

Actividad física y depresión clínica: lo descrito y sus límites

La investigación sobre actividad física y depresión clínica examina relaciones entre una conducta de movimiento o una intervención de ejercicio y un cuadro depresivo definido clínicamente o sus síntomas, especificando población, medición, comparador y momento de evaluación.

Autoría: EDUFISICA

Publicación: 2026-10-13

Versión del contenido: 2026-10-13

Módulo: Actividad física, ejercicio y adherencia

Nivel propuesto: Avanzado

Lectura estimada: 24 min · 5203 palabras de cuerpo

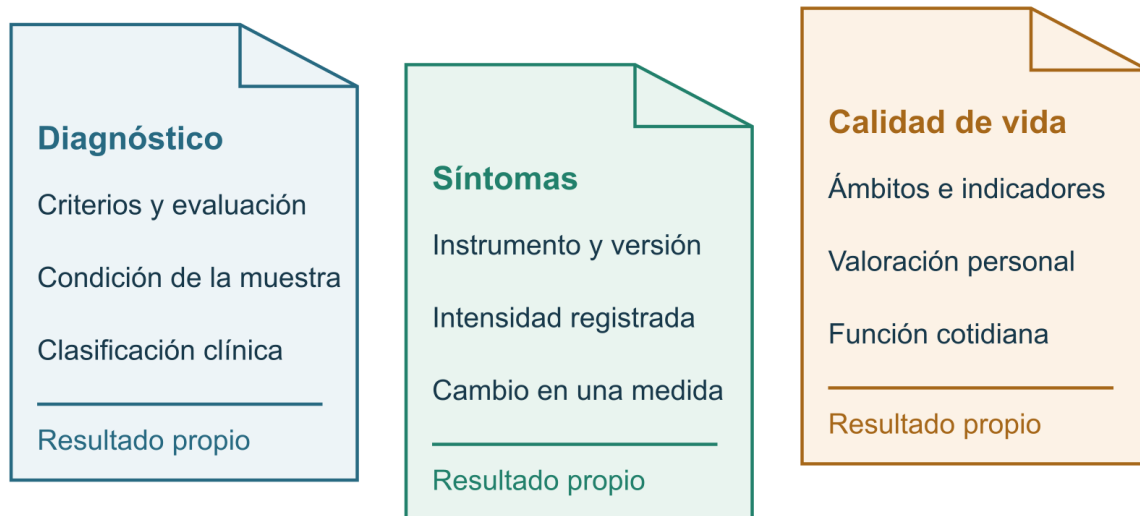
Resumen

Estudiar actividad física y depresión clínica exige distinguir un diagnóstico, la intensidad de síntomas y el bienestar cotidiano. Esta lectura examina las revisiones y ensayos reseñados en la tercera edición de Biddle, Mutrie y Gorely, publicada en 2015, conservando sus fechas, poblaciones y comparadores. Explica por qué el riesgo de sesgo, los resultados nulos y el seguimiento modifican la interpretación de los promedios. Contrasta esa evidencia con investigaciones de calidad de vida en diabetes y cáncer, cuyos resultados pertenecen a esas poblaciones. Incorpora la perspectiva transdiagnóstica de necesidades psicológicas expuesta por van der Kaap-Deeder, diferenciando asociaciones, mecanismos propuestos y muestras clínicas. Los ejemplos propios organizan preguntas de evaluación; no indican tratamientos individuales ni presentan las guías históricas como recomendaciones vigentes.

Palabras clave: depresión clínica; actividad física; síntomas depresivos; riesgo de sesgo; calidad de vida; necesidades psicológicas; comparadores

<https://edufisica.com/enciclopedia/psicologia-deportiva/actividad-fisica-y-depresion-clinica-lo-descrito-y-sus-limites.html>

Tres objetos de evaluación



Una mejoría necesita la medida y el momento que la describen.

[Inferencia] Síntesis original de objetos distintos. Las alturas y formas son recursos de organización, no magnitudes de efecto ni gravedad.

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Stuart J. H. Biddle, Nanette Mutrie y Trish Gorely (2015); Stuart J. H. Biddle, Nanette Mutrie y Trish Gorely (2015); Jolene van der Kaap-Deeder (2023).

Diagnóstico, síntomas y bienestar: objetos diferentes

La actividad física y la depresión clínica se relacionan en investigaciones que plantean preguntas diferentes. Algunas siguen a personas inicialmente libres del problema; otras evalúan ejercicio en participantes que ya presentan depresión. Biddle, Mutrie y Gorely distinguen estas preguntas del estudio de sensaciones agradables después de moverse. El capítulo de 2015 centra su discusión en depresión definida clínicamente, aunque reconoce que las investigaciones previas no siempre utilizaron criterios consistentes para seleccionar participantes o denominar sus resultados.^[1]

Un diagnóstico es una clasificación clínica realizada mediante criterios y evaluación apropiados. Una puntuación de síntomas expresa la intensidad de experiencias recogidas por un instrumento. El bienestar puede incluir afecto positivo, satisfacción o funcionamiento cotidiano. Estos objetos pueden estar relacionados y cambiar de manera diferente. Una puntuación menor en una escala de depresión informa sobre esa medida, mientras una mejor valoración de calidad de vida puede reflejar otros cambios en condiciones, capacidades o experiencias.^{[1][2]}

Van der Kaap-Deeder presenta la psicopatología como un problema que implica sufrimiento y deterioro funcional, y examina necesidades psicológicas desde una perspectiva transdiagnóstica. Su capítulo permite preguntar cómo experiencias de presión, fracaso o exclusión se relacionan con distintas manifestaciones de malestar. La autora también advierte que la mayoría de los estudios reseñados no incluyeron muestras clínicas. Relacionar un concepto con síntomas en una población general y establecer su papel en personas con un diagnóstico son tareas diferentes.^[3]

[Inferencia] Ejemplo hipotético: una investigación comunitaria registra actividad, una escala de síntomas y satisfacción con la vida. Una participante comunica sentirse más acompañada, mientras su puntuación de síntomas permanece similar. Otra cambia la puntuación sin aumentar la actividad registrada. Describir ambos perfiles exige conservar medidas y momentos, en lugar de reunirlos bajo una única etiqueta de mejoría. Si la selección no verificó diagnósticos, el estudio puede aportar conocimiento sobre síntomas o bienestar, pero su nombre y sus conclusiones deben reflejar ese objeto.

