



La relación entre la función física y los síntomas psicológicos en la enfermedad de Parkinson:

Una encuesta a fisioterapeutas del Reino Unido

**Philip Hodgson^{1,2}✉, Alastair Jordan², Charikleia Sinani², Divine
Charura³**

1. Departamento de Fisioterapia, Tees, Esk and Wear Valleys NHS Foundation Trust, West Park Hospital, Edward Pease Way, Darlington, Reino Unido.
2. Escuela de Ciencia, Tecnología y Salud, Universidad York St John, Lord Mayor's Walk, York.
3. Escuela de Educación, Lenguaje y Psicología, Universidad York St John, Lord Mayor's Walk, York.

✉ Autor de Correspondencia: Philip Hodgson,
Departamento de Fisioterapia, Tees, Esk and Wear
Valleys NHS Foundation Trust, West Park Hospital,
Edward Pease Way, Darlington, Reino Unido, GB-DL2
2TS. philip.hodgson@nhs.net

El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores y no necesariamente refleja el punto de vista de la «Revista de Fisioterapia en Salud Mental» ©. Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados siempre que se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación. Todo el contenido intelectual que se encuentra en esta revista está licenciado al público consumidor bajo la figura de Creative Commons©, a menos que el autor haya acordado lo contrario o limitado dicha facultad a la «Revista de Fisioterapia en Salud Mental» por escrito y de forma expresa. La Revista de Fisioterapia en Salud Mental» se distribuye bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.



La relación entre la función física y los síntomas psicológicos en Parkinson:

Una encuesta a fisioterapeutas del Reino Unido

Philip Hodgson^{1,2}✉, Alastair Jordan², Charikleia Sinani², Divine Charura³

1. Departamento de Fisioterapia, Tees, Esk and Wear Valleys NHS Foundation Trust, West Park Hospital, Edward Pease Way, Darlington, Reino Unido.
2. Escuela de Ciencia, Tecnología y Salud, Universidad York St John, Lord Mayor's Walk, York.
3. Escuela de Educación, Lenguaje y Psicología, Universidad York St John, Lord Mayor's Walk, York.

Resumen: Las personas con enfermedad de Parkinson (EP) suelen experimentar síntomas motores y no motores, incluyendo síntomas psicológicos como ansiedad y depresión. Sin embargo, la relación entre estos síntomas y la perspectiva de los fisioterapeutas no está bien comprendida. Este estudio describe los enfoques actuales en la evaluación fisioterapéutica y las derivaciones para síntomas psicológicos. Exploramos las opiniones de fisioterapeutas del Reino Unido sobre la posible interacción entre la función física y los síntomas psicológicos en personas con EP. **Diseño:** Estudio transversal mediante encuesta anónima en línea, garantizando la confidencialidad y participación voluntaria. Los datos se presentan con estadísticas descriptivas. **Participantes:** Fisioterapeutas del Reino Unido reclutados mediante muestreo por conveniencia e intencional. **Resultados:** 125 fisioterapeutas del Reino Unido completaron la encuesta, la cual incluía preguntas centradas en su trabajo con personas con EP, su formación y experiencia en salud mental, las herramientas de evaluación que utilizan, la interacción entre síntomas, los tratamientos aplicados y las derivaciones a otros servicios. La mayoría reportó tener una amplia experiencia clínica y un uso más frecuente de herramientas de evaluación para medir la función física que para valorar los síntomas psicológicos. Aunque se indicó que las alteraciones en la función física suelen ser detectadas antes que los síntomas psicológicos, se reconoció ampliamente una relación directa entre ambos, destacándose especialmente la ansiedad y la depresión. También se identificaron con frecuencia barreras para realizar derivaciones oportunas en caso de síntomas psicológicos. **Conclusiones:** Los fisioterapeutas del Reino Unido reconocen la relación entre función física y síntomas psicológicos en el Parkinson. Sin embargo, los síntomas psicológicos son poco evaluados en la práctica clínica y existen barreras para las derivaciones. Se debe mejorar la evaluación de síntomas psicológicos por parte de los fisioterapeutas y superar las barreras de las derivaciones, para proporcionar una atención integral a las personas con EP.

Cuadro de Resumen

- Es el primer estudio que explora la práctica y perspectiva de los fisioterapeutas sobre la interacción entre la función física y los síntomas psicológicos en personas con Parkinson.
- Entendimiento del papel de los fisioterapeutas en la identificación e inicio de derivaciones para síntomas psicológicos identificados.
- A pesar de que el 92% de los fisioterapeutas reportan una relación percibida entre la función física y los síntomas psicológicos en la EP, el 64% señala barreras para realizar derivaciones para abordar estos síntomas.
- La medida más comúnmente utilizada para evaluar la función física en la práctica clínica fue el Timed-Up-and-Go, mientras que la escala psicológica más frecuente fue la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

Palabras clave: enfermedad de Parkinson, enfermedades neurodegenerativas, interacción de síntomas, salud mental, fisioterapia, encuesta

Introducción

La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurodegenerativo complejo caracterizado por una amplia variedad de síntomas motores y no motores.¹ Además de los síntomas motores bien reconocidos, como temblor, rigidez y bradicinesia, la EP puede afectar significativamente la salud mental y el bienestar de la persona.² Las personas con Parkinson (PcP) presentan una mayor incidencia de problemas de salud mental en comparación con la población general, con hasta un 40 % experimentando depresión³ o ansiedad⁴, frente al 17 % observado en la población general.⁵

La evidencia muestra que las PcP perciben que la ansiedad puede amplificar sus síntomas motores⁶⁻⁷, incluyendo un aumento en la incidencia de la congelación de la marcha.⁸ Varios estudios sugieren que a medida que aumenta la ansiedad, también lo hace la gravedad de los síntomas motores evaluados mediante la Escala Unificada para la Valoración de la Enfermedad de Parkinson (UPDRS)⁹⁻¹²; sin embargo, esta relación aún no ha sido confirmada en medidas más específicas de la función física, como el equilibrio y la movilidad, ni considerando otros síntomas psicológicos asociados a la EP.¹³⁻¹⁴

En nuestra encuesta a PcP y cuidadores¹⁵, encontramos que los encuestados tendían a percibir una interacción bidireccional entre los síntomas físicos y psicológicos, influenciada en gran medida por las experiencias previas del individuo. Los fisioterapeutas, debido a su contacto frecuente y directo con pacientes con EP, están bien posicionados para evaluar tanto la función física como los síntomas psicológicos y comentar sobre la relación percibida entre ambos. Sin embargo, las perspectivas de los fisioterapeutas, quienes desempeñan un papel crucial en el manejo de la EP, no han sido exploradas extensamente.

