4. Estado civil

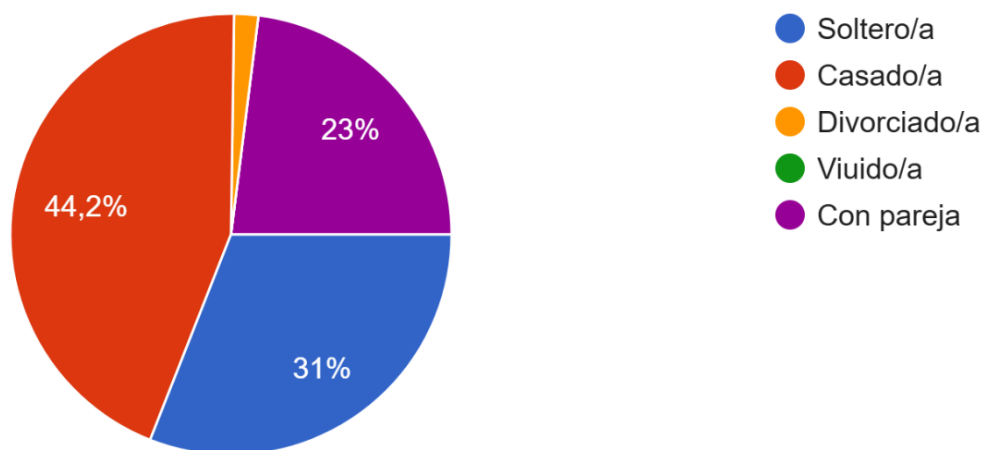


FIGURA 5. Número de hijos

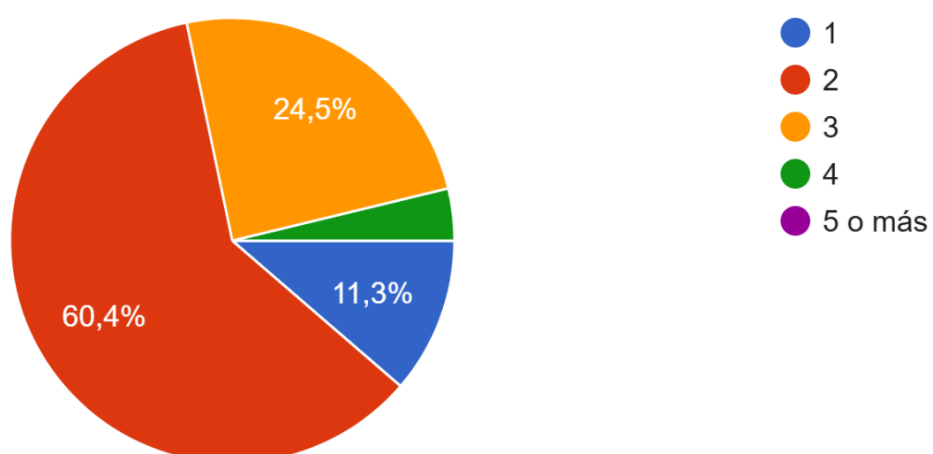


FIGURA 6. Estudios

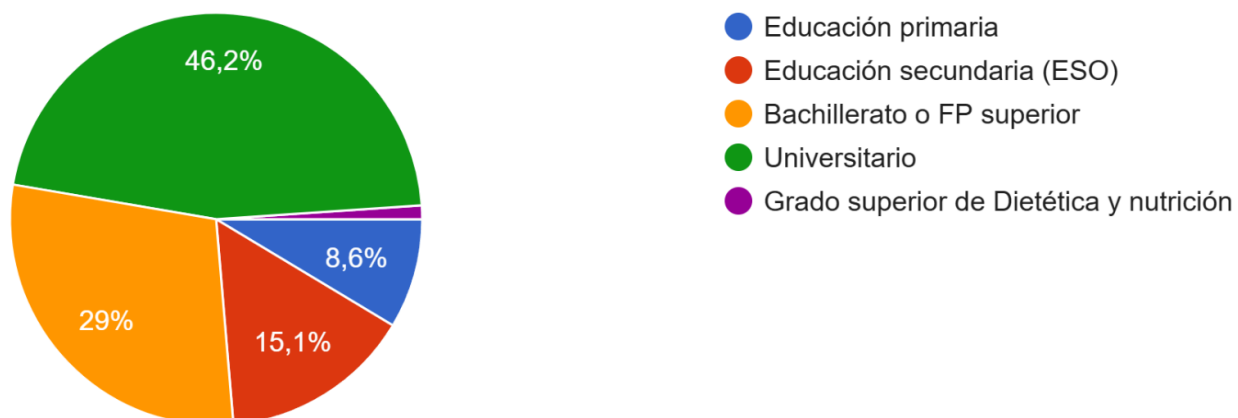
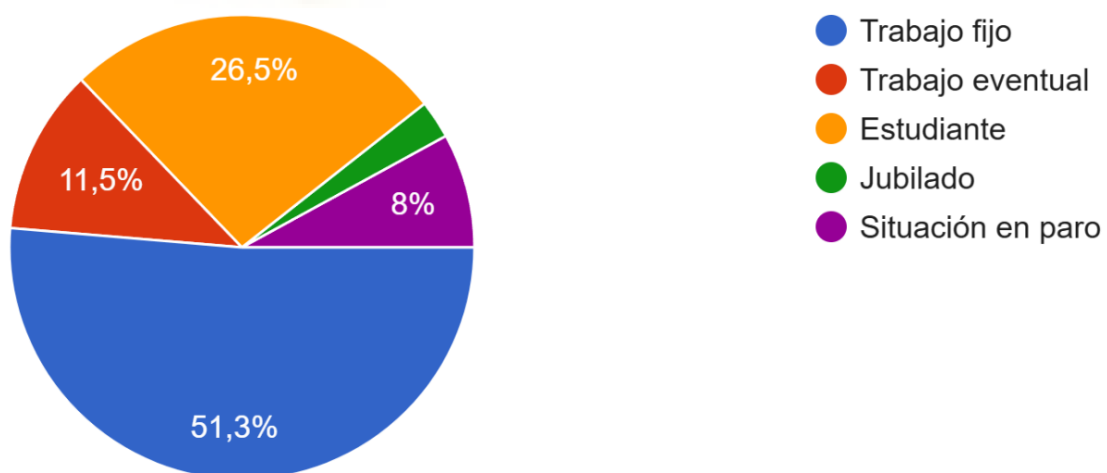


FIGURA 7. Ocupación



TABLAS

TABLA 1. Estadísticos descriptivos, correlaciones bivariadas de las variables Depresión y Ansiedad según el sexo.

	Media	Desv. típica	N
DEPRESIÓN	9.90	4.53	113
ANSIEDAD	8.64	2.39	113

		ANSIEDAD
DEPRESIÓN	Correlación de Pearson	.51
	Sig. (bilateral)	< .001

TABLA 2. Estadísticos descriptivos, correlaciones bivariadas de las variables Depresión y Actividad Física según el sexo.

	Media	Desv. típica	N
DEPRESIÓN	9.90	4.53	113
ACTIVIDAD FÍSICA	2.36	1.09	113

		ACTIVIDAD FÍSICA
DEPRESIÓN	Correlación de Pearson	-.30
	Sig. (bilateral)	.001

TABLA 3. Estadísticos descriptivos, correlaciones bivariadas de las variables Depresión y Resiliencia según el sexo.

	Media	Desv. típica	N
DEPRESIÓN	9.90	4.53	113
RESILIENCIA	75.3	6.73	113

		RESILIENCIA
DEPRESIÓN	Correlación de Pearson	-.21
	Sig. (bilateral)	.027

TABLA 4. Estadísticos descriptivos, correlaciones bivariadas de las variables Depresión-Calidad de vida y Depresión-Dolor lumbar según el sexo.

	Media	Desv. típica	N
DEPRESIÓN	9.90	4.53	113
CALIDAD DE VIDA	7.34	1.31	113
DOLOR LUMBAR	1.89	1.05	113

		CALIDAD DE VIDA	DOLOR LUMBAR
DEPRESIÓN	Correlación de Pearson	.05	.21
	Sig. (bilateral)	.604	.023

TABLA 5. Estadísticos descriptivos, correlaciones bivariadas de las variables Ansiedad y Actividad física según el sexo.