Cómo la definición cambia la muestra y el resultado

El capítulo de Biddle y sus colaboradoras utiliza DSM-5 e ICD-10 como referencias de clasificación disponibles para su edición. Sus tablas resumen categorías y criterios históricos, y el texto diferencia juicio clínico, entrevistas e instrumentos empleados en investigación. Las versiones y fechas importan porque el procedimiento de identificación forma parte del estudio. La información de 2015 permite examinar cómo se construyó una muestra; no se presenta aquí como un instrumento actual para que una persona se diagnostique.^[1]

Una dificultad señalada por el libro es incluir bajo depresión experiencias transitorias de afecto negativo o niveles leves que no alcanzan una definición clínica. Esto modifica la pregunta que responde la investigación. Estudiar cambios de ánimo en participantes con pocas dificultades iniciales puede ser valioso, pero representa otro problema que evaluar una intervención en personas que buscaron ayuda y recibieron un diagnóstico. También cambia el margen disponible para que una medida aumente o disminuya durante el seguimiento.^[1]

El ejemplo del Inventario de Depresión de Beck muestra por qué debe identificarse la versión. Los autores contrastan los puntos de corte de la forma original y la revisada, y señalan que algunos estudios iniciales de ejercicio trabajaron con puntuaciones bajas. La misma palabra aplicada a rangos distintos puede producir una apariencia de comparabilidad que la medición no sostiene. El análisis necesita conocer instrumento, versión, criterio de incorporación y forma de interpretar el cambio, antes de comparar magnitudes.^[1]

[Inferencia] En una ficha de lectura, conviene separar la condición de ingreso del desenlace posterior: diagnóstico por entrevista, umbral de una escala o descripción de síntomas; y luego puntuación, funcionamiento o clasificación al finalizar. Esa separación evita atribuir remisión a cualquier disminución numérica. También permite reconocer que un seguimiento mide algo distinto si cambia el instrumento o el procedimiento. La precisión comienza en esas decisiones concretas, sin exigir que todos los estudios respondan exactamente a la misma pregunta.

Las tablas diagnósticas del libro muestran que el estado de ánimo se considera junto con otros cambios y con la afectación del funcionamiento. Esa combinación explica por qué una sola respuesta de tristeza no representa el objeto clínico completo. En investigación, identificar con claridad el procedimiento utilizado también permite comprender si el estudio seleccionó personas por evaluación profesional o por una puntuación declarada. Son rutas de incorporación que producen información distinta sobre la muestra, aunque ambas empleen la palabra depresión.^[1]

Seguimiento prospectivo y dirección de las relaciones

Un estudio transversal registra actividad y depresión en un mismo momento. Puede mostrar que las personas menos activas presentan más síntomas, pero ese patrón admite direcciones diferentes. En un estudio prospectivo se mide una condición inicial y se observa qué ocurre después. Biddle, Mutrie y Gorely destacan que la secuencia temporal ayuda a examinar si la actividad precede a la aparición del problema. Esto aporta información que la fotografía transversal no contiene, sin retirar por sí mismo las otras explicaciones.^[1]

La reseña de Whitehall II, publicada por Azevedo Da Silva y colaboradores en 2012, ilustra reciprocidad. Personas sin depresión inicial que eran más activas presentaban menor probabilidad del problema ocho años después; quienes tenían depresión inicial eran más propensas a la inactividad en el seguimiento. El texto relaciona estos hallazgos con el desafío de mejorar motivación y participación cuando la persona ya experimenta malestar. La actividad no aparece únicamente como antecedente: también puede cambiar junto con la condición psicológica.^[1]

El capítulo reúne estudios que ajustan variables como edad, situación socioeconómica y salud. Ajustar significa considerar estadísticamente información que podría explicar parte de la relación. La elección y la calidad de esas medidas condicionan lo que el ajuste puede aportar. Además, la conducta se obtuvo mediante autoinformes en varios de los trabajos reseñados. Frecuencia declarada, categorías amplias y registros de duración no representan de manera idéntica la exposición que se intenta estudiar.^[1]

[Inferencia] Un ejemplo hipotético ayuda a precisar el tiempo: se pregunta por actividad al inicio, se identifica el estado psicológico y se repite la evaluación años

después. Si el malestar lleva a dejar actividades, la trayectoria difiere de la de alguien que mantiene baja participación desde antes. Registrar ambas condiciones permite comparar historias. La interpretación necesita también conocer cambios de salud, trabajo y vínculos durante ese período, porque pueden modificar tanto la oportunidad de moverse como el desenlace psicológico.

Qué aportan los hallazgos positivos y nulos de las cohortes

Las tablas de Biddle y sus colaboradoras conservan una evidencia prospectiva heterogénea. Una reúne siete estudios con resultados interpretados como protectores y otra presenta tres que no mostraron ese efecto. Las poblaciones incluyen trabajadores, hombres graduados universitarios, adultos comunitarios y personas de edad media o avanzada. También varían las definiciones de actividad y depresión. Por eso, el resultado de una cohorte requiere su población y su medición, en lugar de convertirse en una descripción de cualquier participante deportivo.^[1]

En Farmer y colaboradores, de 1988, la tabla distingue resultados de actividad recreativa en mujeres y resultados que no mostraron esa asociación en hombres o actividad no recreativa. En Cooper-Patrick y colaboradores, de 1997, la muestra se componía de médicos varones y no apareció una predicción prospectiva significativa basada en la frecuencia declarada de ejercicio. Estas diferencias ayudan a leer qué acción se midió y qué grupo fue observado. No establecen una regla según la cual un sexo responda siempre mejor.^[1]

El estudio de Camacho, de 1991, permite distinguir asociación inicial y cambios de actividad. El libro compara cuatro trayectorias entre 1965 y 1974 y la depresión en 1983. En la tabla de estimaciones ajustadas, ninguna comparación con el grupo que mantuvo actividad alta alcanzó significación estadística. Los autores discuten el tamaño del grupo y la estabilidad frente a ajustes para interpretar la estimación mayor. Esa argumentación favorable no cambia el resultado de significación ni elimina la incertidumbre de sus intervalos.^[1]