Aunque las guías NICE para otras condiciones neurológicas (por ejemplo, esclerosis múltiple) proporcionan recomendaciones específicas para el cribado regular de aspectos cognitivos, emocionales o de salud mental¹⁶⁻¹⁷, esto no ocurre en la EP.¹⁸ Específicamente, se hace referencia a una guía genérica para adultos con problemas crónicos y a la necesidad de involucrar a profesionales de la salud aliados (por ejemplo, fisioterapeutas). Sin embargo, los fisioterapeutas no solo carecen de formación para reconocer y evaluar estos síntomas¹⁹⁻²¹, sino que también reportan una baja confianza y dudas respecto a los límites del ámbito profesional al tratar problemas de salud mental.²²⁻²⁶

A pesar de la inclusión de diversas herramientas clínicas en la Guía Europea de Fisioterapia para la Enfermedad de Parkinson²⁷, se observa una ausencia notable de recomendaciones sobre la inclusión de medidas para evaluar síntomas psicológicos o directrices para el uso de instrumentos de autoinforme dentro de estas guías. Las herramientas de autoinforme pueden empoderar a los pacientes al permitirles expresar sus experiencias y percepciones respecto a sus síntomas y estado general de salud.²⁸ Además, incorporar evaluaciones psicológicas como parte de un modelo biopsicosocial²⁹ reconoce la compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales para comprender la salud global del paciente. Al evaluar aspectos psicológicos como el estado de ánimo, la cognición y el apoyo social, junto con los síntomas motores y/o la función física, los clínicos pueden desarrollar planes de tratamiento más integrales que aborden el espectro completo de desafíos que enfrentan las PcP. Hasta donde sabemos, ningún estudio ha abordado cómo se implementan estas guías en la práctica clínica de la fisioterapia, ni ha explorado las prácticas actuales relacionadas con la identificación y evaluación de los síntomas psicológicos.

Este estudio tuvo como objetivo examinar si los fisioterapeutas del Reino Unido perciben una interacción entre la función física y los síntomas psicológicos en pacientes con EP. Los objetivos incluyeron investigar las herramientas de evaluación comúnmente utilizadas para valorar la función física y la sintomatología psicológica, los tratamientos considerados beneficiosos, así como las posibles barreras para realizar derivaciones una vez identificados los síntomas psicológicos.

Métodos

Diseño del estudio

Se administró una encuesta transversal en línea utilizando la plataforma Qualtrics (<https://www.qualtrics.com>). Se siguieron las directrices propuestas para reportar resultados de encuestas electrónicas³⁰ con el fin de abordar las preocupaciones comúnmente aceptadas sobre la representatividad y validez de las encuestas web (Anexo 1). La aprobación ética fue obtenida por el Comité de ética en Investigación de la Escuela de Ciencia, Tecnología y Salud de la Universidad York St John (ETH2223-0030). Las respuestas se recopilaron desde mayo de 2023 hasta mayo de 2024.

Diseño y desarrollo de la encuesta

La encuesta se diseñó basándose en una revisión sistemática³¹ y en un grupo de participación de pacientes y público organizado a través de Parkinson's UK y liderado por el primer autor. Para evaluar su validez aparente y de contenido, fue pilotada por un grupo de fisioterapeutas que trabajan con personas con Parkinson (PcP). Como resultado de esta prueba, se realizaron ajustes, incluyendo la incorporación de preguntas sobre el porcentaje de la carga clínica individual relacionada con la EP, así como la solicitud de detalles adicionales sobre barreras para las derivaciones a servicios psicológicos. El formato final fue estructurado para completarse en aproximadamente 20 minutos.

Se mantuvo el anonimato de las respuestas, y el instrumento se organizó en cinco secciones: 1) datos demográficos (por ejemplo, entorno laboral del encuestado, años de experiencia trabajando con PcP, porcentaje de la carga clínica relacionada con EP y experiencia previa en salud mental en el ámbito laboral); 2) preguntas sobre evaluaciones rutinariamente usadas en la práctica clínica con PcP; 3) perspectivas sobre la relación entre función física y síntomas psicológicos en EP; 4) opiniones respecto a derivaciones tras la identificación de síntomas psicológicos; y 5) tratamientos percibidos como beneficiosos para la función física y los síntomas psicológicos (Anexo 2).

Muestra y reclutamiento

La población objetivo fueron fisioterapeutas que trabajan en todas las especialidades en el Reino Unido. El reclutamiento no se limitó a los servicios neurológicos debido a la posibilidad de que las PcP accedan a diversos servicios de fisioterapia.³² Los participantes fueron reclutados mediante muestreo por conveniencia e intencional, seguido de muestreo en bola de nieve. Para asegurar que la encuesta alcanzara a la población objetivo, se difundió a través de los canales digitales del Parkinson's Excellence Network Exercise Hub, una red de clínicos que trabajan con PcP, y se promovió en redes sociales (X). La promoción dirigida a clínicos que trabajan con PcP (Anexos 3 y 4) también se realizó mediante las Redes Profesionales de la Chartered Society of Physiotherapy para fisioterapeutas que trabajan con personas mayores (AGILE) y en salud mental (CPMH). Se completó una mayor promoción a través de grupos de interés en investigación de Parkinson's UK, foros iCSP y durante una presentación en la Conferencia CSP 2023.³³

Para acceder a la encuesta, los participantes utilizaron el enlace proporcionado que dirigía a una página web con una visión general de la encuesta. Se informó a los participantes que sus respuestas serían anónimas, y se configuró Qualtrics para garantizar que cada participante completara la encuesta una sola vez desde el mismo dispositivo. Antes de iniciar la encuesta, los participantes debían marcar una casilla para confirmar que cumplían los criterios de elegibilidad y consentían participar. La hoja de información para participantes estaba disponible para descarga en formato PDF (Anexo 5).

Análisis de datos

Se presentan estadísticas descriptivas como media y desviación estándar. Las preguntas tipo Likert se trataron como datos ordinales, y las respuestas se presentan en número y porcentaje (n [%]). Dado que todos los encuestados eran fisioterapeutas del Reino Unido, todas las respuestas se analizaron como un único grupo (n = 125). El análisis de datos se realizó utilizando Microsoft Excel (Versión 2308).

Resultados

Características de los encuestados

De las 154 respuestas recibidas, 125 fueron completadas en su totalidad (tasa de finalización del 81.2%) y se incluyeron en nuestro análisis. Las respuestas parcialmente completadas fueron excluidas. Las características de los encuestados se presentan en la Tabla 1.

Herramientas de Evaluación Utilizadas

Se solicitó a los encuestados que identificaran qué herramientas de evaluación de función física y síntomas psicológicos utilizan comúnmente en la práctica clínica. Se proporcionó una lista predefinida para ambas categorías, en la que los participantes podían seleccionar tantas respuestas como fueran relevantes para su práctica. Además de las listas predefinidas, los encuestados pudieron añadir hasta cinco herramientas adicionales como “otras” para evaluar función física y síntomas psicológicos mediante campos de texto libre. El número promedio de herramientas de función física reportado por los fisioterapeutas fue de 3.94 (DE=2.28). En general, las tres herramientas de función física más comunes reportadas como usadas regularmente en la práctica clínica para evaluar a PcP fueron: 1) Timed-Up-and-Go (TUG)³⁴ (83.2%), 2) Berg Balance Scale (BBS)³⁵ (70.4%) y 3) caminata cronometrada de 10 metros³⁶ (33.6%). Entre los

resultados reportados como “otros” se incluyeron: test Tragus-Pared³⁷, test de equilibrio de Tinetti³⁸ y fuerza de agarre manual³⁹.

