



Fisioterapia en salud mental: recomendaciones para la práctica, la política y el pago

Joe Tatta¹, **Jeremy Fletcher**², **Rose M. Pignataro**³, **Janet R. Bezner**⁴,
Annette M. Willgens⁵ ✉, **Kerstin M. Palombaro**⁶, **David M. Morris**⁷,
Donald H. Lein⁷

1. Instituto de Ciencia del Dolor Integrativa, Nueva York, Nueva York, EE. UU.
2. Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos, Mobile, Alabama, EE. UU.
3. Programa de Fisioterapia, Universidad de Emory y Henry, Emory, Virginia, EE. UU.
4. Departamento de Fisioterapia, Universidad Estatal de Texas, Round Rock, Texas, EE. UU.
5. Departamento de Fisioterapia, Universidad Nova Southeastern, Tampa, Florida, EE. UU.
6. Departamento de Fisioterapia, Universidad Widener, Chester, Pennsylvania, EE. UU.
7. Departamento de Fisioterapia, Universidad de Alabama, Birmingham, Alabama, EE. UU.

✉ Autor de correspondencia: Annette M. Willgens. Nova Southeastern University, 3400 Gulf-to-Bay Blvd Clearwater, FL 33759. United States. Correo electrónico: aw1451@nova.edu. Teléfono: +1 585 261 3703

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.



Recibido: 16 de julio de 2025 | Aceptado: 01 de diciembre de 2025

Fisioterapia en salud mental: recomendaciones para la práctica, la política y el pago

Joe Tatta ¹, Jeremy Fletcher ², Rose M. Pignataro ³, Janet R. Bezner ⁴, Annette M. Willgens ⁵ ✉, Kerstin M. Palombaro ⁶, David M. Morris ⁷, Donald H. Lein ⁷

1. Instituto de Ciencia del Dolor Integrativa, Nueva York, Nueva York, EE. UU.
2. Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos, Mobile, Alabama, EE. UU.
3. Programa de Fisioterapia, Universidad de Emory y Henry, Emory, Virginia, EE. UU.
4. Departamento de Fisioterapia, Universidad Estatal de Texas, Round Rock, Texas, EE. UU.
5. Departamento de Fisioterapia, Universidad Nova Southeastern, Tampa, Florida, EE. UU.
6. Departamento de Fisioterapia, Universidad Widener, Chester, Pennsylvania, EE. UU.
7. Departamento de Fisioterapia, Universidad de Alabama, Birmingham, Alabama, EE. UU.

Resumen: Cuatro de cada cinco personas con desafíos de salud mental y/o conductual presentan una condición física comórbida, y los fisioterapeutas se encuentran con frecuencia con pacientes con necesidades de salud mental y conductual. La depresión es la principal causa de discapacidad, con una prevalencia global de 280 millones de personas. Las personas con depresión también presentan un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular, cáncer, enfermedad respiratoria, dolor musculoesquelético, obesidad, enfermedad metabólica y diabetes. La población merece una atención integrada de salud mental y salud física que sea accesible y asequible, y los fisioterapeutas están en una posición única para desempeñar un papel fundamental en la prevención, la detección temprana y la intervención. **Objetivos:** Este artículo de perspectiva tiene 3 objetivos: 1) proporcionar estrategias prácticas, basadas en la evidencia y aplicables en la práctica clínica, para que los fisioterapeutas manejen estas condiciones; 2) involucrar a los actores académicos y clínicos para actualizar los planes de estudio y ofrecer formación clínica contemporánea a los estudiantes de hoy; y 3) abogar por reformas legislativas y de pago que reflejen la efectividad de la fisioterapia en el abordaje de la salud mental y conductual. Este artículo contiene tres secciones. La Sección 1 incluye la necesidad de la fisioterapia en salud mental y conductual, el papel del fisioterapeuta como proveedor primario de atención integral, así como los modelos de salud mental y conductual que guían la atención de los fisioterapeutas. La Sección 2 aborda 3 objetivos: (1) cribado y diagnóstico diferencial, mejores prácticas e investigación; (2) educación e intervenciones clínicas para fisioterapeutas que trabajan en salud mental y conductual; y (3) recomendaciones legislativas, de pago y reformas a nivel de sistemas para apoyar a los fisioterapeutas en salud mental y conductual. La Sección 3 incluye recomendaciones y direcciones futuras para que los fisioterapeutas avancen y eleven la profesión en apoyo de las personas a las que servimos.

Cuadro de Resumen

Esta perspectiva destaca métodos, modelos, cribado, intervención y reformas de sistemas para que los fisioterapeutas mejoren la vida de personas con necesidades de atención en salud mental y conductual. Proporciona recomendaciones focalizadas para los clínicos como profesionales de atención primaria y resalta la necesidad urgente de orientar la educación en fisioterapia hacia un enfoque integral de la persona.

Palabras clave: fisioterapia, salud mental, salud conductual, práctica, política, pago.

Sección 1: El imperativo de integrar la salud mental en la fisioterapia

La Asociación Estadounidense de Terapia Física (APTA) y los profesionales de la fisioterapia a nivel mundial están expandiendo activamente su rol para abordar la salud mental y conductual en individuos y comunidades.¹ La práctica contemporánea del fisioterapeuta reconoce la fuerte conexión entre la salud física y la salud mental. La posición oficial de la APTA establece que “los servicios del fisioterapeuta incluyen la prevención y el manejo de condiciones de salud conductual y mental, abordando los dominios interconectados de salud física, psicológica y social para garantizar una atención de la persona en su totalidad.”¹ Esta perspectiva analiza cómo los fisioterapeutas pueden ampliar su ámbito personal de práctica, el rol que desempeñan en salud mental, conductual y los modelos basados en la evidencia que guían la toma de decisiones clínicas para el fisioterapeuta que aborda salud mental y conductual.

Los fisioterapeutas se encuentran con frecuencia a pacientes con condiciones de salud mental. De hecho, 4 de cada 5 personas con condiciones de salud mental y conductual tienen una condición física comórbida.² Según una encuesta, el 41 % de los fisioterapeutas en la práctica general reportaron encuentros diarios con pacientes que tenían condiciones de salud mental y conductual comórbidas, mientras que el 76 % reportó encuentros semanales.³ De todas las condiciones de salud mental y conductual, la depresión es la principal causa de discapacidad, con una prevalencia global de 280 millones.⁴ La evidencia indica asociaciones estrechas y factores de riesgo compartidos entre la depresión, la enfermedad cardiovascular, el cáncer y la enfermedad respiratoria.⁴ Las personas con depresión también presentan tasas más altas de síntomas somáticos, dolor musculoesquelético, conductas sedentarias, obesidad, hiperglucemia, síndrome metabólico, diabetes y discapacidad.⁵ Existen asociaciones bidireccionales entre depresión, ansiedad y enfermedad física, así como factores etiológicos, ambientales, psicológicos y biológicos compartidos que contribuyen a la salud mental y física.⁶