La revisión de Mammen y Faulkner, de 2013, es reseñada como un conjunto de treinta estudios prospectivos: veinticinco mostraron una relación inversa entre actividad inicial y depresión posterior. El mismo capítulo señala heterogeneidad de las medidas y ausencia de una curva de dosis-respuesta claramente identificada. [Inferencia] Para una comparación de investigación, contar hallazgos concordantes ofrece una orientación inicial, pero examinar resultados nulos, métodos y poblaciones permite comprender cuánto se parecen realmente los estudios que se están reuniendo.^[1]

Las revisiones históricas y sus distintas conclusiones

Biddle, Mutrie y Gorely describen cómo crecieron los ensayos y las revisiones sobre ejercicio y depresión. Su relato contrapone una interpretación favorable del conjunto con revisores que consideraban insuficiente la calidad disponible. Este debate forma parte del capítulo de 2015. Las síntesis reúnen investigaciones anteriores y dependen de sus criterios de inclusión, comparadores y evaluación metodológica. Conservar el año ayuda a entender el lugar de cada revisión, sin convertir el libro en una actualización del estado actual del tratamiento.^[1]

Lawlor y Hopker, de 2001, incluyeron catorce ensayos aleatorizados según la reseña. La comparación con ausencia de tratamiento mostró un tamaño de efecto de $-1,1$, con intervalo de confianza de $-1,5$ a $-0,6$. El capítulo presenta un debate sobre la conclusión: los revisores destacaban debilidades metodológicas y seguimiento, mientras los autores del libro interpretaban el conjunto de manera más favorable. La magnitud agrupada y el juicio sobre confianza en la evidencia deben conservarse juntos.^[1]

Rimer y colaboradores, de 2012, reunieron treinta estudios y la reseña presenta un tamaño de efecto de $-0,67$ frente a condiciones sin tratamiento. Al retirar estudios con determinados riesgos de sesgo, el análisis de cuatro ensayos mostró una estimación reducida que seguía siendo significativa. La comparación con terapia cognitivo-conductual incluía seis estudios y no encontró una diferencia significativa. El capítulo consideraba insuficiente el número de comparaciones con fármacos para una conclusión firme sobre esa relación.^[1]

La actualización de Cooney y colaboradores, de 2013, redujo nuevamente la estimación agrupada frente a ausencia de tratamiento. La selección de seis ensayos con mejor protección metodológica produjo un efecto pequeño que no alcanzó significación estadística. Las comparaciones con terapia cognitivo-conductual y medicamentos tampoco hallaron diferencias significativas, con pocos estudios pequeños. Esto no demuestra equivalencia entre tratamientos. Expresa el resultado de comparaciones históricas cuya precisión y capacidad para detectar diferencias limitaban el alcance de sus conclusiones.^[1]

Riesgo de sesgo, precisión y seguimiento

El riesgo de sesgo identifica características de diseño, ejecución o análisis que pueden distorsionar una estimación. En el capítulo, la figura de la revisión de Rimer distingue generación de la secuencia, ocultación de la asignación, cegamiento, datos incompletos y otros problemas. Ocultar la asignación intenta impedir que conocer el próximo grupo influya en la incorporación de participantes. Evaluar esos aspectos añade información a la pregunta de si el promedio favorece una condición.^[1]

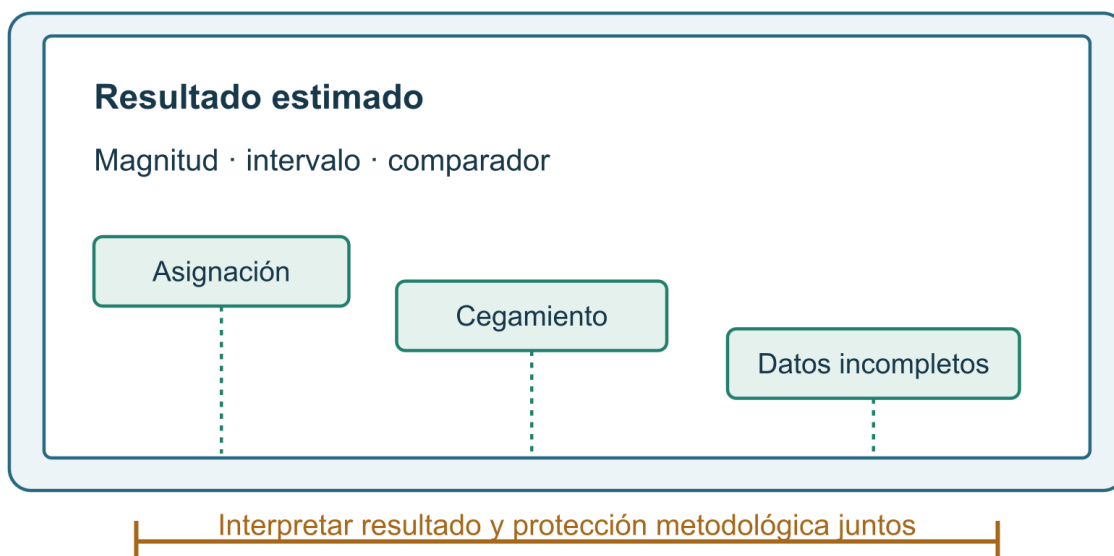
Los estudios de ejercicio tienen una dificultad específica: la persona reconoce que está realizando actividad. Biddle y sus colaboradoras explican que el cegamiento completo habitual en algunas comparaciones farmacológicas no se reproduce de la misma forma. Puede mantenerse desconocido el grupo para quien evalúa el desenlace, aunque una conversación con participantes también podría revelarlo. Esa limitación exige describir qué se protegió y qué no, en lugar de tratar todo ensayo aleatorizado como igualmente protegido.^[1]

El tamaño de muestra afecta a la precisión. Una comparación pequeña puede dejar sin detectar una diferencia, y un intervalo amplio admite valores diferentes del efecto. Los datos incompletos importan porque las personas que terminan pueden diferir de quienes abandonan. El libro también señala que un grupo en lista de espera podría sentirse desmoralizado, mientras un grupo control puede empezar a moverse por iniciativa propia. Ambos procesos modifican la comparación que el ensayo pretendía producir.^[1]