Tabla 1. Demografía de los encuestados

Ítem demográfico	Respuestas fisioterapeutas	
	n	%
Total de encuestados	125	n/a
Edad		
	18-29	28 22.40%
	30-39	41 32.80%
	40-49	21 16.80%
	50-59	27 21.60%
	60-69	8 6.40%
	70 o más	0 0.00%
Género		
	Masculino	23 18.40%
	Femenino	102 81.60%
	Otro	0 0.00%
Etnicidad		
	Blanco: Inglés/Galés/escocés/irlandés del Norte/Británico	111 88.80%
	Blanco: Irlandés	3 2.40%
	Blanco: Otro origen blanco	3 2.40%
	Asiático o británico asiático: Indio	3 2.40%
	Negro o británico negro: Africano	1 0.80%
	Negro o británico negro: Caribeño	1 0.80%
	Mixto: Blanco y negro caribeño	1 0.80%
	Mixto: Blanco y negro africano	1 0.80%
	Árabe	1 0.80%
	Otro	0 0.00%
Lugar de trabajo		
	Urgencias	2 1.60%
	Hospitalizados (Agudo)	27 21.60%
	Hospitalizados (Rehabilitación)	9 7.20%
	Consulta externa	35 28.00%
	Comunidad	45 36.00%
	Atención primaria	1 0.80%
	No clínico	1 0.80%
	Otro	5 4.00%
Especialidad		
	Cardiorrespiratoria	6 4.80%
	Servicios domiciliarios	12 9.60%
	Servicios para fragilidad	15 12.00%
	Discapacidades del aprendizaje	1 0.80%
	Salud mental	12 9.60%
	Servicios musculoesqueléticos	10 8.00%
	Neurología	45 36.00%
	Salud ocupacional	0 0.00%
	Oncología y cuidados paliativos	0 0.00%
	Pediatría	0 0.00%
	Servicios pélvicos obstétricos o ginecológicos	2 1.60%
	Traumatología y ortopedia	2 1.60%
	Reumatología	1 0.80%
	Cuidados vasculares	0 0.00%
	Investigación	1 0.80%
	Prefiere no decir	0 0.00%
	Otro	18 14.40%
Años post-titulación trabajando con Parkinson		
	Menos de 1 año	10 8.00%
	1 - 3 años	13 10.40%
	3 - 5 años	10 8.00%
	5 - 10 años	31 24.80%
	10 - 20 años	35 28.00%
	20 - 30 años	19 15.20%
	Más de 30 años	6 4.80%
	Prefiere no decir	1 0.80%
Porcentaje de carga clínica con pacientes con Parkinson		
	Media (DE)	28.41 (24.59)
	Rango	0 -100
Formación/experiencia previa en salud mental		
	Sí	71 56.80%
	No	54 43.20%
Años trabajando en salud mental (si aplica)		
	Menos de 1 año	9 13.00%
	1 - 3 años	8 11.60%
	3 - 5 años	16 23.20%
	5 - 10 años	15 21.70%
	10 - 20 años	13 18.80%
	20 - 30 años	6 8.70%
	Más de 30 años	2 2.90%
	Prefiere no decir	0 0.00%

El número promedio de herramientas psicológicas reportado fue de 1.42 (DE=1.27). Las tres medidas psicológicas más comunes usadas regularmente en la práctica clínica para evaluar a PcP fueron: 1) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)⁴⁰ (28.0%), 2) EQ-5D⁴¹ (21.6%) y 3) Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39)⁴² (20.0%). Otros resultados reportados incluyeron: TOMS⁴³ y Escala de Discapacidad de Autovaloración para la Enfermedad de Parkinson.⁴⁴ Las herramientas de evaluación de función física y síntomas psicológicos usadas en la práctica clínica se presentan en la Tabla 2.

Síntomas e interacciones

La mayoría de los fisioterapeutas que completaron la encuesta reportaron reconocer primero alteraciones en la función física en PcP (73.6%). Un 20.0% adicional reportó reconocerlas simultáneamente con el desarrollo de síntomas psicológicos, un 4.8% reconoce síntomas psicológicos primero, y un 4.0% no estaba seguro. A pesar de esto, el 92.0% reportó percibir que existe una relación entre función física y síntomas psicológicos. La depresión (82.4%), la ansiedad (73.6%) y la apatía (47.2%) fueron los síntomas psicológicos percibidos como más propensos a cambiar en respuesta a alteraciones en la función física, y esta relación fue reconocida en todas las etapas de la EP.

Tabla 2. Herramientas de evaluación usadas en la práctica clínica

Función física	Respuestas fisioterapeutas	%	Síntomas psicológicos	Respuestas fisioterapeutas	%
Timed-Up-and-Go (TUG)	104	83.20%	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	35	28.00%
Berg Balance Scale (BBS)	88	70.40%	EQ-5D	27	21.60%
Caminata cronometrada de 10 metros	42	33.60%	Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39)	25	20.00%
Five times sit-to-stand (FTSTS)	40	32.00%	Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	15	12.00%
Lindop Parkinson's Physiotherapy Assessment Scale (LPAS)	37	29.60%	Geriatric Depression Scale (GDS)	14	11.20%
Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39)	26	20.80%	Generalised Anxiety Disorder Assessment (GAD-7)	11	8.80%
Mini-BESTest	21	16.80%	Non motor symptoms questionnaire (NMSQ)	10	8.00%
Caminata cronometrada de 6 minutos	19	15.20%	MDS Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS)	7	5.60%
Functional Gait Assessment (FGA)	18	14.40%	Beck Depression Inventory-II (BDI-II)	3	2.40%
Dynamic Gait Index (DGI)	12	9.60%	PIMS (Parkinson's Impact Scale)	3	2.40%
Push and Release	10	8.00%	Parkinson's Anxiety Scale (PAS)	2	1.60%
Rapid Turns	7	5.60%	Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)	1	0.80%
MDS Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS)	6	4.80%	Impulsive and compulsive behaviour in Parkinson's: monitoring and information tool	0	0.00%
Modified Parkinson's Assessment Scale (MPAS)	4	3.20%	Beck Anxiety Inventory (BAI)	0	0.00%
Modified Bradykinesia Rating Scale (MBRS)	2	1.60%	State Trait Anxiety Inventory (STAI)	0	0.00%
Otros	57	45.60%	Otros	24	19.20%
Total	493		Total	177	

Del total de fisioterapeutas encuestados, el 98.4% opinó estar “totalmente de acuerdo” o “de acuerdo” con que las PcP y sus cuidadores deberían considerar conjuntamente la función física y los síntomas psicológicos, mientras que el 96.8% expresó la misma opinión respecto a los profesionales sanitarios. La tasa de evaluación de síntomas psicológicos por parte de fisioterapeutas es del 35.9% respecto al uso reportado de herramientas para evaluar función física. La Tabla 3 muestra detalles de las interacciones percibidas entre síntomas reportadas por los fisioterapeutas.

Tabla 3. Síntomas e interacciones

Síntomas e interacciones	Respuestas fisioterapeutas (n=125)
<u>Síntomas físicos o psicológicos reconocidos primero</u>	
Físicos	92 (73.6%)
Psicológicos	6 (4.8%)
Ambos simultáneamente	25 (20.0%)
Prefiere no decir	0 (0.0%)
No seguro	5 (4.0%)
<u>Relación entre síntomas físicos y psicológicos</u>	
Sí	115 (92.0%)
No	0 (0.0%)
No seguro	10 (8.0%)
Prefiere no decir	0 (0.0%)
<u>Etapas en la que la relación es evidente</u>	
Pre-diagnóstico	44 (35.2%)
Etapas tempranas	83 (66.4%)
Etapa media	81 (64.8%)
Etapa avanzada	73 (58.4%)
Fin de vida	32 (25.6%)
Demencia	36 (28.8%)
Otro	9 (7.2%)
Prefiere no decir	0 (0.0%)
<u>Síntomas psicológicos que cambian más en respuesta a síntomas físicos</u>	
Depresión	103 (82.4%)
Ansiedad	92 (73.6%)
Alucinaciones	29 (23.2%)
Delirios	9 (7.2%)
Apatía	59 (47.2%)
Comportamientos impulsivos o compulsivos	31 (24.8%)
Problemas de memoria	61 (48.8%)
Demencia	30 (24.0%)
Otro	6 (4.8%)
Prefiere no decir	0 (0.0%)
<u>En qué medida deberían considerarse conjuntamente los síntomas físicos y psicológicos PcP/cuidadores</u>	
Totalmente de acuerdo	107 (85.6%)
De acuerdo	16 (12.8%)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2 (1.6%)
En desacuerdo	0 (0.0%)
Totalmente en desacuerdo	0 (0.0%)
<u>En qué medida creen que los profesionales sanitarios deberían considerar conjuntamente los síntomas físicos y psicológicos</u>	
Totalmente de acuerdo	107 (85.6%)
De acuerdo	14 (11.2%)
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3 (2.4%)
En desacuerdo	0 (0.0%)
Totalmente en desacuerdo	0 (0.0%)

