



facultad
de
ciencias
de la
educación



TRABAJO FIN DE GRADO

Coaching y Ejercicio Físico: Optimización de
Resultados en Pacientes con Depresión.

Una Revisión Sistemática

Coaching and Exercise: Optimization of Results for Patients with Depression. A
Systematic Review

Autor: D. Alberto Guevara Moreno

Directora: D^a. María Esther Prados Megías

Codirectora: D^a. María Jesús Lirola Manzano

Grado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte

Facultad de Ciencias de la Educación

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Curso Académico: 2019/2020

Almería, septiembre de 2020

RESUMEN

Palabras clave: Trastorno psicológico, actividad física, entrenamiento para la salud, beneficios.

Introducción: La depresión es un problema a nivel mundial, que afectaba en 2015 a más de 300 millones de personas en todo el mundo. El coaching y el ejercicio físico parecen ser efectivos en la mejora de los trastornos psicológicos. La combinación de terapias de coaching y la aplicación de programas de ejercicio físico podría ser beneficioso para conseguir importantes mejoras en el tratamiento de la depresión.

Objetivo: Llevar a cabo una revisión sistemática de la literatura existente sobre intervenciones, programas, experiencias e investigaciones que aborden la actividad física en un sentido amplio y terapias basadas en coaching para conocer la influencia en cuadros de depresión, asociado a diversos factores.

Método: Revisión Bibliográfica en 3 bases de datos (Pubmed, Web of Science, y Scopus) obteniendo 157 artículos de los cuales solo 6 cumplieron los criterios de inclusión/exclusión y cualificados según el criterio PRISMA.

Resultados: El modo de evaluación varió entre las investigaciones utilizándose el cuestionario PHQ-9 para la depresión, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), o la escala de Calidad de Vida (QOL) entre otros. En todos los artículos se observaron, en mayor o menor grado, disminuciones en los niveles de depresión, se aumentaron los niveles de actividad física y se produjeron mejoras en el estado de ánimo.

Conclusiones: La literatura que comprueba la eficacia del coaching y el EF en la depresión es escasa, por lo que se abre un gran campo a investigar. La depresión es una enfermedad cada vez más frecuente y sería interesante poder obtener unas conclusiones claras. Debido a que se dificultan las conclusiones, se necesitarán estudios posteriores que puedan profundizar en más evidencias que vinculen la influencia de técnicas basadas en el coaching y la propuesta de programas de intervenciones de actividad física y ejercicio físico para el tratamiento de la depresión en personas adultas.

ABSTRACT

Keywords: Psychological disorder, physical activity, health training, benefits.

Introduction: Depression is a global problem, affecting more than 300 million people worldwide by 2015. Coaching and physical exercise appear to be effective in improving psychological disorders. The combination of coaching therapies and the implementation of physical exercise programs could be beneficial in achieving significant improvements in the treatment of depression.

Objective: To carry out a systematic review of the existing literature on interventions, programs, experiences and research that address physical activity in a broad sense and coaching-based therapies in order to understand the influence of various factors on depression.

Methods: Bibliographic review in 3 databases (Pubmed, Web of Science and Scopus) obtaining 157 articles of which only 6 met the criteria of inclusion/exclusion and qualified according to the PRISMA criteria.

Results: The mode of evaluation varied among the investigations using the PHQ-9 questionnaire for depression, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), or the Quality of Life Scale (QOL) among others. In all articles, decreases in depression levels were observed to a greater or lesser degree, physical activity levels were increased, and improvements in mood were produced.

Conclusions: The literature proving the effectiveness of coaching and physical exercise in depression is scarce, so a large field of research is open. Depression is an increasingly common illness and it would be interesting to be able to draw some clear conclusions. Because conclusions are difficult to draw, further studies will be needed to deepen the evidence linking the influence of techniques based on coaching and the proposal of programs of physical activity and physical exercise interventions for the treatment of depression in adults.

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	5
2. APORTACIONES TEÓRICAS	6
2.1. Depresión	6
2.1.1. La depresión en la edad adulta	10
2.2. Coaching	11
2.2.1. Coaching y depresión. Programas de intervención	15
2.3. Ejercicio físico	16
2.3.1. Ejercicio físico y depresión. Programas de intervención	18
2.4. Coaching y ejercicio físico: la optimización de resultados de mejora en pacientes con depresión	19
3. MÉTODO.....	20
3.1. Procedimiento	20
3.2. Flujo de búsqueda	20
3.3. Calidad de la revisión bibliográfica	22
4. RESULTADOS	23
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	29
6. BIBLIOGRAFÍA.....	30

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La depresión es un problema a nivel mundial. Según la World Health Organization, (2017) se calcula que en 2015 el número de personas con depresión superaba los 300 millones en todo el mundo, un 4,4% de la población, y casi el mismo número de personas sufre algún tipo de trastorno de ansiedad. La Organización Panamericana de la Salud, (2017) indica que la depresión es el primer factor que contribuye a la discapacidad mundial y el principal factor en las defunciones por suicidio. Además, tan solo un tercio de los pacientes con depresión consiguen recuperarse completamente con terapia psicofarmacológica (Härter et al., 2010), por lo que sería interesante buscar otras alternativas a esta terapia. En este sentido el coaching, aunque se considera una técnica relativamente nueva implantada en Estados Unidos a principios de los 80, parece ser efectiva en la mejora de los trastornos psicológicos (Asociación Española de Coaching, 2020).

Por otro lado, existen también evidencias de que el ejercicio físico influye positivamente en el tratamiento de la depresión, así como en otras enfermedades como el cáncer, la diabetes tipo 2 o las enfermedades coronarias, entre otras. De hecho, la inactividad física es el cuarto factor de riesgo de muerte en el mundo, siendo responsable de cinco millones de muertes anuales (Lee et al., 2012).

Por lo tanto, la combinación de terapia basadas en el coaching junto a la aplicación de programas de ejercicio físico podría ser beneficioso para conseguir importantes mejoras en el tratamiento de la depresión. Abordar aspectos físico-motrices y psicológicos en personas con depresión podría crear las bases necesarias para que la recuperación sea más efectiva y duradera.

De ahí que el objetivo de este trabajo fin de grado sea llevar a cabo una revisión sistemática de la literatura existente sobre intervenciones, programas, experiencias e investigaciones que aborden la actividad física en un sentido amplio y terapias basadas en coaching para conocer la influencia en cuadros de depresión, asociado a diversos factores.

2. APORTACIONES TEÓRICAS

2.1. Depresión

Aproximadamente un 20% de la población española ha padecido alguna vez en su vida depresión (Cardila, Martos, Barragán & Gázquez, 2015). Los trastornos psiquiátricos, en especial la depresión, son de las enfermedades más comunes a nivel mundial (Whiteford et al., 2013).

La depresión está asociada con la dificultad para la resolución de problemas, exagerando el problema, subestimando la importancia de los problemas personales y no llevando a cabo planes de acción. Con ayudas adecuadas se puede aprender a evaluar de manera eficaz el problema, identificar las acciones que se deben realizar y avanzar hacia la solución (Rost, Nutting & Smith, 2002).

Para Retamal (1998), la depresión es un tipo de alteración del ánimo en el que este disminuye y en la que varía la pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales, acompañada de síntomas psíquicos y físicos.

Por otro lado, la depresión es un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (World Health Organization, 2017). En este sentido, la depresión se manifiesta a través de un conjunto de síntomas afectivos, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida; y en mayor o menor grado, síntomas cognitivos volitivos o somáticos (Alberdi, Taboada, Castro & Vázquez, 2006).

En el libro “Comprender la Depresión” de Luis San Molina y Belén Arranz Marti (2010), se expone que la depresión hace que la persona se sienta exhausta, inútil y desesperanzada, sin ganas de acción y dándose por vencida. Estos autores diferencian entre tristeza y depresión. La primera, causa desencadenante y proporcional al desencadenante, a la duración, con poca alteración del rendimiento y síntomas físicos escasos o ausentes y variantes a lo largo del día; la segunda, la depresión, en la que no tiene que haber un desencadenante, la tristeza no es proporcional, la duración de los síntomas es prolongada, se produce una alteración del rendimiento, los síntomas físicos son importantes y estos elementos no varían y tienden a empeorar.

Es importante hacer una clasificación de los tipos de depresión, ya que, en función de la gravedad de la misma, el tipo de terapia variará. Del mismo modo, para saber la gravedad de esta habrá que tener en cuenta los síntomas que manifiesta el paciente, si hay un desencadenante o no y desde cuándo se observan esos síntomas. Todas estas variables son determinantes para saber el tipo de depresión y será necesario tenerlas en cuenta para así aplicar el tipo de terapia que sea más oportuno.