El seguimiento ofrece otro problema concreto. Un cambio al finalizar un programa supervisado no describe necesariamente lo que ocurre después. La reseña pide medir conducta con procedimientos más objetivos cuando sea posible, distinguir los desenlaces psicológicos y mantener observaciones a largo plazo. [Inferencia] Una lectura útil registra quién fue evaluado en cada momento y qué recibió cada grupo durante ese período. Así puede diferenciar un resultado temprano, la persistencia de una diferencia y una relación observada únicamente entre quienes aportaron datos posteriores.^[1]

La significación estadística tampoco describe por sí sola importancia clínica. La discusión de las revisiones reúne magnitudes y confianza metodológica porque una diferencia promedio puede ser precisa o incierta, grande o pequeña, y relevante para una medida particular. El signo del tamaño de efecto depende de cómo se codificó la comparación; en las síntesis descritas, valores negativos favorecerían descenso de puntuaciones. No son porcentajes de personas recuperadas. Mantener esa unidad evita transformar una estimación de cambio en una tasa de éxito.^[1]

Leer la estimación con sus condiciones



[Inferencia] Composición original de criterios de lectura. Las posiciones de las pestañas no indican frecuencia, gravedad relativa ni puntuaciones de calidad.

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Stuart J. H. Biddle, Nanette Mutrie y Trish Gorely (2015).

Un comparador activo cambia la pregunta del ensayo

Krogh y colaboradores, de 2012, compararon ejercicio aeróbico y estiramientos durante tres meses en pacientes con depresión mayor. Según Biddle y sus colaboradoras, no apareció una diferencia entre grupos en depresión. El diseño no incluía una condición de atención habitual o sin tratamiento. La interpretación del libro cuestiona concluir, a partir de ese contraste, que el ejercicio carece de efecto: las dos condiciones incorporaban actividad y podían influir en cómo se sentían los participantes.^[1]

La discusión permite definir un comparador activo: una condición de contraste que contiene experiencias o acciones capaces de afectar al resultado. Puede incluir movimiento, contacto profesional, compañía o una expectativa de ayuda. El libro propone que los estiramientos considerados inicialmente como control de atención quizá no fueran inertes, especialmente en personas que llevaban tiempo sin actividad. Esa posibilidad es una explicación de los autores; la ausencia de un grupo adicional deja sin observar directamente la trayectoria sin esas experiencias.^[1]

Para ilustrar su argumento, el capítulo reseña una investigación de Daley en mujeres tratadas por cáncer de mama. La comparación incluía ejercicio aeróbico, una condición de actividad ligera y atención habitual. El relato del capítulo de depresión

destaca que la atención habitual añadió información que habría faltado con solo dos grupos. Ese ejemplo pertenece a calidad de vida en una población oncológica. Ayuda a comprender una decisión de diseño, sin suministrar una respuesta sobre eficacia para cualquier diagnóstico depresivo.^[1]

[Inferencia] Si dos grupos mejoran de manera similar, hay varias preguntas posibles: si uno supera al otro, si ambos superan atención habitual y qué parte de cada condición contribuye al cambio. Ninguna pregunta se responde simplemente observando descenso dentro de cada grupo. Una figura conceptual puede distinguir los comparadores sin asignarles beneficios. Este razonamiento permite reconocer qué información produce el contraste realizado y cuál exigiría otra condición o una investigación adicional, conservando el resultado nulo como parte de la evidencia.

TREAD: efecto adicional y límites de la comparación

La reseña de TREAD, de Chalder y colaboradores en 2012, describe dos grupos que recibieron atención habitual para depresión en el Reino Unido. Uno recibió además sesiones individuales con un asesor de actividad física. Ambos redujeron puntuaciones a lo largo del tiempo y no apareció una ventaja del asesoramiento añadido. El libro reconoce características favorables del ensayo, como su integración en atención ordinaria y el tamaño de muestra, a la vez que señala el uso de actividad autoinformada.^[1]

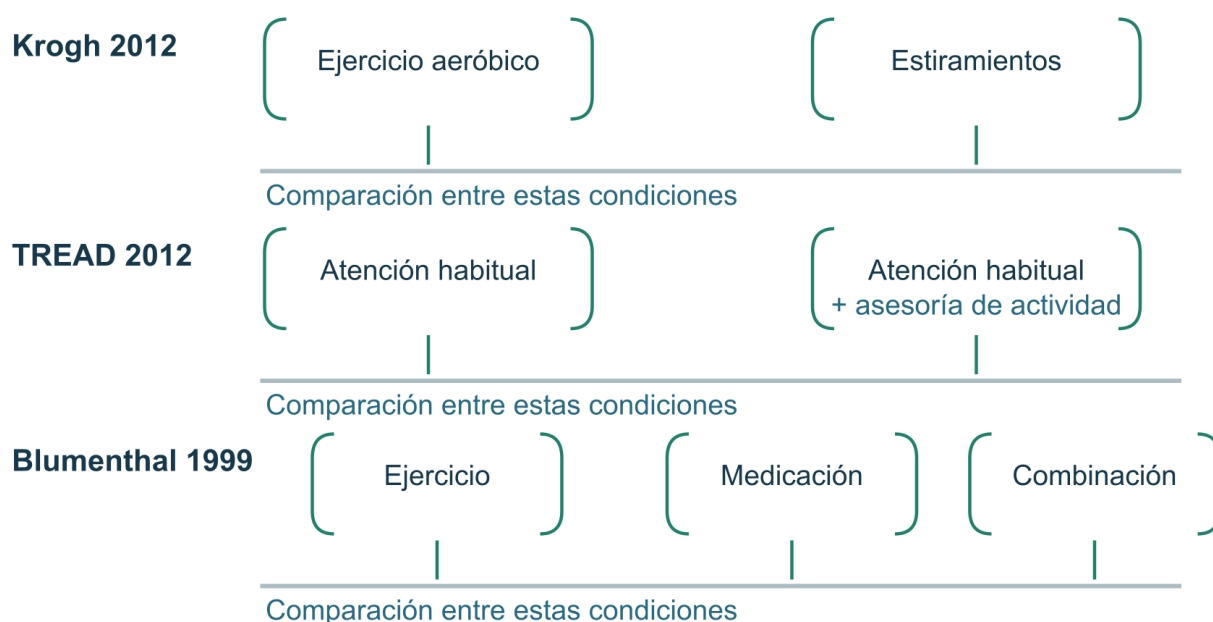
Biddle, Mutrie y Gorely discrepan con una conclusión general que descartara actividad física a partir de ese resultado. Su argumento distingue añadir facilitación de actividad a un tratamiento existente de estudiar ejercicio como condición independiente. También considera que el grupo habitual tenía oportunidades de aumentar actividad. Esta crítica debe atribuirse a los autores del libro. El hallazgo descrito sigue siendo que la condición añadida no mostró una ventaja en depresión bajo la comparación utilizada.^[1]