Derivaciones

Aunque las derivaciones más comunes fueron a grupos de apoyo (82.4%), psicología (79.2%) y servicios de médico general (65.6%), el 64.0% de los encuestados identificó barreras para realizarlas. Las barreras más frecuentes incluyeron tiempos de espera para acceder a los servicios, disposición del paciente para aceptar derivaciones, falta de disponibilidad y conocimiento de los servicios, criterios de acceso y la negativa de algunos servicios a aceptar derivaciones directas desde fisioterapia. La Tabla 4 muestra detalles de las derivaciones reportadas por fisioterapeutas tras la identificación de síntomas psicológicos.

Tabla 4. Derivaciones/Orientación

Derivaciones/Orientación para abordar síntomas psicológicos	Respuestas fisioterapeutas (n=125)
Terapia ocupacional	60 (48.0%)
Terapia del habla	23 (18.4%)
Otro(s) fisioterapeuta(s)	22 (17.6%)
Psicología	99 (79.2%)
Médico general	82 (65.6%)
Neurólogo	70 (56.0%)
Grupos de ejercicio	66 (52.8%)
Organizaciones benéficas	61 (48.8%)
Grupos de apoyo	103 (82.4%)
Amigos/Familia	50 (40.0%)
Ninguno	0 (0.0%)
No seguro	2 (1.6%)
Prefiere no decir	0 (0.0%)
Otro	18 (14.4%)
<u>Barreras para derivaciones encaminadas a abordar síntomas psicológicos</u>	
Sí	80 (64.0%)
No	26 (20.8%)
No sabe	18 (14.4%)
Prefiere no decir	1 (0.8%)

Tratamientos

Para mejorar la función física, los fisioterapeutas identificaron tres tratamientos considerados como más efectivos: el ejercicio (99.2%), la fisioterapia (98.4%) y los medicamentos (95.2%). En cuanto a los síntomas psicológicos, los tres tratamientos que señalaron como más efectivos fueron: el ejercicio (92.8%), la atención psicológica (86.4%) y el mindfulness (84.8%).

El ejercicio es frecuentemente citado como beneficioso tanto para la función física como para los síntomas psicológicos⁴⁵⁻⁴⁹, y es de gran importancia debido al alto impacto que se ha reportado de ambos tipos de síntomas, sobre la funcionalidad y la calidad de vida.^{31,50-51}

La Tabla 5 muestra los tratamientos percibidos por los fisioterapeutas como beneficiosos para la función física y/o síntomas psicológicos.

Tabla 5. Tratamientos

Tratamientos para función física	Respuestas fisioterapeutas (n=125)
Medicación	119 (95.2%)
Ejercicio	124 (99.2%)
Mindfulness	76 (60.8%)
Fisioterapia	123 (98.4%)
Terapia ocupacional	104 (83.2%)
Terapia del habla	81 (64.8%)
Psicología	64 (51.2%)
Psicoterapia	35 (28.0%)
Atención psicológica	56 (44.8%)
Terapias complementarias	52 (41.6%)
No aplicable	0 (0.0%)
Otro	4 (3.2%)
Tratamientos para síntomas psicológicos	Respuestas fisioterapeutas (n=125)
Medicación	102 (81.6%)
Ejercicio	116 (92.8%)
Mindfulness	106 (84.8%)
Fisioterapia	89 (71.2%)
Terapia ocupacional	87 (69.6%)
Terapia del habla	65 (52.0%)
Psicología	108 (86.4%)
Psicoterapia	73 (58.4%)
Atención psicológica	101 (80.8%)
Terapias complementarias	78 (62.4%)
No aplicable	0 (0.0%)
Otro	5 (4.0%)

Discusión

Esta encuesta en línea tuvo como objetivo examinar si los fisioterapeutas del Reino Unido perciben una interacción entre la función física y los síntomas psicológicos. Los encuestados, en general, parecen percibir dicha interacción y están bien posicionados para identificar también los síntomas psicológicos. A pesar de ello, existe una falta de evaluación de los síntomas psicológicos en la práctica clínica de los fisioterapeutas, y hay obstáculos para realizar derivaciones adicionales cuando se reconocen problemas.

El uso de herramientas de evaluación estandarizadas y validadas es un requisito explícito de los Estándares de Garantía de Calidad de la Chartered Society of Physiotherapy (CSP).⁵² En 2011, la Auditoría Nacional de Parkinson⁵³⁻⁵⁴ identificó la Berg Balance Scale, el Timed-Up-and-Go (TUG) y la caminata cronometrada de 10 minutos como las herramientas de evaluación más comunes usadas en fisioterapia. Nuestros resultados también apoyan estos hallazgos. Específicamente, los resultados reportados en nuestra encuesta tienden a centrarse predominantemente en evaluaciones realizadas por el profesional clínico como la marcha y el equilibrio, junto con medidas de síntomas específicos de Parkinson y en resultados reportados por los pacientes. Curiosamente, la MDS-UPDRS fue reportada como usada solo por el 4.8% de los fisioterapeutas (n=6), lo que indica que su uso en entornos clínicos de fisioterapia es limitado. Esto puede deberse a factores como su prolongado tiempo de realización (30 minutos)⁵⁵ y la amplia gama de síntomas que evalúa.⁵⁶ Por tanto, los fisioterapeutas podrían percibirla como clínicamente poco relevante.

Aunque la Auditoría Nacional de Parkinson⁵³⁻⁵⁴ no distinguió entre resultados físicos y psicológicos, los resultados demuestran un claro enfoque en la evaluación de la función física. Nuestra encuesta no solo actualiza dicha auditoría, sino que también capturó el uso específico de herramientas para evaluar función física y síntomas psicológicos por parte de fisioterapeutas que trabajan con PcP. Los fisioterapeutas del Reino Unido reportaron usar herramientas para evaluar función física 2.8 veces más que evaluaciones psicológicas, lo que indica una oportunidad desperdiciada para identificar síntomas psicológicos e iniciar derivaciones encaminadas a abordarlos. Este desequilibrio en la atención sugiere que los fisioterapeutas que tratan a PcP pueden priorizar la rehabilitación física sobre enfoques integrales, ignorando el importante malestar psicológico que a menudo experimentan las personas con EP. Investigaciones previas indican que los fisioterapeutas suelen tener dificultades para identificar factores psicosociales⁵⁷, en contradicción con el modelo biopsicosocial de atención.²⁹ McGrath et al.⁵⁸ destacaron que, aunque los fisioterapeutas reconocen la importancia de evaluar síntomas psicológicos en sus pacientes, existe una necesidad significativa de guías claras y enfoques estructurados para identificar y manejar eficazmente el malestar psicológico, especialmente dado que muchos fisioterapeutas se sienten inseguros respecto a su rol en esta área.