Algunos síntomas generales que se observan durante la depresión son: estado de ánimo deprimido, disminución de la capacidad de experimentar actividades placenteras, falta de energía, irritabilidad, dificultad para concentrarse, sueño interrumpido, poco apetito y tendencia al suicidio (Yang et al., 2015). Según el criterio diagnóstico podemos encontrar diferentes tipos de depresión:

Tabla 1. *Clasificación de los tipos de depresión*

Tipo de depresión	Síntomas	Duración
	5 o más síntomas.	
Trastorno Depresivo Mayor (TDM)	Estado de ánimo depresivo, disminución o aumento de peso o del apetito, insomnio o hipersomnias, sentimientos de inutilidad o culpa, pensamientos de muerte o disminución de la capacidad para pensar o concentrarse	2 semanas a 2 años
	5 o más síntomas.	
Trastorno Distímico (Distimia)	Estado de ánimo depresivo, disminución o aumento de peso o del apetito, insomnio o hipersomnias, sentimientos de inutilidad o culpa, pensamientos de muerte o disminución de la capacidad para pensar o concentrarse	2 años o más
Trastorno Adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (Ansiedad y ánimo depresivo)	Malestar mayor al esperado tras un factor estresante. Síntomas similares a los anteriores	Dentro de los 3 meses posteriores al suceso
Reacción de duelo	Causados por la muerte de una familiar o similar Síntomas similares a la depresión mayor	Menos de 2 meses. Si se superan se considerará

		depresión mayor
Depresión en la infancia y adolescencia	En la infancia: quejas somáticas no claras o problemas con la alimentación. En la adolescencia: comportamiento irritable o desafiante con trastornos de conducta	Variable
Depresión en el anciano	Pérdida de apetito, insomnio, pérdida de interés, presencia de quejas somáticas, pensamientos hipocondríacos, ansiedad o irritabilidad. Pseudodemencia depresiva si predominan los síntomas deficitarios	Variable

Nota: Elaborado a partir de Belmaker & Agam, (2008); Weissman, Markowitz, & Klerman, (2017); Zis et al., (2017); Maron & Nutt, (2018) y Mughal, Azhar, & Siddiqui, (2020).

Identificar cuál es el tratamiento más efectivo para la depresión es uno de los objetivos más importantes en la ciencia que se encarga de su estudio. En la mayoría de los estudios existentes se compara el efecto de los tratamientos psicológicos con tratamientos farmacológicos (De Maat, Dekker, Schoevers & De Jonghe, 2006). Por ello, es necesario evaluar la depresión antes de llevar a cabo el tratamiento. Para la evaluación existen dos métodos principales: a) la entrevista y b) la auto-aplicación de pruebas, para las cuales existen diversos instrumentos (Nezu, Ronan, Meadows & McClure, 2002).

A continuación, se exponen algunos de los principales métodos para tratar la depresión, divididos en métodos tradicionales y métodos convencionales o contemporáneos. Los métodos tradicionales incluyen los tratamientos farmacológicos y psicológicos:

- a) El tratamiento farmacológico consiste en suministrar medicamentos al paciente que se presupone que producen efectos positivos en el problema de la depresión. Podemos distinguir entre antidepresivos clásicos o de primera generación y antidepresivos nuevos o de segunda generación. Ambos antidepresivos se consideran similares, aunque en los nuevos los efectos secundarios son menores (Pérez-Álvarez & García-Montes, 2001).
- b) Dentro de los tratamientos psicológicos a su vez podemos encontrar:
 - Modelo conductual. Este enfoque originalmente estuvo centrado en las conductas observables e individuales, aunque actualmente incluye variables del aprendizaje

social y cognoscitivo. El tratamiento consiste en un análisis funcional de la conducta, o lo que es lo mismo, un registro de la vida cotidiana del paciente, el diseño de un programa de procedimientos de reaprendizaje con el objetivo de modificar, disminuir o eliminar los síntomas (Benito, 2008).

- Modelo cognitivo. El modelo está centrado en los procesos de pensamiento y en cómo afectan sobre el paciente, y más concretamente, en la forma en que este construye su experiencia sobre el mundo. A través de este modelo se conduce al paciente a desarrollar emociones disfuncionales y dificultades conductuales siguiendo un enfoque psicoeducativo. En este modelo el tratamiento aborda en primer lugar los pensamientos más superficiales de la persona “pensamientos automáticos”, para después centrarse en la modificación de los esquemas y creencias del subconsciente que dan la interpretación de la realidad, creando así nuevas formas de significación de la experiencia propia que no le generen malestar (Benito, 2008).
- Modelo existencialista-humanista. Según este modelo, cada persona tiene capacidad para el autoconocimiento y el cambio constructivo, además, el profesional debe reunir unas cualidades esenciales que son; empatía, autenticidad y aceptación positiva incondicional. Para el tratamiento de la depresión se desarrollan ejercicios específicos con el fin de mejorar la conciencia general de la persona sobre sus emociones, su estado físico y sus necesidades reprimidas por medio de estímulos físicos y psicológicos del ambiente (Benito, 2008).
- Modelo sistémico. Centra sus objetivos terapéuticos en modificar los patrones de interacción entre personas de un mismo grupo. Parte del principio de que toda conducta es comunicación y se entiende a la persona como miembro de un sistema, donde todos los miembros son interdependientes. Está dirigido principalmente a parejas y familias con el objetivo de establecer cambios en las reglas del funcionamiento del grupo para poder generar cambios en sus integrantes (Feixas & Miro, 1993).

Por otro lado, tenemos los métodos contemporáneos o aquellos métodos más novedosos que han surgido en los últimos años, como son:

- a) Un tratamiento convencional pero utilizado durante muchos años en la medicina china es la acupuntura. Por ejemplo, en un estudio sobre los beneficios de la acupuntura completa en el cuerpo en personas con depresión

se observaron mejoras en los pacientes que habían sido tratados con acupuntura respecto a los que no (Röschke et al., 2000).

- b) Otro tratamiento es la musicoterapia, que consiste en el trabajo con distintas modalidades artísticas y a través de ellas el paciente expresa su mundo interno, sus potenciales y sus dificultades para explorar y resolver sus conflictos internos. La musicoterapia ayuda a que se vuelva a restablecer la capacidad del individuo de relacionarse consigo mismo y con el mundo que le rodea (Benenzon, 1985).
- c) La depresión también puede ser tratada con la técnica basada en Mindfulness o Atención Plena. Se trata de una conciencia que se centra en el presente y en la que todo pensamiento que pasa por la cabeza en el momento es acogido y aceptado. Esta técnicas se ha empezado a utilizar para el tratamiento psicológico durante los últimos años (Miró et al., 2011).
- d) El yoga es otra práctica utilizada para el tratamiento de la depresión, más concretamente el Hatha Yoga es una práctica que se centra en el entrenamiento del cuerpo como el camino para conseguir la salud física, emocional y espiritual; incluye el control de la respiración, el control físico, las posturas y la meditación (Feuerstein, 2011).
- e) La Terapia Naturista es otra práctica que ha tenido gran auge en los últimos años. Se trata del uso de hierbas para el tratamiento de la depresión. Por ejemplo, en Alemania una hierba, el *Hypericum perforatum* se utiliza para el tratamiento de la depresión por encima de los antidepresivos farmacológicos. También hay que decir que no está probada su eficacia porque los estudios que se han llevado a cabo son cortos y con distintas dosis (National Institute of Mental Health, 2018).

2.1.1. La depresión en la edad adulta

Una de cada cinco personas adultas sufrirá una depresión a lo largo de su vida, una de cada 20 personas tendrá un episodio moderado o grave. Además, afecta a todos los grupos de edad y es más frecuente en las mujeres sobre todo entre los 35 y 45 años (San Molina & Arranz Marti, 2010). Se trata de un trastorno muy frecuente en personas mayores (Sáez-Padilla, Sierra-Robles, Tornero-Quñones, Espina-Díaz & Carvajal-Duque, 2020).

En un meta-análisis de 41 artículos sobre la prevalencia de la depresión en la edad adulta en España los datos que se obtuvieron fueron de una prevalencia entre 9.6% y

20.2% (Gabarrón et al., 2002). También es importante destacar que la depresión en muchas ocasiones lleva asociados otros trastornos psicológicos como ansiedad, consumo de sustancias u otros problemas físicos o somáticos (Cano, Martín, Mae, Dongil & Miguel, 2012).

La depresión guarda relación con los problemas físicos y en alto porcentaje de casos los pacientes que tienen dolencias de otro tipo no las atribuyen a la depresión; algunos autores han demostrado que presentar síntomas como dolor muscular o dolor de cabeza es entre 4 y 7 veces mayor en aquellos pacientes con depresión (Means-Christensen, Roy-Byrne, Sherbourne, Craske & Stein, 2008). Por lo tanto, es necesario hacer un buen diagnóstico de la depresión, realizar una detección temprana y combinarlo con la intervención y el tratamiento adecuados para favorecer que los resultados clínicos mejoren. La detección debe realizarse con los sistemas adecuados para dar un diagnóstico seguro y preciso para así ofrecer un tratamiento y seguimiento adecuado (Siu et al., 2016).