El capítulo lo contrasta con el estudio de Blumenthal y colaboradores, de 1999, que comparó ejercicio, medicación y combinación durante dieciséis semanas. La reseña indica reducciones en los tres grupos y ausencia de apoyo a la hipótesis de superioridad de la combinación. También relata un seguimiento posterior de Babyak, de 2000. Es información secundaria sobre esas condiciones y esos participantes; no demuestra que intervenciones distintas sean intercambiables para cualquier persona ni que una opción sea superior actualmente.^[1]

[Inferencia] Para describir una comparación, conviene formular el contraste completo: atención habitual más una intervención frente a atención habitual, o una condición frente a otra con contenido propio. Después se identifica medida y momento. La diferencia adicional responde a lo que aportó la intervención en presencia del resto de la atención. Si interesa otro contraste, esa pregunta puede motivar un nuevo

estudio, pero no transforma el resultado del ensayo existente en la respuesta que se habría obtenido con un diseño diferente.

El comparador define la pregunta



[Inferencia] Organización original de comparadores reseñados. El esquema muestra el contenido de los grupos, sin ordenar eficacia ni demostrar equivalencia.

Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Stuart J. H. Biddle, Nanette Mutrie y Trish Gorely (2015).

Cantidad de ejercicio y mecanismos propuestos

Dunn y colaboradores, de 2005, son reseñados como un ensayo que comparó dos cantidades semanales de ejercicio aeróbico, distribuidas con frecuencias diferentes, junto con una condición de estiramientos. La investigación duró doce semanas. El capítulo atribuye un mayor descenso de puntuaciones a la cantidad semanal más alta estudiada, mientras la frecuencia de tres o cinco días no resultó determinante dentro de ese contraste. Esto distingue cantidad y distribución como variables de una investigación concreta.^[1]

Las sesiones fueron supervisadas y los participantes permanecían separados de otros ejercitantes. Biddle y sus colaboradoras utilizan esa condición para descartar el ejercicio en grupo como explicación del resultado de ese ensayo. La observación no elimina todos los elementos sociales o psicológicos del procedimiento, como la supervisión profesional o las expectativas. Tampoco identifica una cantidad óptima

universal. El mismo capítulo reconoce que diversas cantidades siguen sin estudiarse y que aumentar ejercicio no implica una progresión indefinida de beneficios.^[1]

Los mecanismos propuestos incluyen cambios bioquímicos y experiencias psicológicas, como dominio o logro. La explicación mediante endorfinas es examinada críticamente: el libro reseña que la evidencia seguía siendo poco convincente. También considera resultados de actividad no aeróbica para cuestionar que mejorar capacidad aeróbica sea la única vía necesaria. Medir condición física y experiencias permite contrastar explicaciones, pero observar una mejoría junto con otra no identifica automáticamente qué proceso produjo el desenlace.^[1]

[Inferencia] Una propuesta de investigación podría preguntar si el cambio de síntomas se relaciona con actividad realizada, experiencia de competencia o contacto del programa. Para estudiar mediación necesitaría medir esos procesos y su secuencia, y considerar explicaciones alternativas. Esa propuesta no es un protocolo de ejercicio para una persona con depresión. Su propósito es volver explícita la diferencia entre describir el contenido de una intervención, mostrar un resultado y explicar mediante qué proceso apareció.

Causalidad y propuestas históricas: atribuir el juicio

Biddle, Mutrie y Gorely organizan su discusión causal mediante ocho criterios inspirados en Hill: fuerza, consistencia, especificidad, temporalidad, dosis-respuesta, plausibilidad, coherencia y evidencia experimental. El capítulo reúne información bajo cada criterio y sostiene una interpretación favorable de la conexión causal. También reconoce que la depresión tiene múltiples causas y que la inactividad se relaciona con varios problemas, por lo que no existe especificidad simple entre ambas condiciones.^[1]

Este razonamiento integra diseños y explicaciones, pero conserva las tensiones ya descritas. La temporalidad prospectiva aporta información, el ensayo contrasta condiciones y la plausibilidad formula mecanismos. Los autores reconocen que los mecanismos siguen en debate y citan revisores menos positivos sobre la certeza causal. Leer esa discusión requiere distinguir datos reseñados y valoración de los autores. El argumento de 2015 es una postura documentada dentro del libro, no una certificación actual de todos los resultados clínicos.^[1]

Las guías de NICE de 2009, SIGN de 2010 y documentos británicos de 2011 aparecen como parte del reconocimiento profesional de la actividad física. El capítulo también menciona preferencias de pacientes y plantea investigar coste-efectividad. Estas referencias ilustran la historia que el libro conocía. Sus indicaciones, clasificaciones de evidencia y formas de atención no se convierten aquí en recomendaciones vigentes ni en instrucciones individuales. El alcance es comprender cómo los autores conectaban evidencia, incertidumbre y propuestas en esa edición.^[1]

La revisión de jóvenes conserva una frontera adicional. El libro reseña que Larun y colaboradores, de 2006, encontraban pocos estudios y no podían determinar el efecto en ansiedad y depresión; Biddle y Asare, de 2011, destacaban limitaciones de diseño. También menciona un estudio prospectivo adolescente de 2013 sin efecto protector. Estos resultados impiden convertir un promedio obtenido principalmente en adultos en una conclusión sobre edades distintas. La población es una condición sustantiva de cada comparación, tanto en actividad comunitaria como en deporte.^[1]

Calidad de vida y adherencia: el contraste de diabetes

El capítulo clínico adicional de Biddle, Mutrie y Gorely organiza su revisión alrededor de calidad de vida y adherencia en diabetes y cáncer. Calidad de vida combina condiciones y valoraciones de lo que importa a una persona. El texto distingue indicadores objetivos y subjetivos y describe ámbitos físicos, materiales, sociales, productivos, emocionales y cívicos. Este objeto es más amplio que una puntuación depresiva. Una investigación puede examinar funcionamiento o autonomía cotidiana sin haber evaluado tratamiento de depresión clínica.^[2]