De las respuestas recibidas, los fisioterapeutas parecen basarse en herramientas de evaluación realizadas por el profesional clínico para valorar la función física, las cuales ofrecen una visión limitada de la capacidad funcional percibida por el individuo en comparación con la combinación con herramientas de autoinforme.⁵⁹ Investigaciones previas han sugerido que, aunque las evaluaciones clínicas de la función

física se correlacionan bien con evaluaciones de rendimiento, los autoinformes de los pacientes se asocian más fuertemente con factores psicológicos y sociales, como el miedo a caer y la depresión, destacando el valor complementario de ambos enfoques para una comprensión integral de la función física.⁶⁰

La Guía Europea de Fisioterapia para la Enfermedad de Parkinson prioriza el uso de herramientas de evaluación realizadas por el profesional clínico con la mayoría de las herramientas recomendadas, sin considerar la función reportada por el paciente y sin directrices relacionadas con la evaluación de síntomas psicológicos.²⁷ La inclusión de herramientas de evaluación reportadas por el paciente está justificada por evidencia no solo en PcP⁶¹, sino también en pacientes con accidente cerebrovascular⁶², donde se identificaron discrepancias entre medidas clínicas y reportadas por el paciente vinculadas a la presencia de síntomas psicológicos. Esta investigación resalta la conexión mente y cuerpo⁶³, sugiriendo que integrar evaluaciones físicas y psicológicas en fisioterapia puede mejorar la práctica en diversas condiciones. Abordar resultados psicológicos puede mejorar la identificación de síntomas y las derivaciones en distintos entornos terapéuticos.

Cabe destacar que la mayoría de los fisioterapeutas encuestados en el Reino Unido reconocieron la posible interacción entre función física y síntomas psicológicos en todas las etapas de la EP. Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que examina esto y se basa en nuestro trabajo previo con PcP y cuidadores.¹⁵ Considerando la alta prevalencia reportada de síntomas psicológicos en EP^{3-4,64}, es razonable esperar que síntomas como depresión, ansiedad y apatía fluctúen en respuesta a cambios en la función física. De hecho, encontramos que esta expectativa fue compartida por los encuestados, quienes reportaron que, desde su perspectiva, la depresión (82.4%), la ansiedad (73.6%) y la apatía (47.2%) son los síntomas psicológicos más propensos a cambiar en relación con la función física. Una explicación puede ser que dichos síntomas psicológicos varían cuando hay cambios en la calidad de vida y discapacidad del individuo. Investigaciones previas sugieren que los síntomas psicológicos empeoran como resultado de desafíos vitales, como la pérdida de independencia y los cambios en los roles sociales, lo que lleva a las personas a retirarse de actividades que anteriormente disfrutaban.⁶⁵⁻⁶⁶

Aunque nuestros hallazgos sugieren que los fisioterapeutas reconocen la importancia de evaluar conjuntamente la función física y los síntomas psicológicos, esto no parece traducirse en la práctica clínica habitual. Trabajos previos en esta área indican que los síntomas no motores de la EP, incluidos los síntomas

psicológicos, reciben menos atención por parte de los clínicos, a pesar de que dicha negligencia puede aumentar sustancialmente el costo de la atención.⁶⁷ Esto puede deberse a la falta de conciencia sobre la importancia de los síntomas psicológicos, la confianza en su evaluación, la confusión sobre responsabilidades individuales por parte de los clínicos y/o a la presión de tiempo en los servicios clínicos.⁶⁸

Encontramos que los fisioterapeutas encuestados reportaron realizar derivaciones a servicios especializados para abordar los síntomas psicológicos que identificaban, mostrando así cierta conciencia sobre estas opciones de derivación. A pesar de esta conciencia, el 64 % informó barreras al realizar dichas derivaciones, mientras que solo el 21 % reportó no enfrentar ninguna barrera, y el resto no estaba seguro o prefirió no responder. Las barreras más comunes reportadas incluyeron tiempos de espera para acceder a los servicios, la negativa del paciente a ser derivado, la falta de disponibilidad y desconocimiento de los servicios locales, los criterios para acceder a los servicios y la renuencia de algunos servicios a aceptar derivaciones directas desde fisioterapia. Estas barreras han sido documentadas en investigaciones previas.⁶⁹⁻⁷¹ Las guías NICE para PcP se limitan a referir a pautas genéricas existentes sobre depresión en adultos con problemas crónicos de salud, recomendando el acceso a profesionales de salud aliados (por ejemplo, fisioterapeutas, enfermeros especialistas en Parkinson)¹⁸, en lugar de ofrecer directrices específicas, lo que puede contribuir a estas barreras. Esto contrasta con otras enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple, cuyas guías incluyen recomendaciones específicas para cribados regulares de aspectos cognitivos, emocionales o de salud mental.¹⁶⁻¹⁷

Nuestros encuestados identificaron el ejercicio, la fisioterapia y la medicación como los tratamientos más efectivos para mejorar la función física, mientras que la atención psicológica, el mindfulness y el ejercicio fueron considerados los más útiles para los síntomas psicológicos. La investigación respalda estas opiniones, mostrando que la actividad física regular mejora la función física, la calidad de vida y la salud mental en PcP.⁷²⁻⁷³ La fisioterapia complementa el ejercicio al enfocarse en el equilibrio y la movilidad, reduciendo el riesgo de caídas y promoviendo la independencia.⁷⁴ La medicación, especialmente la levodopa, es esencial para el manejo de síntomas motores clave como temblores, rigidez y lentitud de movimientos.⁷⁵ Para los síntomas psicológicos, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha demostrado reducir la ansiedad y la depresión al mejorar las habilidades de afrontamiento y la resiliencia emocional.⁷⁶ Las prácticas de mindfulness ayudan a aliviar el estrés y mejorar la regulación emocional.⁶⁶ Además, el ejercicio beneficia

tanto al cuerpo como a la mente al disminuir los índices de depresión y ansiedad, mejorar el estado de ánimo y potenciar la función cognitiva en PcP.⁷⁷

Dado que muchas intervenciones fisioterapéuticas se centran predominantemente en el movimiento y el ejercicio, es razonable esperar que estas impacten tanto en la presentación psicológica como en la función física del individuo⁷⁸, reforzado por las opiniones de PcP y cuidadores que reportan el ejercicio como uno de los tratamientos más efectivos para ambos tipos de síntomas.¹⁵ Nuestra reciente revisión sistemática³¹ destacó que, en muchos estudios clínicos, la información relacionada con la función física y los síntomas psicológicos se recoge comúnmente de forma conjunta, pero está infrautilizada desde una perspectiva investigadora. En este sentido, la evaluación rutinaria en la práctica clínica tiene el potencial de permitir el seguimiento de los síntomas psicológicos para iniciar (o retirar) derivaciones encaminadas a tratarlos. Involucrar a los fisioterapeutas en este proceso puede ayudar a identificar síntomas psicológicos, reducir costos y derivaciones innecesarias, mejorar el bienestar del paciente y promover el ejercicio como tratamiento basado en la evidencia para problemas de salud mental en PcP.

Fortalezas y limitaciones

Aunque se realizaron esfuerzos para minimizar las limitaciones, estas deben ser reconocidas. En primer lugar, nuestros hallazgos pueden no ser generalizables fuera del Reino Unido ni transferibles a otros grupos profesionales. En segundo lugar, los participantes que completaron la encuesta en línea pudieron haberse auto-seleccionado por su interés en el tema, lo que podría resultar en una muestra no completamente representativa de la población general y afectar los resultados. En tercer lugar, no fue posible recopilar información sobre la frecuencia reportada del uso de herramientas de evaluación ni de las derivaciones realizadas en la práctica, lo que limita nuestra capacidad para inferir la facilidad para evaluar la eficacia del tratamiento.

Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que explora las perspectivas de fisioterapeutas del Reino Unido, proporcionando un relato directo de cómo estos temas son percibidos por los proveedores de atención clínica. Dada la gran variedad de entornos clínicos cubiertos por fisioterapeutas en el Reino Unido, esta investigación ofrece una visión hasta ahora no disponible y brinda una plataforma para futuras investigaciones.

Recomendaciones

La integración de la evaluación psicológica en la práctica clínica de fisioterapia tiene el potencial de mejorar la atención al paciente. Recomendamos el desarrollo de rutas clínicas que incluyan oportunidades para el cribado de síntomas y derivaciones encaminadas a apoyo psicológico. Los fisioterapeutas, como miembros integrales de equipos clínicos multidisciplinares, están bien posicionados para participar en estas rutas; sin embargo, requieren directrices claras sobre la evaluación de síntomas psicológicos. También recomendamos que los fisioterapeutas utilicen tanto herramientas de evaluación realizadas por el terapeuta como autoinformes de función física, ya que cualquier discrepancia entre estas evaluaciones puede indicar la necesidad de evaluar síntomas psicológicos. Dada la posible falta de conciencia sobre la importancia de los síntomas psicológicos, así como la confianza de los clínicos en sus habilidades de evaluación y la confusión sobre responsabilidades individuales, exacerbadas por las presiones temporales en los servicios clínicos, es esencial abordar la desconexión entre las percepciones clínicas y la práctica real.⁶⁸ Por ello, abogamos por la actualización de las guías que proporcionen recomendaciones explícitas respecto a los roles de los clínicos, en particular de los fisioterapeutas, en la identificación, derivación y/o tratamiento de síntomas psicológicos.

Conclusión

Los hallazgos de esta investigación resaltan la necesidad de un enfoque más integral en la fisioterapia para el manejo de la EP, especialmente en lo que respecta a la interacción entre la función física y los síntomas psicológicos. Los resultados de nuestra encuesta indican que los fisioterapeutas del Reino Unido reconocen la interacción entre estos grupos de síntomas; sin embargo, persiste una brecha considerable en la práctica clínica fisioterapéutica en relación con la evaluación de los síntomas psicológicos. A pesar de la conciencia sobre los desafíos psicológicos que enfrentan los pacientes, existen barreras como las dificultades para realizar derivaciones y la falta de guías específicas que obstaculizan una intervención efectiva.

Para mejorar la atención al paciente, recomendamos que los fisioterapeutas adopten una estrategia de evaluación dual que incluya tanto herramientas evaluadas por el clínico como autoinformes de función física y síntomas psicológicos. Este enfoque está en consonancia con la evidencia emergente sobre la conexión mente-cuerpo y promueve una comprensión holística de las necesidades del paciente. Abogamos por la actualización de las guías clínicas, junto con mejores oportunidades de educación y formación, para

proporcionar directrices claras sobre el papel de los fisioterapeutas en la identificación y abordaje de los síntomas psicológicos. Al abordar estas brechas y desarrollar las rutas de atención existentes, podemos mejorar los resultados en los pacientes, facilitar derivaciones oportunas a servicios de salud mental y, en última instancia, mejorar la calidad de vida de las personas que viven con EP. Esta investigación constituye un paso hacia la promoción de los cambios necesarios en la práctica clínica y en las políticas para apoyar tanto la salud física como mental de los pacientes.

Aprobación ética

El protocolo de este estudio recibió aprobación ética local por parte del Comité de ética en Investigación de la Escuela de Ciencia, Tecnología y Salud de la Universidad York St John el 10/05/2023 (Referencia ética: ETH2223-0030).

Financiamiento

Este trabajo se realizó como parte de un doctorado en curso desarrollado en colaboración entre Tees, Esk and Wear Valleys NHS Foundation Trust y la Universidad York St John. Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiación públicas, comerciales o del sector sin fines de lucro.

Declaración de Equidad, Diversidad e Inclusión

Estamos comprometidos con garantizar la igualdad, diversidad e inclusión en esta investigación. Este compromiso se aplicó a lo largo de todo el proceso de investigación de la siguiente manera:

Equipo de investigación: El equipo refleja diversidad en cuanto a experiencia profesional, raza/etnia y género.

Población del estudio: Este estudio utilizó un conjunto de datos existente. Reconocemos que la recolección original de datos pudo tener limitaciones respecto a la representación de poblaciones diversas. Sin embargo, para los fines de este análisis, incluimos todos los datos disponibles sin exclusión por edad, género, etnia, estatus socioeconómico o ubicación geográfica. Este enfoque garantizó que el análisis fuera lo más inclusivo posible, dadas las limitaciones del conjunto de datos.

Metodología de investigación: La metodología implicó el análisis de un conjunto de datos existente. Los métodos originales de recolección pudieron influir en los datos disponibles para análisis. Empleamos métodos estadísticos rigurosos para asegurar un análisis objetivo y sin sesgos.

Análisis e interpretación de resultados: Se reconocen y discuten en el manuscrito las limitaciones en la generalización de los hallazgos debido a la posible subrepresentación en los datos originales. Interpretamos los resultados en el contexto de la literatura existente, prestando especial atención a cómo los hallazgos pueden impactar diferencialmente en diversas poblaciones.

Creemos que este trabajo contribuye a una comprensión más equitativa del tema al analizar los datos de manera inclusiva, reconociendo las limitaciones del proceso original de recolección de datos.

Declaración de Conflicto de Intereses

Ninguno declarado.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a los fisioterapeutas que dedicaron tiempo a participar en esta encuesta, así como a las redes profesionales que colaboraron en su difusión. Los autores también desean agradecer a Pilar Bustamante, quien amablemente colaboró con la traducción de este manuscrito del inglés al español.

Referencias

1. LeWitt PA, Chaudhuri KR. Unmet needs in Parkinson disease: Motor and non-motor. *Parkinsonism Relat Disord.* 2020;80:S7–12.
2. Grover S, Somaiya M, Kumar S, Avasthi A. Psychiatric aspects of Parkinson's disease. *J Neurosci Rural Pract.* 2015;6(1):65–76.
3. Aarsland D, Pålhlagen S, Ballard CG, Ehrt U, Svenningsson P. Depression in Parkinson disease—epidemiology, mechanisms and management. *Nat Rev Neurol.* 2011;8(1):35–47.
4. Broen MP, Narayen NE, Kuijf ML, Dissanayaka NN, Leentjens AF. Prevalence of anxiety in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Mov Disord.* 2016;31(8):1125–33.
5. Research NS, Department of Health Sciences UoL. Mental Health and Wellbeing in England Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014 [Internet]. 2014 [cited 2025 May 29]. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/556596/apms-2014-full-rpt.pdf
6. Lovegrove CJ, Bannigan K. What is the lived experience of anxiety for people with Parkinson's? A phenomenological study. *PLoS One.* 2021;16(4):e0249390.
7. Song S, Luo Z, Li C, Huang X, Shiroma EJ, Simonsick EM, et al. Depressive symptoms before and after Parkinson's diagnosis: a longitudinal analysis. *PLoS One.* 2022;17(7):e0272315.
8. Ehgoetz Martens KA, Ellard CG, Almeida QJ. Does anxiety cause freezing of gait in Parkinson's disease? *PLoS One.* 2014;9(9):e106561.
9. Brown RG, Landau S, Hindle JV, Playfer J, Samuel M, Wilson KC, et al. Depression and anxiety related subtypes in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2011;82(7):803.
10. Dissanayaka NNW, Sellbach A, Matheson S, O'Sullivan JD, Silburn PA, Byrne GJ, et al. Anxiety disorders in Parkinson's disease: prevalence and risk factors. *Mov Disord.* 2010;25(7):838–45.
11. Stefanova E, Ziropadja L, Petrović M, Stojković T, Kostić V. Screening for anxiety symptoms in Parkinson disease: a cross-sectional study. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2013;26(1):34–40.
12. Zahodne LB, Marsiske M, Bowers D. A latent class analysis of psychological disturbance in Parkinson's disease. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2013;28(10):1054–60.
13. Leentjens AF, Dujardin K, Marsh L, Martinez-Martin P, Richard IH, Starkstein SE. Anxiety and motor fluctuations in Parkinson's disease: a cross-sectional observational study. *Parkinsonism Relat Disord.* 2012;18(10):1084–8.
14. Lutz SG, Holmes JD, Ready EA, Jenkins ME, Johnson AM. Clinical presentation of anxiety in Parkinson's disease: a scoping review. *OTJR (Thorofare NJ).* 2016;36(3):134–47.
15. Hodgson P, Jordan A, Sinani C, Charura D. The relationship between physical function and psychological symptoms in Parkinson's: a survey of people with Parkinson's and carers. *medRxiv* [Preprint]. 2024. doi:10.1101/2024.09.06.24313094.
16. England N, Improvement N. The Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) Pathway for People with Long-term Physical Health Conditions and Medically Unexplained Symptoms [Internet]. 2018 [cited 2025 May 29]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/03/improving-access-to-psychological-therapies-long-term-conditions-pathway.pdf>