Ciento veintidós millones de estadounidenses (49 %) viven en áreas designadas como zonas con escasez de proveedores de salud mental.⁷ Además, se proyecta que Estados Unidos enfrentará una escasez de entre 17 800 y 48 000 médicos de atención primaria para 2034.⁸ Las carencias de médicos y proveedores de salud mental y conductual, junto con la carga de salud mental y conductual y de enfermedades no transmisibles, han generado una creciente demanda de servicios de atención primaria. Las personas con limitaciones físicas y funcionales se ven particularmente afectadas. Los fisioterapeutas están bien posicionados para

satisfacer estas necesidades trabajando junto a otros miembros del equipo de atención primaria, con credibilidad e influencia crecientes.⁸ Dada la escasez de proveedores y el aumento de la carga de atención primaria en Estados Unidos, incluir a los fisioterapeutas como miembros del equipo de atención primaria puede mejorar el acceso, optimizar la navegación de la atención y reducir los costos generales para las personas con necesidades físicas y funcionales, particularmente entre aquellas que experimentan depresión y ansiedad, las dos condiciones de salud mental y conductual más frecuentes.⁸ En general, los fisioterapeutas pueden influir positivamente en la salud mental y conductual a través del compromiso del paciente, la motivación y las intervenciones basadas en la evidencia.⁹

Aunque algunos fisioterapeutas pueden mostrarse aprensivos respecto al manejo de los aspectos psicosociales, el impacto de la atención centrada en la persona y de la alianza terapéutica mejora los resultados de la fisioterapia.¹⁰ La creciente carga de condiciones de salud mental y conductual, a menudo acompañadas de problemas de salud física, demuestra una clara necesidad de que los fisioterapeutas aborden los determinantes psicológicos y sociales de la salud.¹¹ Estas realidades subrayan la necesidad urgente de integrar la salud mental y conductual en la práctica de la fisioterapia, no solo para mejorar los resultados, sino también para redefinir el papel del fisioterapeuta como proveedor de primera línea en el abordaje de la salud física, mental y conductual.

Dos modelos guían al fisioterapeuta en un enfoque transdiagnóstico de la atención en salud mental y conductual. El primero, desarrollado por Tatta et al. en 2023, es el Modelo de Recuperación del Dolor y Sistemas Integrativos (PRISM).¹² PRISM apoya a los fisioterapeutas que trabajan en la intersección entre el manejo del dolor y la salud mental y conductual. PRISM es un enfoque integrador, salutogénico y cognitivo-conductual que aborda la naturaleza multidimensional del dolor.¹² Como enfoque basado en la resiliencia, PRISM se alinea con estrategias globales psicosociales de salud mental y conductual, posicionando a los fisioterapeutas como proveedores clave en la atención integral de la persona. Los procesos de PRISM se basan en evidencias de nivel I y II, y ofrecen a los fisioterapeutas un marco práctico que transforma la atención tradicional del dolor y la salud mental y conductual hacia la facilitación de la resiliencia.¹² Incluye 6 dominios: (1) *Contexto de la persona*: reconoce cómo el dolor se cruza con las circunstancias sociales y de vida; (2) *Propósito*: reconoce que el dolor interrumpe el sentido de la vida y restaura la acción basada en valores, la identidad y la autonomía; (3) *Alfabetización en dolor*: desarrolla creencias empoderadas y aprendizaje de seguridad; (4) *Mentalidad frente al dolor*: cultiva una respuesta psicológicamente flexible y

conductualmente adaptativa al dolor; (5) *Capacidad física*: mejora la función resolviendo las deficiencias mediante movimiento terapéutico y encarnación; y finalmente (6) *Fisiología*: enfatiza la actividad física, la nutrición y los ritmos circadianos. Se llevó a cabo una operacionalización preliminar y pruebas de factibilidad.¹³ Véase la Figura 1 para más detalles del modelo PRISM.

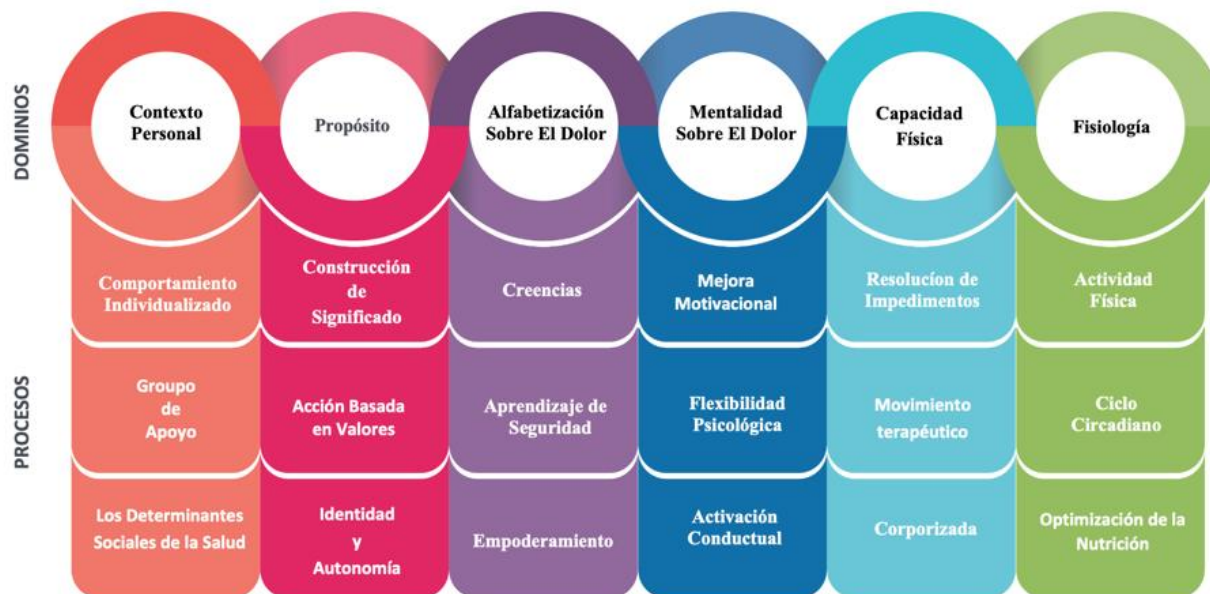


Figura 1. Modelo de Recuperación del Dolor y Sistemas Integrativos (PRISM)¹²

El segundo es el Modelo de Cambio de Comportamiento Centrado en la Salud, desarrollado por Lein et al. en 2017.¹⁴ Este modelo validado proporciona un marco para que los fisioterapeutas criben y aborden conductas de salud con evidencia de beneficio sobre el bienestar físico, mental y conductual.¹⁴ El HFPTM está centrado en el paciente/cliente y considera factores individuales, conductuales y ambientales (Figura 2). El HFPTM tiene cinco constructos y actividades de atención relacionadas. El Paso 1 es un análisis de necesidades que prepara a los fisioterapeutas para examinar la prevalencia de requerimientos de salud mental y conductual en la clínica; aprender sobre salud mental y conductual; considerar herramientas de cribado y recursos para ofrecer intervenciones en salud mental y conductual; crear una red de consultoría con proveedores de salud mental y conductual; así como establecer una evaluación continua del programa. El Paso 2 determina la necesidad de cambio de conducta en el estilo de vida de cada paciente/cliente, utilizando medidas válidas y fiables para cribar desafíos de salud mental y conductual. El Paso 3 implica la colaboración con el paciente/cliente sobre el estilo de vida y el cambio de conducta. El Paso 4 incluye intervenciones conductuales como alivio del estrés y del dolor, nutrición, actividad física, técnicas cognitivo-

conductuales de baja intensidad y/o derivación a un proveedor de salud mental para manejo conjunto.¹⁵ El Paso 5 requiere que el fisioterapeuta evalúe los resultados, como la concordancia con el tratamiento para las intervenciones de salud mental y conductual del fisioterapeuta, así como la satisfacción del paciente con los servicios de salud mental y conductual en fisioterapia. Véase la Figura 2 para detalles del HFPTM.