La adherencia se refiere aquí a conservar participación en una actividad o programa. El capítulo subraya que los desafíos de una condición médica, la confianza en capacidades y las oportunidades de apoyo forman parte de ese proceso. En diabetes, reseña un seguimiento observacional con asociaciones favorables y ensayos con resultados diferentes. Tessier y colaboradores, de 2000, no registraron cambios significativos en calidad de vida; Ligtenberg y colaboradores, de 1998, observaron una mejoría inicial que volvió al nivel basal después de finalizar la supervisión.^[2]

El segundo ejemplo permite separar desenlaces en el tiempo: según el libro, la capacidad aeróbica permanecía superior al control mientras las puntuaciones de calidad de vida regresaban a su situación inicial. La participación, la función física y la experiencia subjetiva no se sostuvieron de manera idéntica. Además, las investigaciones descritas incluían personas con diabetes de tipos y edades diferentes. El capítulo pide conocer los problemas particulares de participación, en lugar de deducirlos del diagnóstico general o del beneficio esperado.^[2]

La figura de consulta de actividad física reúne discusión de barreras, oportunidades y apoyo, dentro de investigaciones en diabetes tipo 2. Su contenido incluye evaluación, metas y seguimiento, pero el resultado de un paquete no identifica la eficacia aislada de cada paso. [Inferencia] Como contraste para leer depresión, este material ayuda a preguntar por acceso, experiencia y continuidad de participación. Sus resultados médicos y sus indicaciones concretas permanecen en el contexto original; no constituyen un programa validado para participantes con otro diagnóstico.^[2]

Cáncer de mama: distinguir desenlaces y personas seguidas

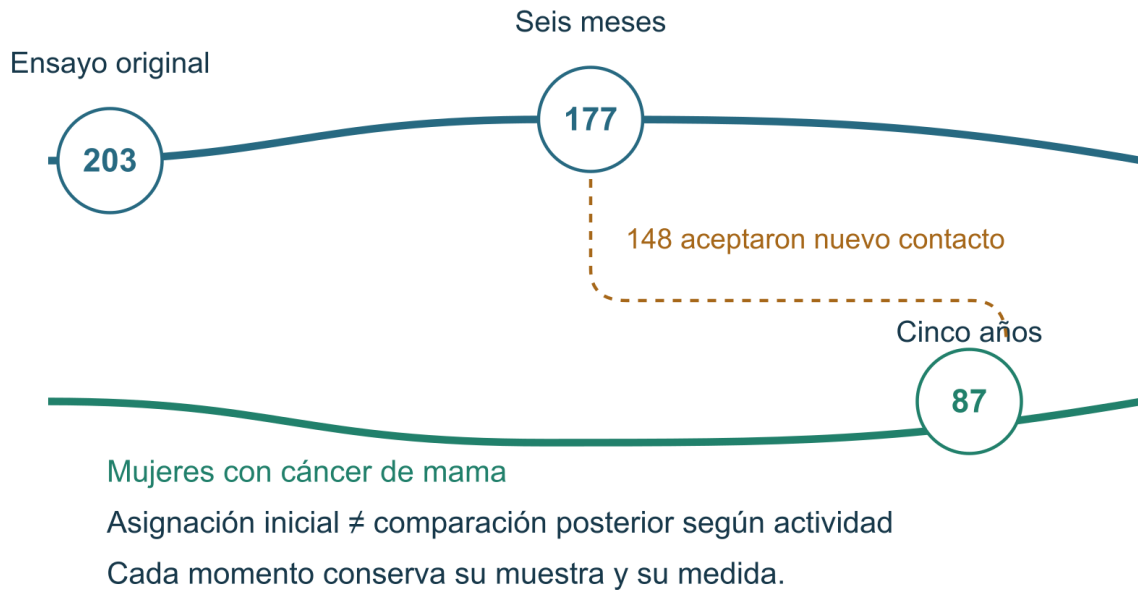
El capítulo 15 reseña ejercicio en mujeres durante y después del tratamiento de cáncer de mama. La investigación atribuida a Mutrie y colaboradores, de 2007, incluyó 203 mujeres y 177 completaron el seguimiento a seis meses. Comparó un programa grupal supervisado añadido a atención habitual con atención habitual. Las medidas abarcaron calidad de vida, depresión, afecto, actividad y funcionamiento físico. Describir esa amplitud evita interpretar cualquier resultado positivo como una mejoría demostrada en todos los desenlaces.^[2]

La reseña comunica beneficios funcionales y psicológicos específicos y explica que las clases incluían discusiones sobre beneficios, barreras, autoeficacia, metas, apoyo y mantenimiento. El control recibió después una consulta personal al finalizar el seguimiento de seis meses. Esa información importa para interpretar las observaciones posteriores: las experiencias de los grupos no quedaron separadas para siempre. El programa combinaba movimiento supervisado y recursos de cambio conductual, de modo que no permite atribuir todo resultado a un componente único.^[2]

En el seguimiento a cinco años, de las 148 mujeres que aceptaron nuevo contacto, 87 repitieron las medidas originales. El texto relata más actividad de ocio y afecto positivo en la asignación inicial de intervención. También informa que, con independencia del grupo original, las mujeres más activas comunicaban menor depresión y mayor calidad de vida. Esa última relación es una comparación según actividad observada, distinta del contraste basado en asignación. La pérdida de participantes y la evolución posterior forman parte de su interpretación.^[2]

Las entrevistas añadieron barreras psicológicas, físicas y contextuales: temor, fatiga, recuperación, trabajo y obligaciones de cuidado. La tabla cualitativa compara relatos de los grupos sobre conocimiento, seguridad y participación. Es información sobre experiencias en esta población oncológica. [Inferencia] Sirve para formular preguntas sobre cómo una intervención encaja en la vida, sin concluir que eliminar una barrera concreta cure depresión. El seguimiento ofrece conocimiento sobre continuidad y significado; la evaluación clínica de otro problema exige medidas y participantes adecuados a ese problema.^[2]

Quién aportó datos en cada momento



[Inferencia] Organización original de los recuentos reseñados. No representa una tasa de remisión ni un efecto de ejercicio sobre depresión diagnosticada; distingue muestras y comparaciones. Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Stuart J. H. Biddle, Nanette Mutrie y Trish Gorely (2015).