En un estudio realizado por Weissman et al., (1999), se concluyó que la depresión de aparición temprana luego tiene continuidad en la edad adulta, y también la depresión juvenil lleva a una patología más severa cuando se llega a la edad adulta por lo que sería importante prevenir su aparición en las edades más tempranas.

2.2. Coaching

El coaching surgió hace 30 años en Estados Unidos con el objetivo de conseguir aumentar el rendimiento individual de los atletas americanos. Aunque se empezó a utilizar en el ámbito deportivo con los años ha ido extendiéndose a otros ámbitos (Sans Zapata, 2012).

El coaching consiste en que el coach, persona formada, entrena a un coachee (cliente) a través de conversaciones eficaces y con la intención de movilizar al cliente hacia sus metas. Los fundamentos básicos del coaching derivan de la Psicología y sus diferentes áreas (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2011).

Podemos encontrar diversas definiciones de coaching. Así pues para Whitmore (1992) uno de los pioneros del coaching, define éste como “el potencial de una persona para maximizar su propio rendimiento, ayudar a la persona a aprender en lugar de enseñarle” (p. 10). Por otro lado, para Parsloe (1995) está directamente relacionado con la mejora inmediata del rendimiento y el desarrollo de habilidades mediante una forma

de tutoría o instrucción; y para Downey (1999) es el arte de facilitar la actuación, el aprendizaje y el desarrollo de otro, un enfoque de facilitación.

Desde el punto de vista de la psicología el coaching está destinado a mejorar el bienestar y el rendimiento en la vida personal y laboral, con poblaciones normales y se basa en modelos de coaching fundamentados en enfoques psicológicos o de aprendizaje de adultos ya establecidos (Grant & Palmer, 2002).

Pensadores, filósofos o psicólogos entre otros han investigado sobre el coaching contribuyendo a su nacimiento y desarrollo, pero todos con un objetivo común, favorecer el desarrollo del ser humano desde una perspectiva novedosa (Sans-Zapata, 2012).

El coach o entrenador es la persona encargada de llevar a cabo el proceso de coaching, debe ser un profesional con formación en el ámbito de la salud, con capacidad para gestionar el cambio de comportamiento, estrategias de motivación y técnicas de comunicación que ayuden al coachee o paciente al desarrollo de su motivación intrínseca y darle las habilidades para crear un cambio y mejorar su salud y bienestar (Wolever et al., 2013; Higuera-Sainz, Álvarez-Aguirre, Cisneros-Ruiz, Acosta-Valencia & Pimentel-Jaimes, 2019).

Para la Escuela Europea de Coaching (EEC) el objetivo principal del coach es acompañar al coachee en su desarrollo personal y profesional a través de la escucha, la observación y el planteamiento de preguntas que le ayuden a verse a sí mismo desde otra perspectiva (Higuera-Sainz et al., 2019)

Dentro de los tipos de coaching se pueden hacer varias clasificaciones en función del número de clientes: coaching individual, coaching de equipos en el que varios clientes tienen un mismo objetivo común y coaching grupal, donde no hay objetivos comunes, pero se comparten los intereses individuales (Sans Zapata, 2012). Por otro lado, se puede hacer una clasificación en función del modelo que se utilice:

- a) Coaching ontológico, se trata de una práctica basada en el diálogo, la lingüística y la forma de expresarnos.
- b) Modelo Coach Ville desarrollado por Leonard (1990) está basado en el modelo autodenominado que consiste en cinco por quince, el cual se trata de un modelo práctico que lleva al cliente a la acción.

- c) Modelo Development Behaviour Modeling (DBM, 2018) basado en la programación neurolingüística; se utilizan técnicas para modificar la conducta aplicadas al logro de objetivos.
- d) Modelo GROW, dado a conocer por Whitmore y creado por Herzberg (1993), es muy utilizado por las organizaciones y se emplea como herramienta de liderazgo.
- e) Psicología Positiva, consiste en el estudio científico de las experiencias positivas, rasgos individuales y los programas que ayudan en la mejora de la calidad de vida de los individuos previniendo o reduciendo la incidencia de la psicopatología; aporta un punto de vista distinto.
- f) El Coaching Wingwave, desarrollado por Besser-Siegmund y Siegmund (2008), que consiste en un concepto nuevo de coaching breve en el que se consiguen cambios muy efectivos muy rápidamente. Está basado en técnicas de programación neurolingüística, feedback muscular y reprocesamiento cerebral (Sans Zapata, 2012).

Por último, podemos clasificar el coaching en función de la finalidad o el ámbito al que se aplique:

- a) Coaching Personal o Life Coaching, Se entrenan habilidades para la vida cotidiana. Se persigue el bienestar personal en los diferentes ámbitos de su vida. A través del coaching personal, el coachee podrá desarrollarse como persona (Corbu, 2016).
- b) Coaching Transformacional, el coach ayuda al coachee a aprender a ser un observador diferente. Consiste en generar nuevas respuestas en situaciones de incertidumbre transformando el observador (Wolk, 2013).
- c) Coaching Organizacional/empresarial dirigido a empresas. Las metas a conseguir son las de la compañía y está basado en que se puede transformar la organización transformando a los empleados que trabajan en ella (Corbu, 2016).
- d) Coaching Deportivo. Trabaja la motivación y el desarrollo potencial del deportista. Se trata del primer tipo de coaching y el más conocido. Puede trabajarse a nivel individual o de equipo (Corbu, 2016).

Son numerosos los beneficios observados en el tratamiento con coaching en todos los ámbitos, pero en este estudio nos hemos centrado en el Health Coaching (HC).

El HC o entrenamiento de salud es el coaching destinado a la mejora de la salud física y mental de las personas y tiene el objetivo de motivar al individuo para que mejore su salud y promover el autocontrol. Estaría dentro del Coaching Personal o Life Coaching nombrado (Wolever et al., 2013). Este método consiste en la práctica de la educación sobre la salud y el asesoramiento para mejorar el bienestar personal y facilitar el logro de los objetivos personales relacionados con la salud física y mental (Palmer, Tubbs & Whybrow, 2003). Se ha demostrado que el tratamiento con HC y sus consecuentes cambios de vida ha mejorado la diabetes mellitus tipo 2, la insuficiencia cardíaca congestiva o la artritis reumatoide (Kivelä, Elo, Kyngäs, & Kääriäinen, 2014).

El HC es una herramienta necesaria para las personas que tienen enfermedades crónicas, para así, ayudarles a crear conductas de apoyo a la salud que mejoren los resultados de salud, la calidad de vida, el control del peso y la actividad física y mental (Ammentorp et al., 2013). El HC busca que el paciente se responsabilice de su salud y bienestar y aumente la conciencia sobre sí mismo además de conseguir un aumento en su motivación para que se comprometa a conseguir objetivos realistas adoptando una mentalidad fuerte creando comportamientos y hábitos saludables. El coaching apoya el cambio del coachee guiándolo para que encuentre las herramientas para obtener el estilo de vida que desea y ayudándole a adquirir la capacidad para afrontar el cambio al que se enfrenta (Frates, Moore, Lopez, & McMahon, 2011).

En el estudio llevado a cabo por Ladegard (2011), demostró que el coaching produce cambios de comportamiento en cuanto a promoción de salud del individuo con eficacia demostrada en la obesidad, enfermedades crónicas, la promoción de la actividad física, la disminución del estrés o la depresión.

También se ha demostrado que el coaching mejora la calidad de vida y la salud mental en pacientes con cáncer, aumentando la capacidad del paciente para ayudar en las demandas de la atención médica. La mayoría de los estudios existentes mostraron mejoras en la calidad de vida y la salud mental y ambas medidas están interrelacionadas y son importantes para la salud de estos pacientes (Barakat et al., 2018).

A pesar de las diversas vertientes que tiene el coaching y los diferentes ámbitos a los que se puede aplicar, todos confluyen en que el único objetivo es el coachee y cambiar no los hechos sino la manera de afrontarlos.

2.2.1. Coaching y depresión. Programas de intervención

Es necesario saber qué programa de intervención llevamos a cabo en cada situación para que la terapia sea la más efectiva sobre la depresión; es así que en los últimos años se ha investigado en este campo para obtener la mayor información al respecto.

La Terapia de Activación Conductual (AC) es uno de los programas más utilizados para tratar la depresión a través del coaching. La AC consiste en utilizar reforzadores y castigos para guiar el comportamiento individual hacia patrones normalizados. Se trata de una forma muy efectiva para tratar la depresión. Según un estudio de larga duración, la AC es más efectiva que la terapia cognitiva produciendo resultados similares al tratamiento farmacológico; además se comparó la eficacia de la terapia de AC con la terapia cognitiva y el tratamiento farmacológico con paroxetina. Los resultados que se obtuvieron de este estudio fueron que a corto plazo la AC era tan eficaz como la terapia farmacológica. A largo plazo se observó que hubo un porcentaje menor de recaídas en los pacientes tratados con AC (Dimidjian et al., 2006).