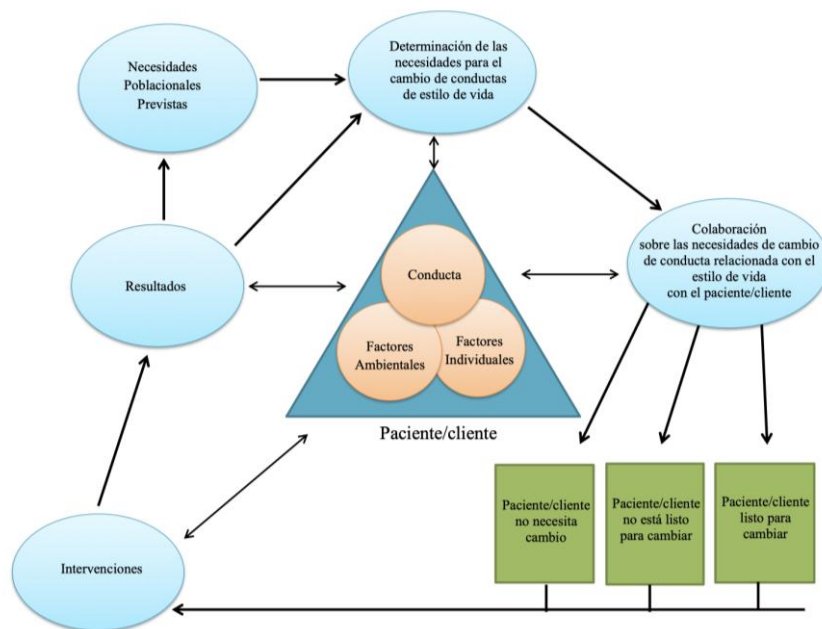


Figura 2. Modelo de Cambio de Comportamiento Centrado en la Salud¹⁴

Sección 2: Estrategias para la transformación de la práctica, la educación y la política

El primer objetivo de esta sección es destacar el cribado, el diagnóstico, el diagnóstico diferencial, las mejores prácticas y la investigación para los fisioterapeutas en salud mental y conductual. Aunque las preocupaciones de salud mental y conductual pueden surgir durante la entrevista con el paciente, el uso de medidas de resultados informados por el paciente (PROMs) de dominio público puede ayudar a cribar estrés, ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y consumo de sustancias. La identificación de estas condiciones ayuda en el proceso diagnóstico, que consiste en la evaluación de la información obtenida a partir de la historia clínica, el examen físico y otra información disponible.¹⁶ El diagnóstico se encuentra dentro del ámbito profesional de la práctica del fisioterapeuta en Estados Unidos.¹⁷ Muchos fisioterapeutas actúan como proveedores de entrada al sistema y, en ciertos estados y jurisdicciones, están legalmente reconocidos como proveedores de atención primaria.¹⁷

Dado que el estrés se asocia con condiciones de salud mental y conductual, los fisioterapeutas pueden pedir a los pacientes que completen primero un cuestionario de estrés, como la Escala de Estrés Percibido (PSS). La PSS es una herramienta fiable y válida de 10 ítems: puntajes de 0 a 13 sugieren estrés bajo, mientras que los puntajes de 14 a 26 se consideran estrés moderado. El estrés percibido alto se define por un puntaje entre 27 y 40. Los puntajes moderados a altos deberían llevar al fisioterapeuta a administrar la Escala de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7), el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) o ambos, según los síntomas detectados durante el examen inicial.¹⁸⁻²⁰ La GAD-7 es una herramienta fiable y válida; los puntajes de 0 a 4 se interpretan como ansiedad mínima; 5-9 = ansiedad leve; 10-14 = ansiedad moderada; 15-21 = ansiedad grave.¹⁸⁻¹⁹ Un puntaje de 8 o superior sugiere trastorno de ansiedad generalizada y justifica la derivación a un proveedor de salud mental.²⁰ El PHQ-9 de 9 ítems es una escala fiable y válida para evaluar la depresión. Los fisioterapeutas deben interpretar el puntaje total de la siguiente manera: 0-4 = sin depresión; 5-9 = depresión leve; 10-14 = depresión moderada; 15-19 = depresión moderadamente grave; y 20 o más = depresión grave.²¹ Si el puntaje del PHQ-9 indica depresión leve, los fisioterapeutas deberían considerar repetir la prueba e iniciar un programa de manejo del estrés, contemplando la derivación y el manejo conjunto con un proveedor de salud mental si el puntaje del PHQ-9 es de 10 o mayor.²¹ El PHQ-9 también incluye una pregunta que criba el riesgo de suicidio. Si la respuesta de un paciente es 1 o mayor en esta pregunta, es fundamental que un profesional capacitado realice una evaluación más amplia.

El segundo objetivo de esta sección es describir la educación y las intervenciones clínicas para los fisioterapeutas en salud mental y conductual. Aunque las personas con condiciones de salud mental y conductual tienen niveles más bajos de actividad física, la evidencia demuestra la efectividad del ejercicio para mejorar los resultados de salud mental y conductual.⁵ El ejercicio regular modula el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA).²² Los beneficios adicionales incluyen la secreción de opioides endógenos y endocannabinoides, los cuales se asocian con placer, reducción de la ansiedad, disminución de la sensibilidad al dolor y menor inflamación sistémica.²² El ejercicio también puede ayudar a mitigar algunos de los efectos secundarios físicos asociados con la medicación antipsicótica, como el aumento de peso, la hiperlipidemia y el síndrome metabólico.²² Los beneficios psicológicos del ejercicio, como la reducción de la depresión y la ansiedad, así como la mejora de la autoeficacia, probablemente surgen de la interacción dinámica entre mecanismos neurofisiológicos, conductuales y sociales.