Necesidades psicológicas y síntomas: una comparación general

Van der Kaap-Deeder distingue satisfacción y frustración de autonomía, competencia y vinculación. Satisfacción implica volición, eficacia en propósitos importantes y conexión con otras personas. Frustración describe obstrucción activa de esas experiencias, como presión, fracaso o exclusión. La diferencia es importante: pocas oportunidades de elección y sentirse forzado no son descripciones idénticas. La autora examina cómo estas experiencias se relacionan con funcionamiento y psicopatología, sin restringirlas a actividad física o a una sola condición clínica.^[3]

El capítulo organiza evidencia acumulada: distintos estudios relacionan necesidades con manifestaciones diferentes y, considerados conjuntamente, sugieren un papel transdiagnóstico. En muestras generales se reseñan asociaciones con síntomas depresivos, entre otros problemas. También se describe un estudio de estudiantes de secundaria seguido durante nueve meses, en el que frustración predecía aumento de síntomas. El seguimiento aporta temporalidad, pero las experiencias no se asignaron experimentalmente y la población sigue siendo escolar, sin transformarse en pacientes deportistas.^[3]

Una reseña deportiva de Bartholomew y colaboradores, de 2011, sí mantiene deportistas como población. Según el capítulo, satisfacción se relacionaba con vitalidad y afecto positivo, mientras frustración era un predictor más consistente de resultados desadaptativos, que incluían depresión y otros síntomas. Este hallazgo muestra un ámbito deportivo específico dentro de la exposición general. No estudia por sí mismo ejercicio como tratamiento de depresión diagnosticada ni autoriza a sustituir evaluación clínica por una medida de necesidades.^[3]

[Inferencia] En una investigación de actividad, puede interesar registrar tanto acciones como experiencias: si la persona siente elección, capacidad y conexión, o presión y aislamiento. Ese registro añadiría información sobre el contexto motivacional. Las experiencias pueden relacionarse con participación o malestar y requieren análisis propio. Una escala de necesidades no funciona como diagnóstico de depresión; una mejora de autonomía tampoco equivale, por su nombre, a mejoría clínica. El contraste teórico ayuda a formular variables específicas y a conservar las diferencias entre sus resultados.

Papeles etiológicos, sintomáticos y recíprocos

La función transdiagnóstica plantea que un proceso puede estar relacionado con formas distintas de psicopatología. Van der Kaap-Deeder separa evidencia acumulada y pruebas dirigidas a esa pregunta. En la reseña de Campbell y colaboradores, de 2018, incluir frustración de necesidades hacía que la relación concurrente entre síntomas depresivos y patología alimentaria dejara de ser significativa. Esto examina covariación compartida entre síntomas; no convierte una relación estadística en la prueba de una intervención deportiva.^[3]

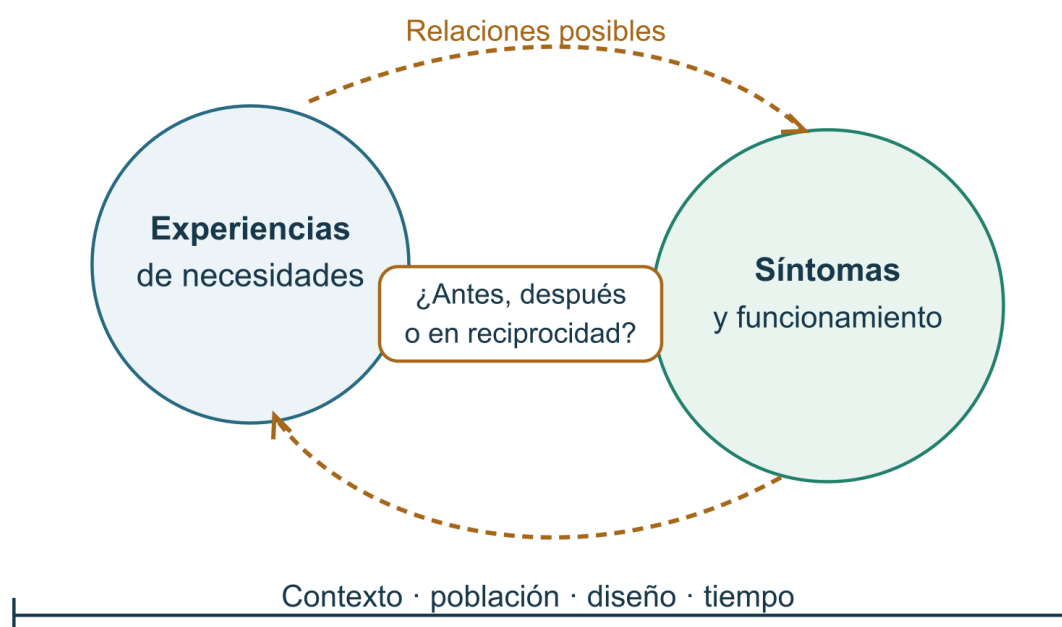
El capítulo también reseña pacientes con trastornos alimentarios y adolescentes clínicamente derivados y no clínicos. La referencia de Depestele, de 2021, figura como manuscrito enviado para publicación en la bibliografía consultada. Brenning y colaboradores, de 2022, aparecen con una mediación parcial entre regulación emocional, necesidades y problemas internos y externos. Preservar esas condiciones evita reunir resultados de procedencias diferentes como si fueran una misma prueba. La autora propone un papel común de necesidades, pero la interpretación exige conservar diseño y publicación.^[3]

Un papel etiológico significa participar en el origen o mantenimiento del problema. Un papel sintomático significa formar parte de la experiencia del propio problema. El capítulo considera también relaciones recíprocas: un estado depresivo puede dificultar vínculos y aumentar frustración de vinculación, mientras experiencias frustrantes podrían contribuir al malestar. La reseña de O'Keefe, de 2016, relaciona síntomas depresivos con aumento posterior de pertenencia frustrada a cuatro

semanas. Este ejemplo concreta una dirección que un modelo exclusivamente antecedente dejaría fuera.^[3]

La autora reconoce predominio de diseños transversales y escasez de estudios longitudinales y experimentales. Por eso, asignar en cada condición un papel causal o sintomático continúa siendo un problema de investigación. [Inferencia] Un registro repetido podría examinar si cambios de vínculos preceden a cambios de síntomas o aparecen después. Para explicar una trayectoria individual haría falta información contextual adicional. La reciprocidad organiza preguntas sobre el tiempo; no ofrece una cadena obligatoria ni una causa única aplicable a cualquier participante.^[3]

Necesidades y síntomas a través del tiempo



[Inferencia] Representación original de una pregunta teórica general. Las rutas discontinuas expresan relaciones por investigar y no una cadena causal validada para ejercicio o depresión en deportistas. Esquema didáctico original de EDUFISICA. Bases conceptuales: Jolene van der Kaap-Deeder (2023).