Otro programa a tener en cuenta sería el coaching a través de la Programación Neurolingüística (PNL). Este programa consiste en la experiencia subjetiva, actuando con cada persona de una manera individualizada. Se trata de construir nuestra realidad con el lenguaje y funciona con meta-programas en los que se subdivide la disciplina, como el sistema de representación sensorial, que supone que cada persona posee una forma predominante de percibir la realidad, visual, auditiva o kinestésica. El fin del tratamiento con PNL es eliminar las limitaciones que aparecen a nivel del subconsciente, las creencias limitantes que nos frenan y es por eso que, a través de la PNL las personas con depresión consiguen trabajar en sus objetivos enunciándolos en positivo siendo así más fácil alcanzar los objetivos propuestos (Grinder & Bandler, 2008).

También son muy utilizadas sobretodo en Trastorno del Estrés Posttraumático (TEP), las Técnicas de Liberación Emocional (TLE), técnicas pertenecientes a la Psicología Energética, utilizada para el tratamiento de enfermedades físicas y síntomas psicológicos recurrentes, que consisten en una terapia de exposición que combina el elemento cognitivo y el somático, implicando una autovaloración del grado de malestar. además, este programa suele utilizarse en periodos de tiempo limitados, por ejemplo, un estudio con veteranos de guerra de Irak y Vietnam con TEP utilizó las TLE durante solo 6 semanas y se observaron reducciones significativas en el TEP, la depresión y la ansiedad (Craig, 2008).

Elegir la terapia adecuada para cada caso y adaptar a las circunstancias de la persona es fundamental para que el programa pueda ser efectivo; la clave está en tener claro que el coachee va a ser quien realice cambios en su vida, el coach tan solo lo guiará en este proceso.

2.3. Ejercicio físico

Como se cita en Oliveira, Sherrington, Amorim, Dario y Tiedemann (2017) se estima que aproximadamente se producen en torno a 5 millones de muertes cada año en el mundo debido a la inactividad física (Lim et al., 2012). En 2013 sólo para los sistemas de atención para la salud supuso un costo mundial de 53.800 millones de dólares (Ding et al., 2016).

La Actividad Física (AF) puede ser definida como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que supone un gasto de energía y debe tener una serie de elementos: movimiento corporal de los músculos esqueléticos, resultado en el gasto energético, el gasto de energía va variando de bajo a alto y esta correlacionado con la aptitud física. Todas las personas realizan AF con el simple hecho de vivir, pero la cantidad de AF es lo que varía en función de la elección de la persona, pudiendo variar considerablemente entre personas (Caspersen, Powell & Christenson, 1985). Por otro lado, el ejercicio físico (EF) es al igual que la AF un tipo de actividad que conlleva movimiento corporal y gasto calórico, de hecho, el EF es una subcategoría dentro de la AF pero a diferencia de la AF, el EF es una actividad planificada, estructurada, repetitiva y con un propósito de mejora o mantenimiento de los componentes físicos (Caspersen et al., 1985). En este trabajo nos centramos en el EF en vistas de que en el futuro puedan llevarse a cabo estudios posteriores donde se plante una intervención con un programa concreto de EF.

Podemos hacer una clasificación de los tipos de EF en función de distintos factores, lo que será necesario a la hora de llevar a cabo el programa de EF más adecuado para el tratamiento de la depresión. En este caso y basándonos en Piercy et al., (2018) se muestra una clasificación de los tipos de EF y las intensidades a las que se puede trabajar.

- a) Ejercicio aeróbico. Se trata de un tipo de actividad en el que los grandes grupos musculares realizan una actividad durante una cantidad de tiempo considerablemente elevada mejorando así las cualidades cardiorrespiratorias.
- b) Ejercicios de fortalecimiento muscular o trabajo de fuerza. Consiste en aumentar la fuerza muscular esquelética, la potencia, la resistencia a la fuerza y la masa

muscular a través de ejercicios de fuerza. Los músculos trabajan contra una resistencia externa o contra el propio peso corporal. Pueden implicar levantar pesas, uso de bandas elásticas y demás materiales. Se deben tener en cuenta diversos factores como la frecuencia de entrenamiento, la intensidad de trabajo, el volumen de entrenamiento o el peso. Además, es importante trabajar todos los grandes grupos musculares de nuestro cuerpo.

- c) Ejercicios de equilibrio. Se trata de ejercicios diseñados para mejorar la capacidad de los individuos de mantener el equilibrio. De esta manera se previenen caídas y además se mejoran las articulaciones o tendones.
- d) Ejercicio multicomponente. Se trata de un tipo de actividad donde se mezclan varios tipos de los ya nombrados. A través de este tipo de ejercicios se trabaja el equilibrio, junto con el fortalecimiento muscular y el ejercicio aeróbico. Están incluidas actividades como el baile o el yoga.

La intensidad que puede ser experimentada durante la realización de EF hace referencia a dos aspectos diferenciados:

1. Intensidad absoluta. Se trata de la cantidad de energía gastada durante la actividad sin tener en cuenta las características físicas de la persona ni la intensidad a la que ha trabajado.
2. Intensidad relativa. Se trata de la intensidad percibida por el deportista en función de sus capacidades físicas.

El EF parece reportar evidentes beneficios en la mejora de la depresión ya que se asocia con una mejora del estado de ánimo e influye directamente en una disminución de la gravedad de la depresión (Mikkelsen, Stojanovska, Polenakovic, Bosevski & Apostolopoulos, 2017). Según estudios realizados el EF regular afecta positivamente en los procesos patofisiológicos de la ansiedad (Anderson & Shivakumar, 2013).

También, el EF tiene un efecto protector en el desarrollo de trastornos mentales, ya que los adultos que realizan EF tienen menos síntomas de depresión y ansiedad (Van Minnen, Hendriks & Olf, 2010). El EF realizado de una manera regular aporta mejoras en la capacidad funcional general, mejorando de esa manera el bienestar y la esperanza de vida (Triantafyllidis et al., 2018).

Hay estudios que demuestran efectos positivos del EF sobre la salud mental. El EF provoca tales cambios fisiológicos sobre el organismo que dan lugar a una mejora del estado de ánimo, la autoestima y disminución de los niveles de estrés y ansiedad. Parece ser que los beneficios del ejercicio se producen por diversos cambios a nivel físico y psicológico, como el aumento de endorfinas que ayudan a mejorar el estado de ánimo (Mikkelsen et al., 2017).

Según (Raglin, 1990; Dinas, Koutedakis & Flouris, 2011 y Rebar et al., 2015) el EF realizado de manera regular mejora significativamente la salud mental y disminuye los síntomas de la depresión, la ansiedad y el estrés. Por otra parte, hay que tener cuenta que el EF puede tener efectos perjudiciales sobre la salud mental si se vuelve una adicción. Un grado excesivo de ejercicio puede dar lugar a trastornos del estado de ánimo, del comportamiento y una disminución de la salud física (Raglin, 1990).

Con el fin de reducir la depresión, la OMS (2010) recomendó que los adultos deben dedicar como mínimo 150 minutos a la semana a la práctica de actividad física aeróbica a una intensidad moderada o 75 minutos a intensidad vigorosa, o la combinación de ambas, realizada en sesiones de 10 minutos como mínimo. Añade que para obtener unos mayores beneficios en la salud se debe aumentar la actividad hasta los 300 minutos y además dos veces por semana o más y se debe realizar trabajo de fuerza involucrando los grandes grupos musculares.

2.3.1. Ejercicio físico y depresión. Programas de intervención

El EF tiene un importante papel de bienestar, ya que puede fomentar el desarrollo personal y social, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida del individuo y esto repercute directamente sobre la mejora del individuo a nivel psicológico OMS (2013). La guía NICE (2009) recomienda que se realicen programas de EF supervisado en grupo para tratar la depresión (Cooney et al., 2013). En la mayoría de los estudios en los que se llevaron a cabo programas de ejercicios la frecuencia de entrenamiento fue de 3 veces o más por semana con una duración de 45 minutos a una hora y en periodos de 10 a 12 semanas. Se concluyó que en sujetos con depresión el ejercicio estructurado y supervisado fue positivo en la mejora de los síntomas depresivos (Juanes et al., 2015).

En un estudio sobre la aplicación de ejercicio aeróbico en pacientes con depresión se observó una reducción importante en los valores del grupo que realizó ejercicio

aeróbico frente al grupo que no realizó ejercicio (Dunn, Trivedi, Kampert, Clark & Chambliss, 2005). Por lo tanto, realizar ejercicio aeróbico de 3 a 5 veces por semana parece mejorar los síntomas de la depresión; en cambio se ha demostrado que el ejercicio a baja dosis no tiene efectos de ningún tipo. También es necesaria la individualización en cuanto a la programación del entrenamiento para cada paciente referida a tipo de EF, intensidad, duración y frecuencia e ir aumentándola en función de la progresión (Stanton & Reaburn, 2014).

En otro estudio sobre la influencia del entrenamiento de fuerza en la depresión se observó una reducción de los síntomas de la depresión, lo que nos hace deducir que un programa bien diseñado de entrenamiento de fuerza también puede ser efectivo en la reducción de la depresión (Dunn, Trivedi, Kampert, Clark & Chambliss, 2005).