La Organización Internacional de Fisioterapia en Salud Mental (IOPTMH) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan, en general, al menos 150 minutos de actividad aeróbica de intensidad moderada o 75 minutos de actividad aeróbica de intensidad vigorosa por semana, junto con actividades de fortalecimiento muscular dos veces por semana, para que los adultos mejoren tanto la salud física como la mental. Esto puede lograrse en bloques de 10 minutos distribuidos a lo largo del día. La adherencia a las guías de actividad física se asocia sólidamente con la prevención y la mejora de las condiciones de salud mental y conductual, y el ejercicio es reconocido por médicos y proveedores de salud mental y conductual como una opción basada en la evidencia para tratar condiciones de salud mental.²³ A pesar de este reconocimiento, una proporción relativamente pequeña de médicos de atención primaria recomienda actividad física en consonancia con las guías nacionales, o deriva a los pacientes a un fisioterapeuta como intervención para la salud mental y conductual.²⁴

Las revisiones sistemáticas y metaanálisis recientes indican que el ejercicio y la intervención de fisioterapia abordan con éxito condiciones de salud mental y conductual.²⁵⁻²⁶ En personas con depresión, ansiedad, TEPT, esquizofrenia y trastornos de la conducta alimentaria, el entrenamiento aeróbico y de fuerza, la conciencia corporal y las técnicas mente-cuerpo mejoran los síntomas psicológicos, la salud física y la calidad de vida global. En 2024, el BMJ publicó una revisión sistemática y metaanálisis de referencia de 218 ensayos clínicos aleatorizados, que incluían a más de 14 000 participantes con trastorno depresivo mayor, indicando que el ejercicio funciona bien en estos pacientes.²⁵ Además, ha surgido un cuerpo sustancial de investigación que explora los mecanismos de las prácticas de movimiento consciente, como el yoga, el Pilates, el Tai Chi y el Qigong. El yoga²⁷ y el Pilates²⁸ optimizan la interacción entre la regulación neurofisiológica, los procesos psicológicos y el cambio conductual,²⁹ ofreciendo un enfoque complementario viable para el manejo de síntomas de estrés, ansiedad, depresión y TEPT.³⁰ Varios ensayos clínicos y revisiones de alta calidad subrayan el potencial terapéutico del yoga en una amplia gama de síntomas de salud mental sin eventos adversos.³¹ La Tabla 1 ilustra las condiciones de salud mental y conductual, así como la evidencia correspondiente.

Tabla 1. Hallazgos de investigación en apoyo del ejercicio para condiciones frecuentes de salud mental y conductual²⁵

Concepto de ejercicio	Evidencia
General	<p>Caminar o trotar: reducciones moderadas en los síntomas depresivos (Hedges' $g = -0.62$; intervalo creíble del 95 % [CrI]: -0.80 a -0.45)</p> <p>Yoga: reducción moderada de síntomas ($g = -0.55$; 95 % CrI: -0.73 a -0.36)</p> <p>Entrenamiento de fuerza: reducción moderada de síntomas ($g = -0.49$; 95 % CrI: -0.69 a -0.29)</p> <p>Ejercicio aeróbico mixto: efectividad moderada ($g = -0.43$; 95 % CrI: -0.61 a -0.24).</p> <p>Tai Chi o Qigong: reducción moderada de síntomas ($g = -0.42$; 95 % CrI: -0.65 a -0.21).</p>
Relación dosis-respuesta	Se observó que los efectos antidepresivos del ejercicio eran proporcionales a la intensidad prescrita. Las actividades vigorosas produjeron beneficios más significativos.
Aceptabilidad y adherencia	El entrenamiento de fuerza y el yoga son las modalidades más aceptables, con menores tasas de abandono en comparación con otras formas de ejercicio.
Efectividad comparativa	<p>Las intervenciones de ejercicio mostraron reducciones moderadas y clínicamente significativas en los síntomas depresivos en comparación con controles activos.</p> <p>El ejercicio, en combinación con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o psicoterapia, proporciona beneficios adicionales.</p>
Diferencias de género	<p>El entrenamiento de fuerza es más efectivo para las mujeres.</p> <p>El yoga o el qigong tienen mayor eficacia en hombres.</p>
Diferencias por edad	<p>El yoga es beneficioso para adultos mayores.</p> <p>El entrenamiento de fuerza presenta mejores resultados en personas más jóvenes.</p>
Comorbilidades y niveles basales de depresión	El ejercicio es igualmente efectivo para personas con y sin comorbilidades y en diferentes niveles iniciales de depresión.
Implicaciones clínicas	El ejercicio, especialmente caminar o trotar, el yoga y el entrenamiento de fuerza, debería ser un componente central en el tratamiento de la depresión.

A pesar de décadas de investigación que vinculan la inactividad física con la enfermedad crónica, su impacto en la salud mental y conductual, no ha sido reconocido plenamente hasta la actualidad. Una revisión paraguas de 2025 en el *Journal of Psychiatric Research*, evaluó sistemáticamente si el ejercicio aeróbico podría servir como una intervención transdiagnóstica en un rango de condiciones de salud mental y conductual.²⁶ Los investigadores evaluaron 99 ensayos clínicos aleatorizados (RCT), que incluyeron a más de 5600 participantes, utilizando los criterios TRANSD para el rigor y la generalizabilidad de los efectos de tratamiento entre diagnósticos. Los hallazgos indicaron que el ejercicio aeróbico consistente de intensidad moderada a vigorosa, implementado con la frecuencia de las guías del Colegio Americano de Medicina del Deporte (ACSM),³² es una intervención efectiva para 11 trastornos mentales que abarcan cuatro espectros diagnósticos: depresión, ansiedad, condiciones psicóticas y del neurodesarrollo.

Los beneficios del ejercicio aeróbico resultan en mejoras moderadas en síntomas psiquiátricos nucleares, incluyendo TEPT,³³ depresión,³⁴ ansiedad,³⁵ esquizofrenia,³⁶ trastornos de la conducta alimentaria,³⁷⁻³⁹ así

como inatención e hiperactividad.³⁵ Importante: el ejercicio aeróbico mejoró el funcionamiento cognitivo tanto en trastornos del espectro de la esquizofrenia como en TDAH, áreas donde los tratamientos farmacológicos a menudo no logran efectos suficientes.⁴⁰ Si bien se necesita más información sobre la calidad de los efectos del entrenamiento de resistencia, la evidencia existente respalda sólidamente el uso del ejercicio aeróbico como intervención de amplio espectro, bajo costo y bajo riesgo.²⁶ Los mecanismos subyacentes son multifacéticos, e incluyen reducciones de la inflamación y el estrés oxidativo, influencias sobre el eje intestino-cerebro, el sistema inmunitario y el aumento de los niveles del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF).⁴¹

La evidencia también respalda las intervenciones de estilo de vida, incluyendo el cese del consumo de tabaco y nicotina,²³ la nutrición,⁴² la higiene del sueño,⁴³ y el manejo consciente del estrés,⁴⁴ que pueden ser prescritas por los fisioterapeutas para manejar condiciones de salud mental y conductual, así como enfermedades crónicas. Además, la APTA y la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan intervenciones psicológicas de baja o mediana intensidad, que son tratamientos breves, accesibles y transdiagnósticos, centrados en habilidades de autocuidado para el cambio de estilo de vida y comportamiento.⁴⁵⁻⁴⁷

Las intervenciones psicológicas de baja o mediana intensidad son impartidas por proveedores de salud no especializados e incluyen estrategias como la entrevista motivacional,⁴⁸ la toma de decisiones compartida,⁴⁹ la fisioterapia cognitivo-conductual,⁵⁰ los enfoques basados en mindfulness y aceptación,⁴³⁻⁴⁴ la educación en neurociencia del dolor,⁵¹ la terapia funcional cognitiva,⁵² y la terapia de resiliencia al dolor.¹³ La evidencia indica que los fisioterapeutas pueden impartir de manera efectiva y adecuada las intervenciones psicológicas de baja o mediana intensidad como parte de un enfoque de atención escalonada,⁵³ actuando como primera línea de tratamiento, para luego permitir que el paciente “suba de escalón” hacia un proveedor de salud mental que aborde necesidades diagnósticas o terapéuticas específicas. La atención escalonada ofrece enfoques de menor intensidad y menor costo como tratamiento de primera línea, lo cual ha demostrado eficacia y rentabilidad.¹⁶

El tercer objetivo de esta sección destaca las reformas legislativas, de pago y de sistemas. Varias políticas y declaraciones de posición dan credibilidad al movimiento de los fisioterapeutas en salud mental y conductual. Estas están lideradas por la APTA, cuyas declaraciones de misión y visión vinculan la salud mental con la salud física.¹ Véase la Tabla 2 para una descripción de las organizaciones y sus políticas que influyen en la salud mental y conductual en la fisioterapia.