17. Parkinson's Ao. Mental health matters too: Improving mental health services for people with Parkinson's who experience anxiety and depression [Internet]. 2018 [cited 2025 May 29]. Available from: <https://www.parkinsons.org.uk/sites/default/files/2018-05/APPG%20on%20Parkinson%27s%20mental%20health%20report%20-%20May%202018.pdf>
18. NICE. Parkinson's disease in adults [Internet]. 2017 [cited 2025 May 29]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng71>
19. Heaney CA, Green AJK, Rostron CL, Walker NC. A qualitative and quantitative investigation of the psychology content of UK physiotherapy education programs. *J Phys Ther Educ*. 2012;26(3):48-56.
20. Zangoni G, Thomson OP. 'I need to do another course' – Italian physiotherapists' knowledge and beliefs when assessing psychosocial factors in patients presenting with chronic low back pain. *Musculoskelet Sci Pract*. 2017;27:71-7.
21. Lee S, Waters F, Briffa K, Fary RE. Limited interface between physiotherapy primary care and people with severe mental illness: a qualitative study. *J Physiother*. 2017;63(3):168-74.
22. Ribeiro C, Tsang L, Lin B, Kemp-Smith K, Phillips J, Furness J. Physiotherapists' perceptions of their role in treating and managing people with depression and anxiety disorders: a systematic review. *Physiother Theory Pract*. 2024;40(3):431-55.
23. McGrath RL, Verdon S, Parnell T, Pope R. Australian physiotherapists' perceived frequency of contact with clients experiencing distress: a cross-sectional survey. *Physiother Theory Pract*. 2024;40(1):1-18.
24. Lucas L, Parker J. Physiotherapists perceived role in managing anxiety in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis: a mixed-methods study. *Arch Physiother*. 2022;12(1):2.
25. Lennon O, Ryan C, Helm M, Moore K, Sheridan A, Probst M, et al. Psychological distress among patients attending physiotherapy: a survey-based investigation of Irish physiotherapists' current practice and opinions. *Physiother Can*. 2020;72(3):239-48.
26. McGrath RL, Shephard S, Parnell T, Verdon S, Pope R. Recommended approaches to assessing and managing physiotherapy clients experiencing psychological distress: a systematic mapping review. *Physiother Theory Pract*. 2024;40(11):2670-700.
27. Keus S, Munneke M, Graziano M, Paltamaa J, Pelosin E, Domingos J, et al. European Physiotherapy Guideline for Parkinson's Disease [Internet]. 2019 [cited 2025 May 29]. Available from: https://www.parkinsonnet.nl/app/uploads/sites/3/2019/11/eu_guideline_parkinson_guideline_for_pt_sl.pdf
28. Gilbert A, Sebag-Montefiore D, Davidson S, Velikova G. Use of patient-reported outcomes to measure symptoms and health related quality of life in the clinic. *Gynecol Oncol*. 2015;136(3):429-39.
29. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *J Med Philos*. 1981;6(2):101-24.
30. Eysenbach G. Improving the quality of web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res*. 2004;6(3):e34.
31. Hodgson P, Jordan A, Sinani C, Charura D, Orange ST. The relationship between physical function and psychological symptoms in Parkinson's disease: a systematic review and meta-regression analysis. *CNS Neurosci Ther*. 2024;30(2):e14562.
32. Acharya AS, Prakash A, Saxena P, Nigam A. Sampling: Why and how of it. *Indian J Med Spec*. 2013;4(2):330-3.

33. Jordan A, Sinani C, Charura D. CSP2023: 326 – The relationship between physical and psychological symptoms in Parkinson's Disease: a systematic review and meta-regression analysis. *Physiotherapy*. 2024;123:e52-3.
34. Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Phys Ther*. 2000;80(9):896-903.
35. Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Maki B. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Can J Public Health*. 1992;83 Suppl 2:S7-11.
36. Collen FM, Wade DT, Bradshaw CM. Mobility after stroke: reliability of measures of impairment and disability. *Int Disabil Stud*. 1990;12(1):6-9.
37. Tudini FT, Myers BJ, Bohannon RW. Forward flexed posture: reliability and determinants of tragus-to-wall measurement. *Physiother Theory Pract*. 2022;38(4):579-86.
38. Kegelmeyer DA, Kloos AD, Thomas KM, Kostyk SK. Reliability and validity of the Tinetti Mobility Test for individuals with Parkinson disease. *Phys Ther*. 2007;87(10):1369-78.
39. Roberts HC, Syddall HE, Butchart JW, Stack EL, Cooper C, Sayer AA. The association of grip strength with severity and duration of Parkinson's: a cross-sectional study. *Neurorehabil Neural Repair*. 2015;29(9):889-96.
40. Spinhoven PH, Ormel J, Sloekers PPA, Kempen GJIM, Speckens AEM, van Hemert AM. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med*. 1997;27(2):363-70.
41. Balestroni G, Bertolotti G. [EuroQol-5D (EQ-5D): an instrument for measuring quality of life]. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2012;78(3):155-9.
42. Jenkinson C, Fitzpatrick R, Peto V, Greenhall R, Hyman N. The Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39): development and validation of a Parkinson's disease summary index score. *Age Ageing*. 1997;26(5):353-7.
43. Enderby P, John A, Petheram B. *Therapy outcome measures for rehabilitation professionals: speech and language therapy, physiotherapy, occupational therapy*. Oxford: John Wiley & Sons; 2013.
44. Biemans MAJE, Dekker J, van der Woude LHV. The internal consistency and validity of the Self-assessment Parkinson's Disease Disability Scale. *Clin Rehabil*. 2001;15(2):221-8.
45. Chen K, Tan Y, Lu Y, Wu J, Liu X, Zhao Y. Effect of exercise on quality of life in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Parkinsons Dis*. 2020;2020:3257623.
46. Altmann LJ, Stegemöller E, Hazamy AA, Wilson JP, Bowers D, Okun MS, et al. Aerobic exercise improves mood, cognition, and language function in Parkinson's disease: results of a controlled study. *J Int Neuropsychol Soc*. 2016;22(9):878-89.
47. Nocera JR, Amano S, Vallabhajosula S, Hass CJ. Tai Chi exercise to improve non-motor symptoms of Parkinson's disease. *J Yoga Phys Ther*. 2013;3:1-6.
48. Ni M, Signorile JF, Balachandran A, Potiaumpai M. Power training induced change in bradykinesia and muscle power in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2016;23:37-44.
49. Ni M, Mooney K, Signorile JF. Controlled pilot study of the effects of power yoga in Parkinson's disease. *Complement Ther Med*. 2016;25:126-31.