	Media	Desv. típica	N
ANSIEDAD	8.64	2.39	113
ACTIVIDAD FÍSICA	2.36	1.09	113

		ACTIVIDAD FÍSICA
ANSIEDAD	Correlación de Pearson	-.31
	Sig. (bilateral)	<.001

TABLA 6. Estadísticos descriptivos, correlaciones bivariadas de las variables Ansiedad y Resiliencia según el sexo.

	Media	Desv. típica	N
ANSIEDAD	8.64	2.39	113
RESILIENCIA	75.3	6.73	113

		RESILIENCIA
ANSIEDAD	Correlación de Pearson	-.22
	Sig. (bilateral)	.019

TABLA 7. Estadísticos descriptivos, correlaciones bivariadas de las variables Ansiedad y Dolor lumbar según el sexo.

	Media	Desv. típica	N
ANSIEDAD	8.64	2.39	113
DOLOR LUMBAR	1.89	1.05	113

		DOLOR LUMBAR
ANSIEDAD	Correlación de Pearson	.26
	Sig. (bilateral)	.005

TABLA 8. SEXO – Variables estudiadas

	SEXO	N	MEDIA	t	gl	p
DEPRESIÓN	VARÓN	29	7.03 (3.86)	-4.50	53.64	< .001
	MUJER	84	10.89 (4.31)			
ANSIEDAD	VARÓN	29	8.14 (2.20)	-1.38	50.42	.175
	MUJER	84	8.81 (2.45)			
ACTIVIDAD FÍSICA	VARÓN	29	2.86 (1.13)	2.83	45.67	.007
	MUJER	84	2.19 (1.02)			
CALIDAD DE VIDA	VARÓN	29	7.52	0.87	49.42	.390
	MUJER	84	7.27			
DOLOR LUMBAR	VARÓN	29	4.10 (2.77)	0.02	48.43	.987
	MUJER	84	4.09 (2.80)			
RESILIENCIA	VARÓN	29	74.34 (6.62)	-0.89	50.08	.375
	MUJER	84	75.63 (6.83)			

TABLA 9. Estadísticos descriptivos y correlaciones bivariadas en las variables estudiadas.

Variable	M	DT	1	2	3	4	5	6
Depresión	9.90	4.53	—					
Ansiedad	8.64	2.39	.51***	—				
Actividad física	2.36	1.09	-.30**	-.31***	—			
Resiliencia	75.3	6.73	-.21*	-.22*	.25**	—		
Calidad de vida	7.34	1.31	.05	.22*	-.08	-.03	—	
Dolor lumbar	1.89	1.05	.21*	.26*	-.09	-.07	.18	—



CRONOGRAMA

Objetivo	Actividades/ tareas	Participantes	DIC 25	ENE	FEB	MARZ	AB	MAY	JUN
Objetivo 1	Tarea 1. Objetivos investigación	Tutor y Anabel	X	X					
	Tarea 2. Búsqueda bibliográfica	Anabel	X	X					
	Tarea 3. Diseño investigación	Tutor y Anabel	X	X					
	Tarea 4. Materiales	Tutor y Anabel	X	X					
Objetivo 1	Tarea 5. Muestra de participantes	Anabel		X	X				
Objetivo 1	Tarea 6. Ejecución	Anabel			X	X			
Objetivo 1	Tarea 7. Recogida de datos y análisis	Anabel					X		
Objetivo 1	Tarea 8. Confirmación hipótesis	Anabel						X	
Objetivo 1	Tarea 9. Informe	Tutor y Anabel						X	
Objetivo 1	Tarea 10. Defensa TFG	Anabel							X

ESCALAS Y CUESTIONARIOS

Protocolo de cuestionarios:

Solicito su participación en el trabajo de investigación titulado: **ACTIVIDAD FÍSICA, RESILIENCIA, CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y EL ESTADO DEPRESIVO EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR**, cuyo responsable es Jesús Esteras Peña. Consiste en responder a unos cuestionarios que se presentan a continuación. Se podrá cumplimentar desde el 15 de febrero hasta el 15 de marzo de 2026. La participación es totalmente voluntaria (si no desea participar o si se retira anticipadamente no habrá ninguna consecuencia) y anónima (no se dispondrá de ningún dato que le identifique). Si tiene alguna pregunta puede consultar en este correo: anabel.diaz01@goumh.umh.es . Si usted responde se entiende de forma tácita que ha comprendido en qué consiste este estudio, que ha podido preguntar y aclarar las dudas que se le hubieran planteado y que acepta participar. El equipo investigador le agradece su valioso tiempo.

1. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

CUESTIONARIO

S:

1.Sexo: ☐ Varón ☐ Mujer (1)

2. Edad: años (2)

3. Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a (3)

☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a

Otro:

4. Si está casado/a, ¿cuántos años lleva casado/a con su actual pareja? años (4)

☐ No tengo hijos ☐ Sí tengo hijos (5)

5. Si tiene hijos, ¿cuántos hijos tiene usted?..... hijos (6)

¿cuántos viven con usted?hijos (7)

6. Nivel de estudios alcanzado:

☐ Estudios elementales ☐ Secundaria Obligatoria

☐ Bachillerato o Formación Profesional superior ☐ Universitarios

(8)

7. Situación laboral: ☐ Trabajo fijo ☐ Trabajo eventual (9)

Jornada de trabajo: ☐ Jornada completa ☐ Jornada parcial (10)

2. CUESTIONARIO PARA EL DOLOR, CALIDAD DE VIDA Y ACTIVIDAD FÍSICA

0	1	2	3	4
NADA	BAJO	MEDIO	ALTO	MUY ALTO

- **TENSIÓN MUSCULAR**

	0	1	2	3	4
1. Dolor lumbar					

- **CALIDAD DE VIDA**

	0	1	2	3	4
1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?					
2. ¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?					
3. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?					

- **ACTIVIDAD FÍSICA Y MOVILIDAD**

	0	1	2	3	4
4. Realizo Actividad Física					

4. CUESTIONARIO RESILIENCIA

Por favor, indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes frases o casos durante el último mes.

Si alguna en particular no le ha ocurrido, responda según crea que se hubiera sentido. Utilice para ello la siguiente escala:

0= “En absoluto”, 1=“Rara vez”, 2=“A veces”, 3=“A menudo”, 4=“Casi siempre”.

	0	1	2	3	4
1. Soy capaz de adaptarme a los cambios					
2. Tengo personas en las que puedo confiar y con las que me siento seguro					
3. Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude					
4. Puedo resolver cualquier acontecimiento que se me presente					
5. Los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza					
6. Veo el lado divertido de las cosas					
7. Afrontar el estrés, me fortalece					
8. Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades					
9. Pienso que las cosas ocurren por alguna razón					
10. Me esfuerzo al máximo en cada ocasión					
11. Puedo conseguir mis metas					
12. Cuando parece que irremediablemente algo no tiene solución, no abandono					
13. Sé dónde acudir a por ayuda					
14. Bajo presión me concentro y pienso claramente					
15. Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema					
16. No me desanimo fácilmente por el fracaso					
17. Pienso que soy una persona fuerte					
18. Tomo decisiones difíciles o impopulares					
19. Puedo manejar sentimientos desagradables					
20. Sigo los presentimientos que tengo					
21. Tengo muy claro por dónde quiero ir en mi vida					
22. Siento que controlo mi vida					
23. Me gustan los desafíos					
24. Trabajo para conseguir mis metas					
25. Me siento orgulloso de mis logros					

6. SA-45

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez.

Rodee con un círculo la alternativa de respuesta que mejor describa su experiencia habitual en relación con cada problema o molestia (0, 1, 2, 3, 4).

Tenga en cuenta la siguiente escala de valoración.

0	1	2	3	4
<i>Nada en absoluto</i>	<i>Un poco presente</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho o extremadamente</i>
1. SENTIRSE TRISTE			0	1 2 3 4
2. Sentirse solo			0	1 2 3 4
3. NO SENTIR INTERÉS POR LAS COSAS			0	1 2 3 4
4. SENTIRSE DESESPERANZADO CON RESPECTO AL FUTURO			0	1 2 3 4
5. LA SENSACIÓN DE SER INÚTIL O NO VALER NADA			0	1 2 3 4
6. Tener miedo de repente y sin razón			0	1 2 3 4
7. Sentirse temeroso			0	1 2 3 4
8. Sentirse tenso o agitado			0	1 2 3 4
9. Ataques de temor o pánico			0	1 2 3 4
10. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo			0	1 2 3 4