Según las investigaciones hay evidencia clara de que el EF ayuda a mejorar la depresión y que, por lo tanto, es interesante introducir programas de ejercicio para su tratamiento junto con la terapia con coaching.

2.4. Coaching y ejercicio físico: la optimización de resultados de mejora en pacientes con depresión

Se cree que el coaching junto con su elemento motivacional son claves para la mejora y el mantenimiento de un buen estado de salud física y mental (Lindner, Menzies, Kelly, Taylor & Shearer, 2003). Según un estudio realizado en personas mayores de 60 años, el HC ayudó en la mejora de la actividad física de las personas que lo realizaron influyendo a su vez sobre la mejora del estado de ánimo y la disminución de la depresión (Oliveira et al., 2017).

El coaching mediante el asesoramiento conductual puede ayudar a las personas a hacer cambios positivos en su estilo de vida, muchas personas mayores viven con dolores crónicos a nivel músculo-esquelético, por lo que, cambios en el estilo de vida como el aumento de los niveles de actividad física o la modificación de su dieta para perder peso podrían ser beneficiosos a nivel físico y psicológico (Martin, Dobson, Hall, Marshall & Egerton, 2019).

Promover el ejercicio físico y la mejora de los hábitos de vida a través de un programa de coaching en combinación con la psicoterapia produce mejoras en cuanto a los niveles de depresión. En el estudio de Tomasi, Gates & Reyns (2019) se ofrecieron

sesiones de ejercicio a los pacientes 4 veces por semana seguidos de sesiones de 60 minutos de duración con el terapeuta sobre cómo mantener o generar un estilo de vida saludable. Los resultados que se obtuvieron fueron que la combinación de la promoción y práctica de ejercicio físico junto con sesiones de coaching y psicoterapia pueden ser útiles para tratar trastornos como la depresión. Son importantes para enfatizar sobre los refuerzos positivos y la autoconciencia, las entrevistas motivaciones de coaching y el entrenamiento para la mejora de la salud física.

Yun et al., (2020) llevaron a cabo un estudio controlado aleatorizado con pacientes recuperados de cáncer que sufrían depresión en el que se realizó un programa combinado de ejercicio físico junto con coaching durante 12 meses y se encontraron mejoras en los niveles de depresión en el grupo que siguió el programa

3. MÉTODO

3.1. Procedimiento

Para cumplir con el objetivo propuesto en este estudio, se llevó a cabo una revisión sistemática en las bases de datos electrónicas: Pubmed, Web of Science y Scopus, además se consultó el buscador Google Académico. Se recopilaron los artículos académicos que estuvieron dentro del periodo 2015-2020 para analizar la influencia de programas de coaching y actividad física en procesos de depresión. Para ello se emplearon las palabras clave en lengua inglesa y española: *physical Activity, coaching, depression, actividad física, entrenamiento de salud y depresión*. Se combinaron las palabras clave con la conjugación del descriptor booleano AND. Los criterios de inclusión fueron seleccionar aquellos artículos de revisión y/o investigación que siguieran programas en los que se analizara mediante algún evaluador la influencia de la actividad física y el coaching en la depresión. Se excluyeron aquellos artículos duplicados y los artículos que una vez revisados, aunque contenían las palabras clave, no abordaron la relación planteada con el objetivo de estudio. En la búsqueda inicial se obtuvieron 157 artículos, quedando finalmente 6 artículos.

3.2. Flujo de búsqueda

La búsqueda de literatura en las bases de datos mencionadas dio lugar a un resultado final de 157 artículos, de ahí fueron seleccionados solo los artículos que se encontraban dentro del periodo 2015-2020. Tras la lectura del título y palabras clave quedaron 66 artículos

entre los que había bastantes duplicados que se excluyeron, quedando 29 artículos para lectura de resumen. Se excluyeron los artículos que no eran ensayos controlados aleatorizados o que no evaluaban la actividad física y el coaching y su influencia en la depresión. Tras lectura completa los artículos seleccionados fueron un total de 6.

A continuación, se muestra el diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica (Figura 1) en el que podemos ver los pasos que se siguieron para la selección de los artículos, el número de artículos seleccionados y el número de artículos excluidos.

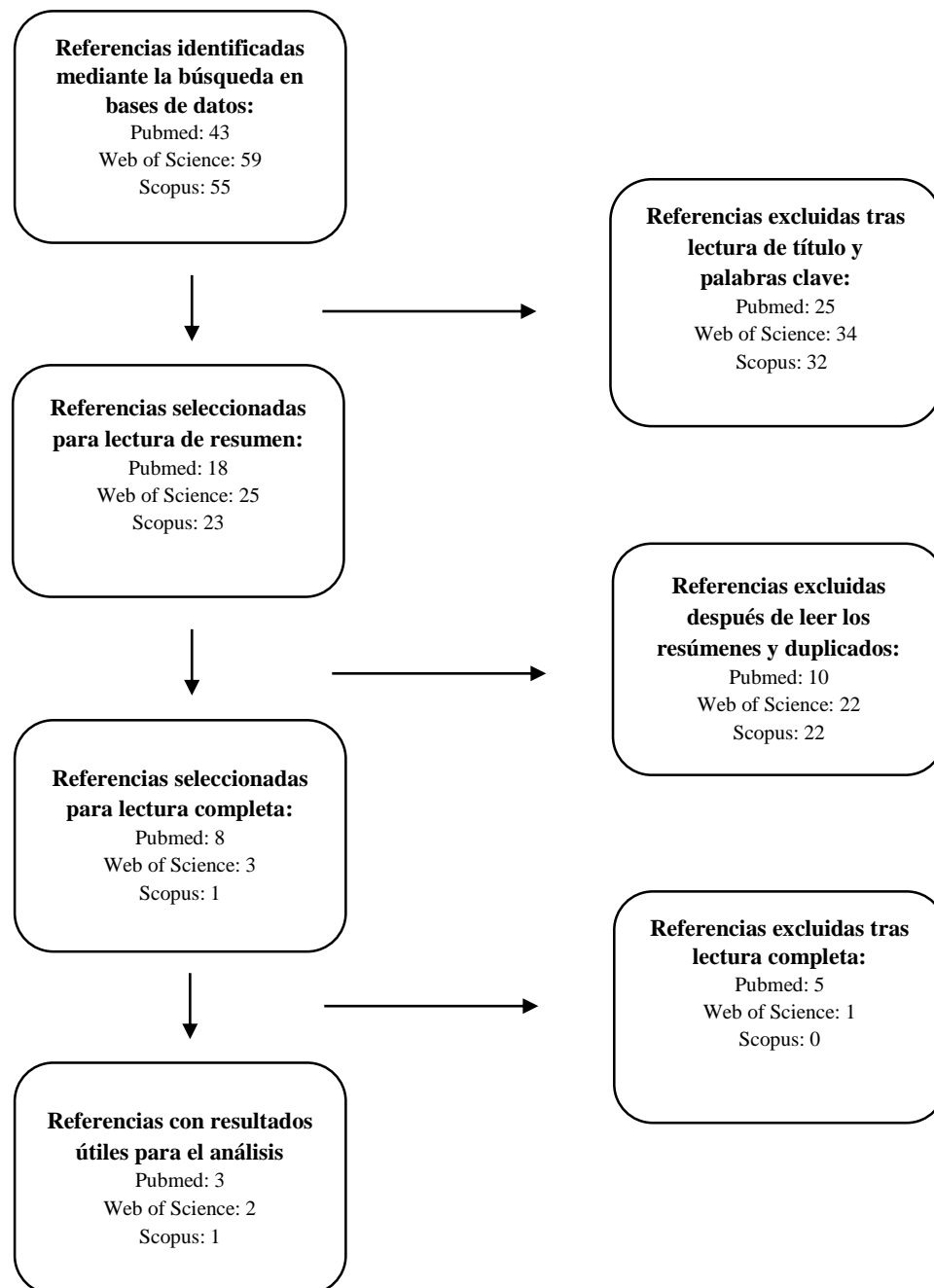


Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica. Elaboración propia.

3.3. Calidad de la revisión bibliográfica

El método PRISMA, inicialmente QUOROM, fue revisado y expandido en el año 2005 en Ottawa por una comisión de autores, metodólogos, clínicos y editores médicos. Consiste en un listado de 27 ítems de comprobación junto con un diagrama de flujo en el que se reflejan las diferentes fases que se han seguido en una revisión sistemática. El objetivo del método PRISMA es ayudar a los autores a que mejoren la presentación de

las revisiones sistemáticas y metaanálisis. Está diseñado para ensayos aleatorizados, aunque también puede utilizarse para otro tipo de investigaciones de intervención. Además, PRISMA también puede ser utilizado para la valoración de otras revisiones ya publicadas (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009).