50. Lo Bueno V, Palmeri R, De Salvo S, Berenati M, Greco A, Ciurleo R, et al. Anxiety, depression, and quality of life in Parkinson's disease: the implications of multidisciplinary treatment. *Neural Regen Res.* 2021;16(3):587-90.
51. Zhao N, Yang Y, Zhang L, Zhang Q, Balbuena L, Ungvari GS, et al. Quality of life in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis of comparative studies. *CNS Neurosci Ther.* 2021;27(3):270-9.
52. Chartered Society of Physiotherapy (CSP). Quality assurance standards for physiotherapy service delivery. Code of members' professional values and behaviours [Internet]. 2013 [cited 2025 May 29]. Available from: <https://www.csp.org.uk/system/files/quality-assurance-standards-service-delivery-2013.pdf>
53. Parkinson's UK. National Parkinson's Audit Report [Internet]. 2012 [cited 2025 May 29]. Available from: <https://www.parkinsons.org.uk/sites/default/files/2018-10/National%20Audit%20Report%202012.pdf>
54. Agha R, Edison E, Fielder Camm C, Cheng L, Gajendragadkar P, Borland C. Improving compliance with NICE guidelines on Parkinson's disease: a quality improvement study. *Ann Med Surg (Lond).* 2012;1:34-8.
55. Goetz CG, Tilley BC, Shaftman SR, Stebbins GT, Fahn S, Martinez-Martin P, et al. Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): scale presentation and clinimetric testing results. *Mov Disord.* 2008;23(15):2129-70.
56. Regnault A, Boroojerdi B, Meunier J, Bani M, Morel T, Cano S. Does the MDS-UPDRS provide the precision to assess progression in early Parkinson's disease? Learnings from the Parkinson's progression marker initiative cohort. *J Neurol.* 2019;266(8):1927-36.
57. Henning M, Smith M. The ability of physiotherapists to identify psychosocial factors in patients with musculoskeletal pain: a scoping review. *Musculoskeletal Care.* 2023;21(2):502-15.
58. McGrath RL, Shephard S, Parnell T, Verdon S, Pope R. Recommended approaches to assessing and managing physiotherapy clients experiencing psychological distress: a systematic mapping review. *Physiother Theory Pract.* 2024;40(11):2670-700.
59. Churruca K, Pomare C, Ellis LA, Long JC, Henderson SB, Murphy LED, et al. Patient-reported outcome measures (PROMs): a review of generic and condition-specific measures and a discussion of trends and issues. *Health Expect.* 2021;24(4):1015-24.
60. Feuering R, Vered E, Kushnir T, Jette AM, Melzer I. Differences between self-reported and observed physical functioning in independent older adults. *Disabil Rehabil.* 2014;36(17):1395-401.
61. Still A, Hale L, Swain N, Jayakaran P. Self-reported depression and anxiety are correlated with functional disability in Parkinson's disease. *N Z J Physiother.* 2021;49(1):40-9.
62. Essers B, Van Gils A, Lafosse C, Michielsen M, Beyens H, Schillebeeckx F, et al. Evolution and prediction of mismatch between observed and perceived upper limb function after stroke: a prospective, longitudinal, observational cohort study. *BMC Neurol.* 2021;21(1):488.
63. Levine GN, Cohen BE, Commodore-Mensah Y, Fleury J, Huffman JC, Khalid U, et al. Psychological health, well-being, and the mind-heart-body connection: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2021;143(10):e763-83.
64. Béreau M, Van Waes V, Servant M, Magnin E, Tatu L, Anheim M. Apathy in Parkinson's disease: clinical patterns and neurobiological basis. *Cells.* 2023;12(12):1599.

65. Pontone G, Weiss H. Mental health and Parkinson's disease. *Pract Neurol* [Internet]. 2018 [cited 2025 May 29]. Available from: <https://practicalneurology.com/articles/2018-may/mental-health-and-parkinsons-disease>
66. van der Heide A, Meinders MJ, Speckens AEM, Peerbolte TF, Bloem BR, Helmich RC. Stress and mindfulness in Parkinson's disease: clinical effects and potential underlying mechanisms. *Mov Disord*. 2021;36(1):64-70.
67. Antoniya T, Peter J, Chaudhuri KR. Non-motor Parkinson's: integral to motor Parkinson's, yet often neglected. *Pract Neurol*. 2014;14(5):310.
68. Carroll V, Rossiter R, Blanchard D. Non-motor symptoms of Parkinson's disease. *Aust J Gen Pract*. 2021;50(11):812-7.
69. Hurt CS, Rixon L, Chaudhuri KR, Moss-Morris R, Samuel M, Brown RG. Identifying barriers to help-seeking for non-motor symptoms in people with Parkinson's disease. *J Health Psychol*. 2019;24(5):561-71.
70. Dobkin RD, Rubino JT, Friedman J, Allen LA, Gara MA, Menza M. Barriers to mental health care utilization in Parkinson's disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2013;26(2):105-16.
71. Subramanian I, Hinkle JT, Chaudhuri KR, Mari Z, Fernandez HH, Pontone GM. Mind the gap: Inequalities in mental health care and lack of social support in Parkinson disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2021;93:97-102.
72. Lauzé M, Daneault J-F, Duval C. The effects of physical activity in Parkinson's disease: a review. *J Parkinsons Dis*. 2016;6:685-98.
73. Rafferty MR, Schmidt PN, Luo ST, Li K, Marras C, Davis TL, et al. Regular exercise, quality of life, and mobility in Parkinson's disease: a longitudinal analysis of National Parkinson Foundation Quality Improvement Initiative data. *J Parkinsons Dis*. 2017;7:193-202.
74. Tomlinson CL, Herd CP, Clarke CE, Meek C, Patel S, Stowe R, et al. Physiotherapy for Parkinson's disease: a comparison of techniques. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(6):CD002815.
75. Pirker W, Katzenschlager R, Hallett M, Poewe W. Pharmacological treatment of tremor in Parkinson's disease revisited. *J Parkinsons Dis*. 2023;13(2):127-44.
76. Wu X, Shi M, Lian Y, Zhang H. Cognitive behavioral therapy approaches to the improvement of mental health in Parkinson's disease patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Neurol*. 2024;24(1):352.
77. Langeskov-Christensen M, Franzén E, Grøndahl Hvid L, Dalgas U. Exercise as medicine in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2024;95(11):1077.
78. Ernst M, Folkerts AK, Gollan R, Lieker E, Caro-Valenzuela J, Adams A, et al. Physical exercise for people with Parkinson's disease: a systematic review and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;2023(1):CD013779.

ANEXOS**Material Complementario:**

El material complementario asociado a este artículo estará disponible [aquí](#).

- Anexo 1 – Guías CHERRIES
- Anexo 2 – Preguntas de la encuesta
- Anexo 3 – Folleto promocional
- Anexo 4 – Correo electrónico promocional
- Anexo 5 – Hoja informativa para participantes