Tabla 2. Organizaciones y políticas que influyen en la salud mental y conductual en fisioterapia

Dominio	Directiva	Lenguaje específico para fisioterapia en salud mental y conductual
Cámara de Delegados de la APTA, política sobre el rol de los fisioterapeutas en salud conductual y mental ¹	HOD P07-25-49-19	“Los servicios del fisioterapeuta incluyen la prevención y el manejo de condiciones de salud conductual y mental, abordando los dominios interconectados de salud física, psicológica y social para garantizar una atención de la persona en su totalidad.”
Cámara de Delegados de la APTA, política sobre los servicios del fisioterapeuta en atención primaria ⁸	HOD P07-24-05-07	“Los fisioterapeutas poseen experiencia clínica en la prevención y el manejo de condiciones de salud comunes en entornos de atención primaria. Los fisioterapeutas que ejercen en atención primaria mejoran la salud de la sociedad.”
Comisión de Acreditación en Educación de Terapia Física, EE.UU (CAPTE) ⁵⁴	Elementos requeridos para respaldar el rol del fisioterapeuta en la atención de salud mental a lo largo de la vida: 7A, 7D	7A: Requisitos curriculares para diagnóstico, diagnóstico diferencial, neurociencia, farmacología, ciencias del comportamiento y aspectos psicosociales de la salud/discapacidad. 7D: Cribado y examen de aspectos psicosociales y de salud mental en la atención del paciente.
Ámbito jurisdiccional de práctica del fisioterapeuta ⁵⁵	HOD P06-17-09-16 HOD P06-17-08-07	Definido por las leyes estatales de licenciamiento y típicamente incluye la evaluación y el manejo de los factores físicos, conductuales y psicosociales que influyen en el dolor, la función, la discapacidad, la salud y el bienestar. Los actos de práctica estatal que mencionan específicamente salud mental y conductual a mayo de 2025 son: Alabama, Connecticut, California, Distrito de Columbia, Florida, Illinois, Michigan, Minnesota, Misisipi, Misuri, Carolina del Sur y Virginia.
Guía para la Práctica del Fisioterapeuta de la APTA 4.0 ¹⁷	Diagnóstico Pruebas y Medidas Intervenciones	“...organizar e interpretar toda la información relevante recopilada.” Incluye pruebas de funciones cognitivas y mentales para abordar diagnósticos mentales y psiquiátricos, así como enfermedades o lesiones que influyen en las funciones mentales. Intervenciones educativas y procedimentales que incluyen la entrevista motivacional, la terapia cognitivo-conductual, mindfulness, la modulación del dolor y el cambio de conductas de salud relacionadas con el estilo de vida.
Código de Ética de la APTA ⁵⁶	Principios 5, 6, 7, 8	Los principios nos obligan a abordar la salud mental y conductual a través de la prevención, el cribado, la evaluación y la intervención.
Sección Federal de la APTA	Grupo Especial de Interés en Atención Primaria	Promueve a los fisioterapeutas como proveedores de primera línea universalmente reconocidos en el ámbito de la atención primaria.
Consejo Estadounidense de Terapia Física Académica (ACAPT) ⁵⁷	Abordar la crisis de salud mental y conductual en educación superior incluye más de 300 programas de fisioterapia y más de 39 000 estudiantes.	Abordar y formar a los estudiantes en manejo de crisis informado por trauma, capacitación para reconocer y responder a condiciones de salud mental y conductual en estudiantes, discutir salud mental y conductual de forma regular, crear espacios seguros para salud mental y conductual y proporcionar recursos de mindfulness.

Existe la necesidad de ir más allá de la educación en neurociencia del dolor y abordar de manera más clara las condiciones de salud mental y conductual, utilizando un diseño curricular basado en la evidencia.²⁻⁵¹ Las opciones para incluir contenido de salud mental y conductual en los planes de estudio de fisioterapia incluyen: añadir programas de certificación en salud mental y conductual al título de Doctor en Terapia Física (DPT), agregar conceptos complejos de salud mental y conductual a los debates, simulaciones de pacientes y exámenes prácticos, y enseñar a los estudiantes intervenciones educativas basadas en la evidencia, tales como conciencia interoceptiva,⁵⁸ meditación,⁵⁹ replanteamiento cognitivo,⁶⁰ respiración,⁶¹ y los vínculos entre alexitimia, alexisomia⁶²⁻⁶³ y bienestar.

De manera similar, los modelos de pago pueden facilitar o dificultar el acceso a las personas con necesidades de salud mental y conductual. Para ofrecer una atención de alta calidad y reembolsable, los fisioterapeutas deben mantenerse informados sobre las diversas estructuras de pago y cómo influyen en la prestación de servicios y la documentación en los distintos entornos.⁶⁴ La información general sobre pagadores en la Tabla 3 describe cómo los tipos de entidades financiadoras más frecuentes, como los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y las aseguradoras privadas, pueden reembolsar los servicios de fisioterapia.

La implementación exitosa del plan de manejo de fisioterapia depende del apoyo a nivel de sistema. Los sistemas de salud deben fomentar la coordinación y colaboración interprofesional mediante plataformas de documentación compartida, modelos de pago basados en el valor y atención interdisciplinaria. Además, las políticas deben apoyar la licencia profesional, la ampliación del ámbito de práctica y el pago que permitan a los fisioterapeutas participar plenamente en la prestación de atención de salud mental y conductual. En aquellos casos en los que falte el pago para que los fisioterapeutas participen plenamente en salud mental y conductual, la APTA y sus componentes estatales deben actuar estratégicamente para asegurar el pago en un esfuerzo coordinado con otros grupos de interés. Esto puede adoptar la forma de un “encargo” en el contexto de la APTA House of Delegates, que instruya a la Junta Directiva de la APTA a asignar recursos y tomar medidas para mejorar el acceso y el pago por la participación plena de los fisioterapeutas en la prestación de atención de salud mental y conductual.