4. RESULTADOS

Tras la selección de los artículos y para facilitar la comparación entre estudios se extrajeron de cada trabajo los siguientes datos (véase tabla 2): a) diseño, b) tamaño de la muestra, c) duración del estudio, d) características del grupo de intervención, e) tratamiento seguido, f) evaluación e instrumentos utilizados y g) resultados obtenidos. Todos los artículos estudiados fueron Ensayos Controlados Aleatorizados y tenían un tamaño de muestra de más de 30 sujetos, lo que expone efectos significativos (Askling, Karlsson & Thorstensson, 2003). Cinco de los seis estudios tenían una duración de 12 meses. El tratamiento a seguir en los 6 estudios varió mucho, tratándose de sesiones de coaching presencial y coaching telefónico, los cuales iban desde las 6 sesiones hasta las 168, a su vez, la duración de las sesiones variaba entre los 30 y 60 minutos. En uno de los seis estudios se incluyeron talleres en grupo independientes a las sesiones de coaching. En cuanto a la evaluación y los instrumentos utilizados también encontramos diferencias. El cuestionario PHQ-9 para la depresión se utiliza en 2 de los 6 artículos, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) se utiliza en 4 de los 6 artículos, otras escalas utilizadas son la escala de Calidad de Vida (QOL), escala de Actividad Física (MET) o la medición de la actividad con el reloj ActiGraph GT9X. Por último, los participantes de los estudios tenían edades medias que rondaban los 50 años. En Almeida et al., (2016) se disminuyó la incidencia de la depresión, y disminuyeron los valores PHQ-9 y HADS, además, aumentaron las probabilidades de tener un mejor estilo de vida. En Prince, Reid, Pipe & McDonnell (2017), se produjo una mejora en el estado de ánimo, aumentaron los niveles de actividad física y descendieron levemente los niveles de depresión. En Stahl et al., (2020) disminuyeron 3 puntos los niveles de PHQ-9 y tanto los niveles de AF como de depresión mejoraron. En Tiede, Dwinger, Herbarth, Härter & Dirmaier (2017) no se produjeron cambios significativos aunque se observó un mayor nivel de actividad física y una disminución de los niveles de estrés. En Yun et al., (2017) casi el 80% eran mujeres, se observó un crecimiento post-traumático al final del estudio y mejoras en la HADS y EORTC QLQC30. Por último, en Yun et al., (2017) se observaron mejoras en el grupo coaching + web en la actividad física, en el IMC y en la escala PTGI, una mayor reducción

de la ansiedad en este mismo grupo, una mayor proporción de mejora en SAT y una mejora en el estado de salud.

Tabla 2. Resultados para cada estudio

Autor, año y país	Diseño	Muestra	Duración	Grupo de intervención	Tratamiento	Instrumentos y evaluación	Resultados
Almeida et al. (2016) Australia.	ECA	n=351 n1=171 n2=180 (mujeres entre 45-55 años)	12 meses	n2= 180	- 6 sesiones (30-45min.) repartidas en 26 semanas.	- Cuestionario PHQ-9. Entrevista mini neuropsiquiatrica. HADSD HADS-A PCS MCS SF-12	- Edad media 50,7 años. - Incidencia depresión 12 meses 4,1% GC y 1,1 % para el grupo que recibió coaching. - GI mayor disminución de PHQ-9 Y HADS. - Reducción de la probabilidad de fumar. - Aumento de la probabilidad de consumir vegetales. - Disminución de las probabilidades de tener sobrepeso u obesidad.
Prince et al. (2017) Canada	ECA	n= 478 n1: 308 n2: 236 (% mayor muje-res).	n1: 6 meses n2: 12 meses	Comparación entre n1 y n2.	- 23 sesiones de coaching.	- Framingham Risk Score (FRS). - Actividad física. - Minutos/ semana de actividad física. - Factores psicosociales: niveles de ansiedad y depresión. - Calidad de vida (HRQoL). - IMC	- Edad media 61,6 años para los que completaron el programa. - Mejora del estilo de vida. - Aumento en los niveles de actividad física. - Descenso leve de los niveles de depresión y sin diferencia entre los 6 meses y los 12 meses.

Stahl et al. (2020) Estados Unidos.	ECA	n= 57 n1= 9 n2= 14 n3= 18 (Edad media 75 años).	84 días.	Comparación entre grupos.	2 sesiones de coaching por día durante 84 días	- Depresión (PHQ-9). - Ritmo de actividad en reposo (RAR). - Reloj de actividad ActiGraph GT9X.	- Disminución de 3 puntos en los niveles de PHQ-9. - Menor RAR ,(r=-0,33, p.< 0,05). - Mayor actividad física, menos síntomas depresivos (r=-0,31, p=0,06). - Periodos más activos, mejoras en los síntomas de la depresión (r=-0,38. P< 0,05)
Tiede et al. (2016)	ECA	n= 135 n1= 87 GC= 48 (Edad media 73 años).	12 meses.	n1= 87 (Grupo de entrenamiento).	2 sesiones de coaching telefónico cada 3 meses.	- Calidad de Vida (SF-36). - Depresión (HLOC). - Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). - Comportamiento de riesgo para la salud, con escala propia no validada.	- 52,4% mujeres. - No hubo cambios significativos en la calidad de vida. - No hubo cambios significativos en la ansiedad y depresión. - Mayor nivel de actividad y disminución en los niveles de estrés, pero fue un pequeño tamaño de efecto.
Yun et al. (2017) Corea del Sur.	ECA	n= 206 n1= 72 n2= 134 (Edad media de 50,68 años)	12 meses.	n2= 134	- Taller de coaching para la salud 1h. Taller liderazgo 3h. - Coaching individual: 24 semanas de	- Actividad física (MET). - Resultados postraumáticos (PTGI). - Escala de ansiedad y depresión	- 79,61% eran mujeres. - Crecimiento positivo post-traumático a los 12 meses. - la depresión no mostro cambios significativos. - No hubo diferencias significativas entre grupos en la AF. - Mejora en la HADS.

					coaching telefónico.	hospitalaria (HADS). - Perfil de los 7 hábitos (7HP). - Calidad de vida (EORTC QLQ-C30). Escala de satisfacción con la vida de Diener (SWLS). - Escala de ansiedad y depresión (HADS).	- Mejora en la escala EORTC QLQC30.
Yun et al. (2020) Corea del Sur.	ECA	n=394. GC= 134. Grupo web= 125. Grupo coaching+web= 135.	12 meses.	Comparación con grupo control. Grupo web= 125. Grupo coaching+web= 135.	- 20 sesiones de coaching. - 3 talleres.	- Cuestionario de Ejercicio para el Tiempo Libre de Godín. - Crecimiento psicológico con escala Likert (PTGI). - Evaluación Smash Tool (SAT). - Ansiedad y depresión (HADS). Escala calidad de vida (QOL).	- Edad media de 53 años, con el 60% de mujeres. - A los 12 meses se observaron mejoras en AF, IMC y PTGI en el grupo coaching + web con respecto al grupo control, pero también en el grupo web con respecto al grupo control. 6,63% en el grupo coaching + web y 5,92 % en el grupo web. - A los 12 meses el grupo coaching + web tuvo una mayor reducción de la puntuación de ansiedad con respecto al grupo control, pero no se produjeron cambios en la puntuación de la depresión.

-
- En la puntuación del SAT el grupo coaching + web tuvo la mayor proporción de mejora 7,40%.
 - En la QOL no se observaron mejoras significativas para ningún grupo.
 - Si se produjo un aumento en el grupo coaching + web en el estado de salud, personas que se sintieron muy bien o mejor y también aumentó la proporción de los que mantuvieron más de la mitad de los 10 hábitos de salud 4,29%.

Notas: ECA: Ensayo Controlado Aleatorizado, IMC: Índice de Masa Corporal, KVL-H: Nivel de Calidad de Vida en Pacientes Cardíacos, GAD-7: Trastorno de Ansiedad Generalizada, PHQ: Cuestionario sobre la salud del paciente, PAM13: Medida de Activación del Paciente, SBSQ-D: Preguntas de detección breve, PHQ-9: Cuestionario de Salud del Paciente, HADSD: , HADS-A: , PCS: Componentes físicos, MCS: Componentes mentales, SF-12: Encuesta de Salud corta, MRS: Calificación de la menopausia, GC: Grupo Control, GI: Grupo intervención.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En cuanto a los estudios revisados se observó cómo influían la actividad física y el coaching sobre la depresión. En estos trabajos los tamaños de las muestras variaban de unos a otros lo que podía dar lugar a resultados muy variados, aunque todos tenían un tamaño suficiente para que sus investigaciones fueran significativas.

Por otro lado, se siguieron programas de coaching distintos y con variación en el número de sesiones, de esta manera es difícil que la comparación entre los resultados obtenidos fuese concluyente; sin embargo, en todos los artículos se pueden observar mejoras en los niveles de actividad física y del estilo de vida general, además de mostrar disminuciones en los niveles de ansiedad y depresión lo que parece indicar que el tratamiento con coaching ayuda a aumentar los niveles de actividad física y a su vez ambos podrían influir de manera positiva sobre la depresión.