Contexto, vulnerabilidad y funcionamiento cotidiano

Van der Kaap-Deeder relaciona la teoría con modelos dimensionales de psicopatología como HiTOP. La comparación sitúa depresión entre problemas internalizantes, junto con otras manifestaciones de malestar, y propone que presión interna y autoestima contingente pueden ayudar a comprender determinadas experiencias. Es un puente teórico entre organización de síntomas y procesos motivacionales. No constituye una clasificación basada en frecuencia de ejercicio ni un procedimiento para inferir diagnóstico a partir de éxito o fracaso en una actividad.^[3]

La autora considera otros factores transdiagnósticos, como sueño, regulación emocional y pensamiento negativo repetitivo. Plantea investigar sus efectos únicos, interacciones y relaciones recíprocas con necesidades. En lugar de atribuir todo malestar a una sola experiencia, este enfoque reconoce varios procesos posibles. La historia de apoyo, la interpretación de eventos y las formas de regular emociones pueden intervenir en distintos momentos. El texto identifica estas relaciones como preguntas que requieren más investigación, con resultados de ámbitos concretos.^[3]

Las tres vías de vulnerabilidad descritas son propuestas proactivas, evocativas y reactivas. Una característica puede relacionarse con contextos que se seleccionan, con respuestas de otras personas o con la forma de interpretar acontecimientos. El capítulo usa perfeccionismo autocrítico y experiencias de fracaso como ejemplos. También considera adversidad y recursos de apoyo, conservando una intervención reseñada en refugiados como evidencia de esa población. Ninguno de esos ejemplos representa por sí mismo un efecto de actividad física sobre depresión.^[3]

[Inferencia] En una situación hipotética de participación comunitaria, dos personas pueden vivir de manera distinta la misma dificultad. Una puede interpretarla como información para aprender y otra como confirmación de incapacidad; también pueden recibir apoyos distintos. Escuchar esa experiencia ayuda a describir el contexto, sin atribuirle automáticamente un trastorno o culpar a la persona por su malestar. La explicación necesita separar evento, interpretación, relación y síntomas, y conservar los recursos y obstáculos de la vida cotidiana que condicionan la participación.

La agenda general también pregunta por ausencia prolongada de experiencias positivas. El capítulo distingue una reducción de satisfacción en un dominio o por poco tiempo de experiencias que se extienden durante meses o a diferentes ámbitos importantes. Esta diferencia ayuda a formular preguntas sobre continuidad y amplitud, sin declarar un umbral clínico. La autora señala que muchas investigaciones midieron necesidades en el presente y en dominios específicos; ampliar períodos y contextos es una propuesta para comprender mejor su relación con psicopatología.^[3]

Evaluar una propuesta conservando el alcance clínico

El conjunto de capítulos ofrece preguntas concretas para evaluar investigación: qué condición define la muestra, qué actividad se estudia, qué recibe cada grupo y qué resultado se observa. La discusión de depresión aporta comparadores y riesgo de sesgo; el capítulo clínico distingue calidad de vida y adherencia; la perspectiva transdiagnóstica pregunta por experiencias y dirección temporal. Esas contribuciones no producen una única receta. Ayudan a organizar información de intervenciones diferentes y a reconocer qué comparación respalda cada afirmación.^{[1][2][3]}

[Inferencia] Ejemplo hipotético: un servicio quiere estudiar una oportunidad de actividad elegida por personas que ya reciben atención clínica. Antes de evaluar, podría definir quién puede participar bajo esa atención, qué recursos ofrece y qué condición de comparación permite responder a su pregunta. Si el propósito es estudiar un efecto adicional, debe conservar lo que reciben ambos grupos. La coordinación profesional y las preferencias forman parte de la propuesta; el ejemplo no especifica ejercicios, dosis ni decisiones de tratamiento para una persona.

[Inferencia] El seguimiento podría diferenciar actividad realizada, permanencia, experiencias de apoyo, síntomas y funcionamiento. También documentaría cambios en la atención recibida y quién aporta datos en cada momento. Si aumenta participación sin diferencia detectable en síntomas, ese resultado merece descripción propia. Si mejora calidad de vida, debe explicarse con la medida utilizada. Reunir resultados distintos en una palabra favorable oculta la información que permite comprender si la propuesta funcionó para su propósito y en qué condiciones.

La agenda de van der Kaap-Deeder pide más muestras clínicas, observaciones longitudinales e investigaciones de intervención. También plantea estudiar satisfacción de necesidades a través del tiempo y de dominios importantes, además de vulnerabilidades. Biddle y sus colaboradoras destacan seguimiento, medición y problemas de comparación. Mantener esas preguntas abiertas permite leer lo descrito con precisión: revisiones históricas, resultados específicos y explicaciones propuestas. El conocimiento local aporta material para estudiar actividad y depresión; sus límites se concretan en población, fecha, medida, diseño y resultado.^{[1][3]}

Referencias bibliográficas

1. Biddle, S. J. H., Mutrie, N., & Gorely, T. (2015). *Psychology of physical activity: Determinants, well-being and interventions* (3rd ed.). Routledge.

Capítulo 3. *Physical activity and clinical depression: can physical activity beat the blues?*

2. Biddle, S. J. H., Mutrie, N., & Gorely, T. (2015). *Psychology of physical activity: Determinants, well-being and interventions* (3rd ed.). Routledge.

Capítulo 15. *Physical activity interventions for clinical populations and conditions*

3. Van der Kaap-Deeder, J. (2023). The transdiagnostic role of the basic psychological needs in psychopathology. En R. M. Ryan (Ed.), *The Oxford handbook of self-determination theory* (pp. 819–836). Oxford University Press.

Capítulo 40. *The transdiagnostic role of the basic psychological needs in psychopathology*

Fuentes y criterios editoriales: edufisica.com/enciclopedia/psicologia-deportiva/fuentes-y-metodo.html