Tabla 3. Sistemas de pagadores que pueden reembolsar la fisioterapia en salud mental y conductual

Tipo de pagador	Descripción
Medicare Parte A	Fisioterapia durante la estancia hospitalaria, en centros de enfermería especializada, rehabilitación intrahospitalaria, cuidados paliativos o atención domiciliaria. Los fisioterapeutas pueden mejorar los resultados del paciente y acelerar el alta utilizando intervenciones de salud mental y conductual.
Medicare Parte B	Paga la fisioterapia ambulatoria médicamente necesaria cuando un médico, un enfermero de práctica avanzada o un asistente médico la certifican como médicamente necesaria. La codificación debe ser precisa en función de la documentación de factores personales y funciones corporales, incluyendo funciones mentales. Los códigos incluyen baja (97161), moderada (97162) y alta (97163) complejidad, y la presencia de angustia psicológica o barreras conductuales puede requerir tiempo adicional, coordinación de la atención o modificación del plan de atención.
Modelo Integrador de Salud Conductual de CMS	Desarrollado para mejorar los resultados de salud conductual y física de adultos inscritos en Medicaid y Medicare con condiciones de salud mental moderadas a graves o trastorno por uso de sustancias (SUD). La fisioterapia no está cubierta dentro de este modelo, pero muchos fisioterapeutas utilizan diagnósticos alternativos, como dolor crónico, para abordar factores subyacentes de salud mental y conductual. Si bien esta estrategia permite que los pacientes accedan a los servicios necesarios, entraña el riesgo de sobresombreado diagnóstico, una situación en la que el diagnóstico físico (por ejemplo, dolor) eclipsa el reconocimiento y tratamiento de condiciones de salud mental o conductual coexistentes. Esta práctica puede afectar negativamente tanto los resultados del paciente como la capacidad de los fisioterapeutas para brindar atención a la persona en su totalidad.
Medicare Advantage (Parte C)	Una alternativa privada gestionada a Medicare. Incluye fisioterapia con coberturas variables.
Medicaid	El programa de seguro de salud público de Estados Unidos para personas con bajos ingresos que cumplan ciertos requisitos. La cobertura varía según el estado e incluye estándares de elegibilidad, tasas de pago, y la fisioterapia suele estar en riesgo de ser recortada o limitada.
Seguro privado	Amplia variabilidad en cobertura, límites y requisitos. Los fisioterapeutas deben verificar la cobertura y las prácticas de facturación con cada aseguradora.
Servicios de pago directo	El paciente paga directamente al fisioterapeuta, sin facturación al seguro. Los fisioterapeutas pueden establecer sus propios aranceles, incluyendo una tarifa fija por sesión, un listado de tarifas específico por servicio o paquetes que ofrezcan descuentos por múltiples visitas. Los pacientes pueden optar por presentar los recibos a sus cuentas de ahorro para la salud (HSA), cuentas de gastos flexibles (FSA) o incluso a sus seguros privados para un posible reembolso tras el pago de su bolsillo. Por lo tanto, los fisioterapeutas deben proporcionar documentación clara de los servicios prestados, incluyendo códigos ICD-11 apropiados y, cuando corresponda, códigos CPT®, en particular si los pacientes tienen la intención de buscar un reembolso de manera independiente.

Sección 3: Recomendaciones y direcciones futuras para la profesión

Aunque algunos fisioterapeutas pueden mostrarse aprensivos ante un cambio en su práctica, la atención centrada en la persona mejora los resultados.² La confianza y el vínculo construidos durante los encuentros clínicos aumentan la probabilidad de que el paciente revele información relevante, por lo que los fisioterapeutas deben capacitarse para reconocer los signos de angustia psicológica. Las Tablas 4 y 5 incluyen recomendaciones para clínicos y educadores, con acciones concretas para avanzar la profesión en nombre de los pacientes.

Tabla 4. Recomendaciones para actores clínicos

Recomendaciones	Acciones
Usar el Modelo de Cambio de Comportamiento Centrado en la Salud (HFPT) y/o el Modelo de Recuperación del Dolor y Sistemas Integrativos (PRISM) para guiar la atención centrada en el paciente.	Evaluar de forma rutinaria la salud mental y conductual utilizando herramientas validadas (por ejemplo, PHQ-9, GAD-7, PSS, escala de ecuanimidad, escala de tolerancia a la incertidumbre, entre otras).
Mejorar el cribado y el diagnóstico diferencial	Cribar estrés, ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, riesgo de suicidio y puntuaciones de experiencias adversas en la infancia (ACE) utilizando escalas validadas. Usar el razonamiento clínico para determinar cuándo derivar a otro proveedor de servicios de salud.
Utilizar intervenciones informadas psicológicamente	Incorporar principios y técnicas cognitivo-conductuales como la definición de objetivos basados en valores, el replanteamiento cognitivo, la meditación y las técnicas de respiración para estabilizar el sistema nervioso autónomo.
Prescribir ejercicio y actividad física como parte de la atención “de primera línea” en salud mental y conductual	Proporcionar prescripciones de ejercicio personalizadas y basadas en la evidencia para la depresión, la ansiedad, el trastorno de estrés postraumático y otras condiciones, como parte de una atención colaborativa basada en equipo.
Incorporar prácticas de movimiento consciente	Introducir yoga, Tai Chi, Pilates y Qi Gong para promover la regulación emocional y reducir la angustia.
Facilitar intervenciones de estilo de vida para la atención de la persona en su totalidad	Abordar el cese del consumo de tabaco, la nutrición, la higiene del sueño y la conexión social.
Colaborar y derivar de forma apropiada	Participar en el manejo conjunto, la consulta y las vías de derivación con otros proveedores para mejorar los resultados de salud mental y conductual. Construir alianzas comunitarias para abordar los determinantes sociales de la salud y las puntuaciones del ACE.

Tabla 5. Recomendaciones para actores educativos

Recomendaciones	Acciones
Apoyar el ámbito de práctica y el pago para la salud mental y conductual.	Las políticas nacionales y jurisdiccionales deben apoyar la licencia, la ampliación del ámbito de práctica y el pago que permitan a los fisioterapeutas participar plenamente en la prestación de atención de salud mental y conductual.
Incorporar salud mental y conductual en los planes de estudio de fisioterapia/fisioterapeuta	Incluir cursos sobre cribado de salud mental y conductual, atención informada psicológicamente, marcos HFPTM y PRISM. Añadir intervenciones de salud mental y conductual, conversaciones difíciles y diagnósticos de salud mental y conductual en simulaciones, juegos de rol y exámenes prácticos para todos los cursos.
Formar al profesorado y al estudiantado en habilidades de atención informada psicológicamente	Incluir formación en entrevista motivacional, toma de decisiones compartida, comunicación basada en fortalezas y atención informada por trauma.
Fomentar la competencia en intervenciones psicoterapéuticas de baja o mediana intensidad	Preparar a los estudiantes para impartir intervenciones alineadas con las guías de la OMS como proveedores de salud no especializados para educación en salud mental y conductual y cambio de comportamiento.
Expandir la educación interprofesional	Incluir estudios de caso interprofesionales con un enfoque en salud mental y conductual.
Promover la humildad cultural	Animar a los estudiantes a tener conversaciones y practicar juegos de rol sobre atención en salud mental y conductual, incluidas las puntuaciones ACE y los determinantes sociales de la salud.
Apoyar competencias avanzadas en salud mental y conductual	Ofrecer educación continua enfocada en salud mental y conductual.