También se observó, que la cantidad de actividad física necesaria no estaba especificada, ni tampoco el tipo de Ejercicio Físico a realizar, excepto en Almeida et al. (2016) y Prince et al. (2017) donde se aconsejaba 150 min a la semana de ejercicio moderado a vigoroso.

En cuanto a la evaluación y los instrumentos utilizados en los diferentes estudios, fueron variados. Por ejemplo, para medir la depresión se utilizaron diferentes escalas que impedían la realización de comparaciones en las puntuaciones obtenidas. La depresión estaba asociada a una enfermedad en todos los casos, pero las enfermedades eran variadas, por lo que podría suponer un hándicap a la hora de comparar los resultados de unos estudios con otros; sin embargo, en todas las investigaciones se observó como punto en común mejoras cuando se aplicaba el programa de coaching junto con el aumento de la AF, por lo que aplicar un programa de coaching en cuadros de depresión, independientemente de la causa de esta, podría ayudar a reducirla.

Según los estudios consultados durante la investigación se encontró evidencia de que el coaching junto con el EF, pueden influir positivamente en procesos de depresión. Llevar a cabo programas de coaching puede ayudar a aumentar la cantidad de actividad física diaria, además esto parece influir de manera positiva en la calidad de vida y en el estado de ánimo de los participantes, disminuyendo los niveles de depresión. Sin embargo, habría que definir mejor el programa de coaching que debería utilizarse, el número de sesiones que son necesarias y la duración en el tiempo. Además, habría que

definir bien qué programa de ejercicio físico debe realizarse, teniendo en cuenta el tipo de entrenamiento, la intensidad, la duración y la frecuencia.

Finalmente, la literatura que comprueba la eficacia del coaching y el EF en la depresión es escasa, por lo que se abre un gran campo a investigar dentro de las ciencias de la actividad física y el deporte. La depresión es una enfermedad cada vez más frecuente y sería interesante poder obtener unas conclusiones claras. La falta de evaluaciones de alta calidad y una aplicación estadística adecuada dificulta las conclusiones relativas a la investigación realizada en este trabajo fin de grado. Por ello, se necesitarán estudios posteriores que puedan profundizar en más evidencias que vinculen la influencia de técnicas basadas en el coaching y la propuesta de programas de intervenciones de actividad física y ejercicio físico para el tratamiento de la depresión en personas adultas.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., & Vázquez, C. (2006). Depresión. *Guías Clínicas*, 6(11), 1–6. Recuperado de <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Almeida, O. P., Marsh, K., Murray, K., Hickey, M., Sim, M., Ford, A., & Flicker, L. (2016). Reducing depression during the menopausal transition with health coaching: Results from the healthy menopausal transition randomised controlled trial. *Maturitas*, 92, 41–48. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.07.012
- Ammentorp, J., Uhrenfeldt, L., Angel, F., Ehrensward, M., Carlsen, E. B., & Kofoed, P.E. (2013). Can life coaching improve health outcomes? – A systematic review of intervention studies. *BMC Health Services Research*, 13(1), 428. doi: 10.1186/1472-6963-13-428
- Anderson, E., & Shivakumar, G. (2013). Effects of Exercise and Physical Activity on Anxiety. *Frontiers in Psychiatry*, 27(4), 1-4. doi: 10.3389/fpsyt.2013.00027
- Askling, C., Karlsson, J., & Thorstensson, A. (2003). Hamstring injury occurrence in elite soccer players after preseason strength training with eccentric overload. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 13(4), 244–250. doi: 10.1034/j.1600-0838.2003.00312.x
- Asociación Española de Coaching. (2020). *El Coaching*. Recuperado de

<https://www.asescoaching.org/el-coaching/>

- Barakat, S., Boehmer, K., Abdelrahim, M., Ahn, S., Al-Khateeb, A. A., Villalobos, N. Á., ... Murad, M. H. (2018). Does Health Coaching Grow Capacity in Cancer Survivors? A Systematic Review. *Population Health Management*, 21(1), 63–81. doi: 10.1089/pop.2017.0040
- Belmaker, R. H., & Agam, G. (2008). Major Depressive Disorder. *New England Journal of Medicine*, 358(1), 55–68. doi: 10.1056/NEJMra073096
- Benenzón, R. O. (1985). *Manual de Musicoterapia*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Benito, E. (2008). Las Psicoterapias. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, (1), 1–9.
- Cano Vindel, A., Martín Salguero, J., Mae Wood, C., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2012). *La Depresión en Atención Primaria: Prevalencia, Diagnóstico y tratamiento*. 33(1), 2–11. Recuperado de <http://www.cop.es/papeles>
- Cardila, F., Martos, Á., Barragán, A., & Gázquez, J. (2015). Prevalence of depression in Spain: Analysis of the last 15 years. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 267–279. doi: 10.1989/ejihpe.v5i2.118
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126–131. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3920711>
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. (2011). *Acreditación profesional como psicólogo experto en coaching*. Recuperado de http://www.copmadrid.org/webcopm/recursos/AcreditacionPsicologo_Experto_CoachingULTIMAVERSION.pdf
- Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., ... Mead, G. E. (2013). Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 34(11), 1203. doi: 10.1002/14651858.CD004366.pub6
- Corbu, A. (2016). *Coaching: Una revisión teórica desde la psicología* (Tesis de pregrado). Universitat Jaume I, Castellón de la Plana, España.

- Craig, G. (2008). *El manual de EFT*. Santa Rosa, Argentina: Energy Psychology Press.
- De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., & De Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, *16*(5), 566–578. doi: 10.1080/10503300600756402
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalings, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(4), 658–670. doi: 10.1037/0022-006X.74.4.658
- Dinas, P. C., Koutedakis, Y., & Flouris, A. D. (2011). Effects of exercise and physical activity on depression. *Irish Journal of Medical Science*, *180*(2), 319–325. doi: 10.1007/s11845-010-0633-9
- Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T. L., Finkelstein, E. A., Katzmarzyk, P. T., van Mechelen, W., & Pratt, M. (2016). The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet*, *388*(1), 1311–1324. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30383-X
- Dunn, A. L., Trivedi, M. H., Kampert, J. B., Clark, C. G., & Chambliss, H. O. (2005). Exercise treatment for depression. *American Journal of Preventive Medicine*, *28*(1), 1–8. doi: 10.1016/j.amepre.2004.09.003
- Feixas, G., & Miro, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Recuperado de <http://www.planetadelibros.com/aproximaciones-a-la-psicoterapia-libro-18417.html>
- Frates, E. P., Moore, M. A., Lopez, C. N., & McMahon, G. T. (2011). Coaching for Behavior Change in Psychiatry. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, *90*(12), 1074–1082. doi: 10.1097/PHM.0b013e31822dea9a
- Gabarrón, E., Vidal Royo, J. M., Haro Abad, J. M., Boix Soriano, I., Jover Blanca, A., & Arenas Prat, M. (2002). Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Atención Primaria*, *29*(6), 329–335. doi: 10.1016/S0212-6567(02)70578-7

- Georg Feuerstein. (2011). *The Path of Yoga: An Essential Guide to Its Principles and Practices*. Estados Unidos:Shambhala.
- Grant, A. M., & Palmer, S. (Mayo de 2002). Coaching Psychology. *British Psychological Society*. Simposio llevado a cabo en la Annual Conference of Division of Counselling Psychology. Torquay, England.
- Grinder, J., & Bandler, R. (2008). *De sapos a principes: Transcripción del seminario de los creadores de la PNL*. Madrid, España: Gaia.
- Härter, M., Klesse, C., Bermejo, I., Bschor, T., Gensichen, J., Harfst, T., ... Berger, M. (2010). Evidenzbasierte Therapie der Depression. *Der Nervenarzt*, 81(9), 1049–1068. doi: 10.1007/s00115-010-3084-7
- Higuera-Sainz, J. L., Álvarez-Aguirre, A., Cisneros-Ruiz, B., Acosta-Valencia, Y. G., & Pimentel-Jaimes, J. A. (2019). Análisis del concepto de coaching de salud. *SANUS*, (11), 36–46. doi: 10.36789/sanus.vi11.147
- John Whitmore. (1992). *Coaching For Performance*. London, England: Nicholas Brealey Publishing.
- Juanes, R. G., Gili, M., Roca, M., Castro, A., Lopez-Navarro, E., Crespi, C., ... García-Toro, M. (2015). Prescripción de ejercicio físico en la Depresión por parte de Médicos de Familia. Factores involucrados. *Revista de Psicología Del Deporte*, 24(1), 61–69. Recuperado de <https://www.rpd-online.com/article/view/1480>
- Kivelä, K., Elo, S., Kyngäs, H., & Kääriäinen, M. (2014). The effects of health coaching on adult patients with chronic diseases: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 97(2), 147–157. doi: 10.1016/j.pec.2014.07.026
- Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380, 219–229. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9
- Leornado Wolk. (2007). *Coaching. El Arte de Soplar Brasas*. Buenos Aires, Argentina: Gran Aldea.
- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., ... Ezzati, M. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury

- attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2224–2260. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8
- Lindner, H., Menzies, D., Kelly, J., Taylor, S., & Shearer, M. (2003). Coaching for behaviour change in chronic disease: A review of the literature and the implications for coaching as a self-management intervention. *Australian Journal of Primary Health*, 9(3), 177. doi: 10.1071/PY03044
- Luis San Molina, & Belén Arranz Marti. (2010). *Comprender la depresión*. España: Amat Editorial.
- Maron, E., & Nutt, D. (2018). Biological Markers of Generalized Anxiety Disorder. *FOCUS*, 16(2), 210–218. doi: 10.1176/appi.focus.16205
- Martin, E. S., Dobson, F., Hall, M., Marshall, C., & Egerton, T. (2019). The effects of behavioural counselling on the determinants of health behaviour change in adults with chronic musculoskeletal conditions making lifestyle changes: A systematic review and meta-analysis. *Musculoskeletal Care*, 17(3), 170–197. doi: 10.1002/msc.1410
- Means-Christensen, A. J., Roy-Byrne, P. P., Sherbourne, C. D., Craske, M. G., & Stein, M. B. (2008). Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care. *Depression and Anxiety*, 25(7), 593–600. doi: 10.1002/da.20342
- Mikkelsen, K., Stojanovska, L., Polenakovic, M., Bosevski, M., & Apostolopoulos, V. (2017). Exercise and mental health. *Maturitas*, 106, 48–56. doi: 10.1016/j.maturitas.2017.09.003
- Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., & Serrano, P. (2011). Eficacia de los Tratamientos Basados en Mindfulness para los Trastornos de Ansiedad y Depresión: Una Revisión Sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 16(1) 1-14. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/10347/9885>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), 1-6 doi: 10.1371/journal.pmed.1000097

- Mughal, S., Azhar, Y., & Siddiqui, W. J. (2020). Grief Reaction. *StatPearls*. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29939609>
- Myles Downey. (1999). *Effective Coaching*. London, England: Orion Business Books.
- National Institute of Mental Health. (2018). *Depression*. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- Nezu, A. M., Ronan, G. F., Meadows, E. A., & McClure, K. S. (eds) (2002). *Practitioner's Guide to Empirically Based Measures of Depression*. doi: 10.1007/b108178
- Oliveira, J. S., Sherrington, C., Amorim, A. B., Dario, A. B., & Tiedemann, A. (2017). What is the effect of health coaching on physical activity participation in people aged 60 years and over? A systematic review of randomised controlled trials. *British Journal of Sports Medicine*, 51(19), 1425–1432. doi: 10.1136/bjsports-2016-096943
- Organización mundial de la salud. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf;jsessionid=3E1684A517F313D906A0FCB9A0792204?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado de <http://iris.paho.org>
- Palmer, S., Tubbs, I., & Whybrow, A. (2003). Health coaching to facilitate the promotion of healthy behaviour and achievement of health-related goals. *International Journal of Health Promotion and Education*, 41(3), 91–93. doi: 10.1080/14635240.2003.10806231
- Parsloe, E. (1995). *Coaching, Mentoring and assessing: A Practical Guide to Developing Competence*. New York, United States: Kogan Page.
- Pérez Álvarez, M., & García Montes, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema* 13(3), 493–510. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713314>
- Piercy, K. L., Troiano, R. P., Ballard, R. M., Carlson, S. A., Fulton, J. E., Galuska, D. A., ... Olson, R. D. (2018). The Physical Activity Guidelines for Americans. *JAMA*, 320(19), 2020. doi: 10.1001/jama.2018.14854

- Prince, S. A., Reid, R. D., Pipe, A. L., & McDonnell, L. A. (2017). An evaluation of CardioPrevent. *Current Opinion in Cardiology*, 32(5), 580–589. doi: 10.1097/HCO.0000000000000438
- Raglin, J. S. (1990). Exercise and Mental Health. *Sports Medicine*, 9(6), 323–329. doi: 10.2165/00007256-199009060-00001
- Rebar, A. L., Stanton, R., Geard, D., Short, C., Duncan, M. J., & Vandelanotte, C. (2015). A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychology Review*, 9(3), 366–378. doi: 10.1080/17437199.2015.1022901
- Retamal C, P. (1998). *Depresión*. Santiago de Chile, Chile: Editorial Universitaria.
- Röschke, J., Wolf, C., Müller, M. J., Wagner, P., Mann, K., Grözinger, M., & Bech, S. (2000). The benefit from whole body acupuncture in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 57(1–3), 73–81. doi: 10.1016/S0165-0327(99)00061-0
- Rost, K. (2002). Managing depression as a chronic disease: a randomised trial of ongoing treatment in primary care. *BMJ*, 325(7370), 934–934. doi: 10.1136/bmj.325.7370.934
- Sáez-Padilla, J., Sierra-Robles, Á., Tornero-Quiñones, I., Espina-Díaz, A., & Carvajal-Duque, P. (2020). Condición física relacionada con depresión y calidad de vida en personas mayores. *Revista de Psicología Del Deporte*, 29(1), 113–122.
- Sans Zapata, M. (2012). ¿Qué es el coaching? Sus orígenes, definición, distintas metodologías y principios básicos de actuación de un coach. In *3c Empresa: investigación y pensamiento crítico* (Vol. 1). Recuperado de 3ciencias website: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4817930&info=resumen&idioma=SPA>
- Siu, A. L., Bibbins-Domingo, K., Grossman, D. C., Baumann, L. C., Davidson, K. W., Ebell, M., ... Pignone, M. P. (2016). Screening for Depression in Adults. *JAMA*, 315(4), 380. doi: 10.1001/jama.2015.18392
- Stahl, S. T., Smagula, S. F., Dew, M. A., Schulz, R., Albert, S. M., & Reynolds, C. F. (2020). Digital Monitoring of Sleep, Meals, and Physical Activity for Reducing Depression in Older Spousally-Bereaved Adults: A Pilot Randomized Controlled

- Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. doi: 10.1016/j.jagp.2020.02.013
- Stanton, R., & Reaburn, P. (2014). Exercise and the treatment of depression: A review of the exercise program variables. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 17(2), 177–182. doi: 10.1016/j.jsams.2013.03.010
- Tiede, M., Dwinger, S., Herbarth, L., Härter, M., & Dirmaier, J. (2017). Long-term effectiveness of telephone-based health coaching for heart failure patients: A post-only randomised controlled trial. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 23(8), 716–724. doi: 10.1177/1357633X16668436
- Triantafyllidis, A., Filos, D., Claes, J., Buys, R., Cornelissen, V., Kouidi, E., ... Maglaveras, N. (2018). Computerised decision support in physical activity interventions: A systematic literature review. *International Journal of Medical Informatics*, 111(1), 7–16. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2017.12.012
- Van Minnen, A., Hendriks, L., & Olf, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research and Therapy*, 48(4), 312–320. doi: 10.1016/j.brat.2009.12.003
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2017). Persistent Depressive Disorder/Dysthymia. In M. M. Weissman, J. C. Markowitz, & G. L. Klerman (Eds.), *The Guide to Interpersonal Psychotherapy* 281(18), 1707-1713. doi: 10.1001/jama.281.18.1707
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575–1586. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6
- Wolever, R. Q., Simmons, L. A., Sforzo, G. A., Dill, D., Kaye, M., Bechard, E. M., ... Yang, N. (2013). A Systematic Review of the Literature on Health and Wellness Coaching: Defining a Key Behavioral Intervention in Healthcare. *Global Advances in Health and Medicine*, 2(4), 38–57. doi: 10.7453/gahmj.2013.042
- World Health Organization. (2017). Depresión. *World Health Organization*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>

- Yang, L., Zhao, Y., Wang, Y., Liu, L., Zhang, X., Li, B., & Cui, R. (2015). The Effects of Psychological Stress on Depression. *Current Neuropharmacology*, *13*(4), 494–504. doi: 10.2174/1570159X1304150831150507
- Yun, Y. H., Kim, Y. A., Lee, M. K., Sim, J. A., Nam, B.-H., Kim, S., ... Park, S. (2017). A randomized controlled trial of physical activity, dietary habit, and distress management with the Leadership and Coaching for Health (LEACH) program for disease-free cancer survivors. *BMC Cancer*, *17*(1), 298. doi: 10.1186/s12885-017-3290-9
- Yun, Y. H., Lim, C. Il, Lee, E. S., Kim, Y. T., Shin, K. H., Kim, Y., ... Shin, A. (2020). Efficacy of health coaching and a web-based program on physical activity, weight, and distress management among cancer survivors: A multi-centered randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, *29*(7), 1105–1114. doi: 10.1002/pon.5394
- Zis, P., Daskalaki, A., Bountouni, I., Sykioti, P., Varrassi, G., & Paladini, A. (2017). Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. *Clinical Interventions in Aging*, *12*(1), 709–720. doi: 10.2147/CIA.S113576