La emergencia de la fisioterapia en salud mental refleja una evolución informada por décadas de investigación, avances en la educación en fisioterapia y la innovación clínica. El fisioterapeuta actual debe ir más allá del reduccionismo somático y de la división tradicional mente-cuerpo, promoviendo un enfoque de atención centrado en la persona en su totalidad. Esto se alinea con la postura de la Cámara de Delegados de la APTA, que establece que *“los servicios de fisioterapia incluyen la prevención y el manejo de las condiciones conductuales y de salud mental, abordando los dominios interconectados de la salud física, psicológica y social para garantizar una atención integral de la persona”*.¹ Comprometerse a realizar una formación anual en intervenciones mente-cuerpo puede transformar el tejido mismo de la fisioterapia para todos los pacientes y llevar nuestro trabajo a nuevos niveles de valor y sostenibilidad a largo plazo.

Declaración de Equidad, Diversidad e Inclusión

Los autores afirman su compromiso con la diversidad, la equidad y la inclusión en todos los aspectos de la investigación. Al preparar este manuscrito, se priorizaron prácticas de investigación inclusivas considerando las necesidades y perspectivas de poblaciones diversas, en particular aquellas subrepresentadas en la investigación clínica y en los sistemas de salud. Se realizaron esfuerzos para garantizar que este trabajo promueva la accesibilidad y el respeto por las personas a través de dimensiones de raza, etnia, identidad de género, orientación sexual, edad, capacidad, nivel socioeconómico y experiencias de vida.

Conflicto de interés

Todos los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

1. American Physical Therapy Association. Role of the Physical Therapist and APTA in Behavioral and Mental Health [Internet]. 2025 Dec [cited 2025 Dec 23]. Available from: <https://www.apta.org/siteassets/pdfs/policies/role-pt-apta-behavioral-mental-health.pdf>
2. Heywood SE, Connaughton J, Kinsella R, et al. Physical Therapy and Mental Health: A Scoping Review. *Phys Ther.* 2022 Nov 6;102(11).
3. Connaughton J, Gibson W. Do Physiotherapists Have the Skill to Engage in the “Psychological” in the Bio-Psychosocial Approach? *Physiother Can.* 2016 Nov;68(4):377–82.
4. World Health Organization. Constitution [Internet]. 2025 Apr [cited 2025 Apr 2]. Available from: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
5. Firth J, Rosenbaum S, Stubbs B, et al. Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2016 Oct;46(14):2869–81.
6. Bekhuis E, Boschloo L, Rosmalen JGM. Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *J Psychosom Res.* 2015 Feb;78(2):116–22.
7. National Center for Health Workforce Analysis. HRSA State of the Behavioral Health Workforce, 2024 [Internet]. 2025 Mar [cited 2025 Mar 31]. Available from: <https://bhw.hrsa.gov/sites/default/files/bureau-health-workforce/state-of-the-behavioral-health-workforce-report-2024.pdf>
8. O’Bright K, Peterson S. Physical Therapists in Primary Care in the United States: An Overview of Current Practice Models and Implementation Strategies. *Phys Ther.* 2024 Dec 6;104(12):pzae123.
9. Alvarez E, Garvin A, Germaine N, et al. Use of Mental Health Interventions by Physiotherapists to Treat Individuals with Chronic Conditions: A Systematic Scoping Review. *Physiother Can.* 2022 Jan 1;74(1):35–43.
10. Kinney M, Seider J, Beaty AF, et al. The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract.* 2020 Aug 2;36(8):886–98.
11. Daré LO, Bruand PE, Gérard D, et al. Co-morbidities of mental disorders and chronic physical diseases in developing and emerging countries: a meta-analysis. *BMC Public Health.* 2019 Dec;19(1):304.
12. Tatta J, Pignataro RM, Bezner JR, et al. PRISM—Pain Recovery and Integrative Systems Model: A Process-Based Cognitive-Behavioral Approach for Physical Therapy. *Phys Ther.* 2023 Oct 3;103(10):pzad077.
13. Tatta J, Pignataro R, Bezner J, et al. Internet-Delivered Pain Resilience Therapy: A Multi-Subject Case Series. *JPTMH.* 2024 Nov 22;1(1):55–79.
14. Lein DH, Clark D, Graham C, et al. A Model to Integrate Health Promotion and Wellness in Physical Therapist Practice: Development and Validation. *Phys Ther.* 2017 Dec 1;97(12):1169–81.
15. Mareya S, Watts MC, Zhao L, et al. Exploring the Stepped Care Model in Delivering Primary Mental Health Services—A Scoping Review. *Int J Ment Health Nurs.* 2024 Dec;33(6):2026–42.
16. Jeitani A, Fahey PP, Gascoigne M, et al. Effectiveness of stepped care for mental health disorders: An umbrella review of meta-analyses. *Pers Med Psychiatry.* 2024 Nov 1;47–48:100140.
17. American Physical Therapy Association. Guide to Physical Therapist Practice 4.0 [Internet]. 2025 Mar [cited 2025 Mar 31]. Available from: <https://guide.apta.org>

18. Johnson SU, Ulvenes PG, Øktedalen T, et al. Psychometric Properties of the General Anxiety Disorder 7-Item (GAD-7) Scale in a Heterogeneous Psychiatric Sample. *Front Psychol.* 2019;10:1713. doi:10.3389/fpsyg.2019.01713
19. Beard C, Björgvinsson T. Beyond generalized anxiety disorder: psychometric properties of the GAD-7 in a heterogeneous psychiatric sample. *J Anxiety Disord.* 2014;28(6):547–52.
20. Plummer F, Manea L, Trepel D, et al. Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. *Gen Hosp Psychiatry.* 2016 Mar;39:24–31.
21. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606–13.
22. Mahindru A, Patil P, Agrawal V. Role of Physical Activity on Mental Health and Well-Being: A Review. *Cureus.* 2023 Jan 7;15:e33475. doi:10.7759/cureus.33475
23. Firth J, Solmi M, Wootton RE, et al. A meta-review of “lifestyle psychiatry”: the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry.* 2020 Oct;19(3):360–80.
24. Escobar-Roldan ID, Babyak MA, Blumenthal JA. Exercise Prescription Practices to Improve Mental Health. *J Psychiatr Pract.* 2021 Jul;27(4):273–82.
25. Noetel M, Sanders T, Gallardo-Gómez D, et al. Effect of exercise for depression: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2024 Feb 14;e075847.
26. Solmi M, Basadonne I, Bodini L, et al. Exercise as a transdiagnostic intervention for improving mental health: An umbrella review. *J Psychiatr Res.* 2025 Apr;184:91–101.
27. Thayabaranathan T, Immink MA, Stevens P, et al. Understanding the potential for yoga and Tai Chi interventions to moderate risk factors for stroke: a scoping review. *Future Neurol.* 2018;13(4):239–52.
28. Fleming KM, Herring MP. The effects of pilates on mental health outcomes: A meta-analysis of controlled trials. *Complement Ther Med.* 2018 Apr;37:80–95.
29. Schuman-Olivier Z, Trombka M, Lovas DA, et al. Mindfulness and Behavior Change. *Harv Rev Psychiatry.* 2020 Nov;28(6):371–94.
30. Nejadghaderi SA, Mousavi SE, Fazlollahi A, et al. Efficacy of yoga for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Res.* 2024 Oct;340:116098.
31. Wu Y, Yan D, Yang J. Effectiveness of yoga for major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry.* 2023;14:1138205. doi:10.3389/fpsyg.2023.1138205
32. American College of Sports Medicine. ACSM’s Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 12th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2025.
33. Björkman F, Ekblom Ö. Physical Exercise as Treatment for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Mil Med.* 2022 Aug 25;187(9–10):e1103–13.
34. Jemni M, Zaman R, Carrick FR, et al. Exercise improves depression through positive modulation of brain-derived neurotrophic factor (BDNF). *Front Physiol.* 2023;14:1102526. doi:10.3389/fphys.2023.1102526
35. Wanjau MN, Möller H, Haigh F, et al. Physical Activity and Depression and Anxiety Disorders: A Systematic Review of Reviews and Assessment of Causality. *AJPM Focus.* 2023 Jun;2(2):100074.

36. Rovira-García A, Da Cuña-Carrera I. Efectos de la fisioterapia mediante ejercicio terapéutico en pacientes con esquizofrenia. Una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Publica*. 2022;96:e202201002.
37. Beccia AL, Dunlap C, Hanes DA, et al. Mindfulness-based eating disorder prevention programs: A systematic review and meta-analysis. *Ment Health Prev*. 2018 Mar 1;9:1–12.
38. Cherpak CE. Mindful eating: a review of how the stress–digestion–mindfulness triad may modulate and improve gastrointestinal and digestive function. *Integr Med (Encinitas)*. 2019;18(4):48–53.
39. Hanson P, Shuttlesworth E, Halder L, et al. Application of Mindfulness in a Tier 3 Obesity Service Improves Eating Behavior and Facilitates Successful Weight Loss. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019 Mar 1;104(3):793–800.
40. DeBoer LB, Powers MB, Utschig AC, et al. Exploring exercise as an avenue for the treatment of anxiety disorders. *Expert Rev Neurother*. 2012;12(8):1011–22.
41. Vancampfort D, Firth J, Stubbs B, et al. The efficacy, mechanisms and implementation of physical activity as an adjunctive treatment in mental disorders: a meta-review of outcomes, neurobiology and key determinants. *World Psychiatry*. 2025 Jun;24(2):227–39.
42. Watts AW, Rydell SA, Eisenberg ME, et al. Yoga's potential for promoting healthy eating and physical activity behaviors among young adults: a mixed-methods study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2018;15(1):42.
43. Tatta J, Willgens AM, Palombaro KM. Mindfulness and Acceptance–Based Interventions in Physical Therapist Practice: The Time Is Now. *Phys Ther*. 2022 Mar 1;102(3):pzab293.
44. Tatta J, Willgens AM, Palombaro KM. The ACT trained physical therapist: Psychologically flexible, resilient, and armed with evidence-based tools. *J Context Behav Sci*. 2022;26:253–60.
45. Gili M, Castro A, García-Palacios A, et al. Efficacy of Three Low-Intensity, Internet-Based Psychological Interventions for the Treatment of Depression in Primary Care: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2020 Jun 5;22(6):e15845.
46. Heppner WL, Shirk SD. Mindful moments: a review of brief, low-intensity mindfulness meditation and induced mindful states. *Soc Personal Psychol Compass*. 2018;12(12):e12424.
47. Morris L, Lovell K, McEvoy P, et al. A brief transdiagnostic group compared to individual low-intensity CBT for depression and anxiety: a randomized non-inferiority trial. *Cogn Behav Ther*. 2023 May 4;52(3):176–97.
48. Kruger E, Granzow R. Motivational Interviewing Education and Utilization in US Physical Therapy. *J Phys Ther Educ*. 2023 Mar;37(1):31–7.
49. Hoffmann T, Bakhit M, Michaleff Z. Shared decision making and physical therapy: What, when, how, and why? *Braz J Phys Ther*. 2022 Jan;26(1):100382.
50. Sanaeifar F, Pourranjbar S, Pourranjbar M, et al. Beneficial effects of physical exercise on cognitive-behavioral impairments and brain-derived neurotrophic factor alteration in the limbic system induced by neurodegeneration. *Exp Gerontol*. 2024 Oct 1;195:112539.
51. Martinez-Calderon J, Ho EKY, Ferreira PH, et al. A Call for Improving Research on Pain Neuroscience Education and Chronic Pain: An Overview of Systematic Reviews. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2023 Jun;53(6):353–68.
52. Devonshire JJ, Wewege MA, Hansford HJ, et al. Effectiveness of Cognitive Functional Therapy for Reducing Pain and Disability in Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2023 May;53(5):244–85.

53. Singla DR, Lemberg-Pelly S, Lawson A, et al. Implementing Psychological Interventions Through Nonspecialist Providers and Telemedicine in High-Income Countries: Qualitative Study from a Multistakeholder Perspective. *JMIR Ment Health*. 2020 Aug 27;7(8):e19271.
54. Commission on Accreditation in Physical Therapy Education. Standards and Required Elements for Accreditation of Physical Therapist Education Programs [Internet]. 2023 Jan [cited 2023 Jan 23]. Available from: http://www.capteonline.org/uploadedFiles/CAPTEorg/About_CAPTE/Resources/Accreditation_Handbook/CAPTE_PTStandardsEvidence.pdf
55. American Physical Therapy Association. Physical Therapist's Scope of Practice [Internet]. 2017 [cited 2025 May 7]. Available from: <https://www.apta.org/contentassets/a400d547ca63438db1349c4a69bf7ead/position-pt-scope-practice.pdf>
56. American Physical Therapy Association. Code of Ethics for the Physical Therapist [Internet]. 2020 [cited 2025 May 7]. Available from: <https://www.apta.org/siteassets/pdfs/policies/codeofethicshods06-20-28-25.pdf>
57. American Council of Academic Physical Therapy. Dealing with the mental health crisis in higher ed [Internet]. 2022 [cited 2025 May 7]. Available from: <https://acapt.org/news/news-detail/2022/02/16/dealing-with-the-mental-health-crisis-in-higher-ed>
58. Price CJ, Hooven C. Interoceptive awareness skills for emotion regulation: theory and approach of mindful awareness in body-oriented therapy (MABT). *Front Psychol*. 2018;9:798. doi:10.3389/fpsyg.2018.00798
59. Basso JC, McHale A, Ende V, et al. Brief, daily meditation enhances attention, memory, mood, and emotional regulation in non-experienced meditators. *Behav Brain Res*. 2019 Jan;356:208–20.
60. Bernstein A, Hadash Y, Lichtash Y, et al. Decentering and related constructs: a critical review and metacognitive processes model. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10(5):599–617.
61. Zaccaro A, Piarulli A, Laurino M, et al. How Breath-Control Can Change Your Life: A Systematic Review on Psycho-Physiological Correlates of Slow Breathing. *Front Hum Neurosci*. 2018 Sep 7;12:353.
62. Edwards E, Shivaji S, Wupperman P. The emotion mapping activity: preliminary evaluation of a mindfulness-informed exercise to improve emotion labeling in alexithymic persons. *Scand J Psychol*. 2018;59(3):319–27.
63. Kano M, Endo Y, Fukudo S. Association Between Alexithymia and Functional Gastrointestinal Disorders. *Front Psychol*. 2018;9:599. doi:10.3389/fpsyg.2018.00599
64. Lentz TA, Goode AP, Thigpen CA, et al. Value-based care for musculoskeletal pain: are physical therapists ready to deliver? *Phys Ther*. 2020;100(4):621–32.