

Vol. 1, No. 1 (Noviembre 2024)



Revista de Fisioterapia en
SALUD MENTAL

Revista de Fisioterapia en Salud Mental, Volumen 1, Número 1, Noviembre de 2024, es una publicación bianual. Esta edición incluye editoriales de expertos como Moisés Jonathan Magos Chong y Michel Probst sobre la conexión cuerpo-mente en la atención integral. Cartas de bienvenida de figuras como Stavros Stathopoulos y Daniel Catalán-Matamoros destacan la colaboración interdisciplinaria. Este número presenta artículos de revisión, estudios de caso y perspectivas que demuestran el papel crucial de la fisioterapia en el bienestar físico y mental. Cada contribución fomenta el diálogo, la investigación y las mejores prácticas en el campo.

Certificado de Reserva de Derechos al Uso Exclusivo con número 04-2023-111316510800-102, otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número: Moisés Jonathan Magos Chong (Hacienda el Ciervo 31A, Colonia Hacienda de las Palmas, Huixquilucan, Estado de México. CP. 52763); fecha de la última modificación: 22 de noviembre de 2024. Tamaño del archivo: 9.9 MB.

Equipo Editorial

Director General

Moisés Magos

Director Ejecutivo

Michel Probst

Directora Administrativa

Sharon Finkelbrand

Editores en Jefe

Stavros Stathopoulos
María Eugenia de León Pérez

Asesor Senior

Simon Rosenbaum

Editor Asistente

Rafael Ugarte

Consejo Editorial

Carla Oda
Paola Penagos
Roberto Martínez Porras
Jimena Figueroa Valero
Aikaterini Nomidou
Ángela Hernández

Comité Internacional de Expertos

Brendon Stubbs
Davy Vancampfort
Felipe Schuch

Comité Científico

Cristina Staub
Olga L Montoya
Joost van Wijchen
Matt Erb
Tine Van Damme
Theodoros Chatzidamianos
Jhon F. Santos
Emanuel Brunner
Alexandra Papadopoulou

Comité de Equidad, Diversidad e Inclusión

Axelle Mokry
Patricia Cordeiro

Equipo Editorial

Comité de Estudiantes y Fisioterapeutas que inician su vida profesional

Jessica Beda
Georgios Marios Kyriakatis
Olympia Christofilea
Carina Rico
Georgios Papagiorgos

Revisores

Louise Danielsson
Maria da Conceição Graça
Leonor Santos
Anna Quialheiro
Farahdina Bachtiar
Sai Kishore
Stefanos Patsiris
Georgia Georga
Spyridon Zormpas
Juliana Goulardins
Cassandra Lyra
Katia Nunes
Mariana Voss
Larissa Costa Tavares
Cristina Yui
Marlysa Sullivan

Joe Tatta
Jorgelina Dellacasa
Melina Bufarini
Rodrigo Juárez
Virginia Anghilante
Carlos Alberto Pérez Gómez
Bryan David Pinzón Porras
Adriana del Pilar Acero
Erika Viviana Contreras
Cyndi Yacira Meneses
Fabiola González Ortiz
Sandra Milena Garay
Liliana Maya Hijuelos
Vanessa Soraya Ibarra Arroyo
Laura Catalina Castañeda
Laura Cota
María Dolores Alfonso
Montserrat Cruz
Rodrigo Tepox
Alba Jiménez
Alba García

Producción Editorial

María Eugenia de León Pérez
Jimena Figueroa Valero
Moisés Magos
Noé Villagómez
Enrique Esteban Gutiérrez

Vol. 1, No. 1 (Noviembre 2024)

Revista de Fisioterapia en



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.



ÍNDICE

Editoriales

Moisés Magos

07

Michel Probst

10

Cartas de Bienvenida

Stavros Stathopoulos

15

Daniel Catalán-Matamoros

18

Perspectiva

AVANCES DE LA FISIOTERAPIA EN SALUD MENTAL: UN MARCO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL

21

Matt Erb



Revisión

EJERCICIO EN TRASTORNO AFECTIVO ESTACIONAL – UNA REVISIÓN BREVE

46

Georgios Marios Kyriakatis, Prokopia Mirka Lykou y
Stavros Stathopoulos

Reporte de Casos

TERAPIA DE RESILIENCIA AL DOLOR EN LÍNEA: UNA SERIE DE CASOS

59

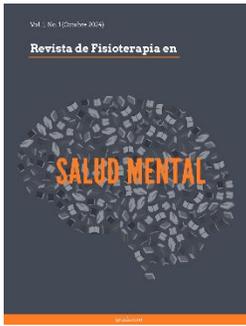
Joe Tatta, Rose M. Pignataro, Janet R. Bezner y Carey E. Rothschild

“AHORA TENGO UN CUERPO”: UN ENFOQUE MULTIMODAL DE LA IMAGEN CORPORAL PARA UNA PACIENTE QUE ENFRENTA TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL – REPORTE DE CASO

83

Isis Ferracini Gebara y Eliane Florencio Gama





Vol. 1, No. 1 (Noviembre 2024)

PP: 7-9

ISSN: En proceso

EDITORIAL

Moisés Magos

1. Director General de la Revista de Fisioterapia en Salud Mental
2. Coordinador, Profesor e Investigador, Terapia Física y Rehabilitación, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac México

✉ Autor de Correspondencia:
Moisés Magos
moises.magos@anahuac.mx

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.



Editorial

Moisés Magos

1. Director General de la Revista de Fisioterapia en Salud Mental
2. Coordinador, Profesor e Investigador, Terapia Física y Rehabilitación, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac México

Muchos de los que hemos llegado a esta área, lo hemos hecho a través de una exploración individual; buscando responder a lo que vemos en consulta. Sin duda, la práctica clínica nos pone de frente a la necesidad de contar con herramientas para tratar a la persona como a un todo y no sólo como a una serie de tejidos.

En esta búsqueda ha sido fascinante corroborar cómo el cuerpo puede ser una puerta de entrada central para el trabajo con los contenidos que hemos clasificado como *mentales*. Estoy convencido de que el abordaje de la salud mental se ve seriamente mermado cuando marginamos a la corporalidad. Quien haya trabajado con problemáticas de salud mental severas habrá podido constatar cómo en el núcleo de esas problemáticas se encuentra una experiencia de *escisión*, en la que conectar con su cuerpo se vuelve un ancla básica y necesaria en el camino hacia su integración como individuos. Esto aplica para todos nosotros como seres humanos.

La fisioterapia, al utilizar como materia esencial el cuerpo y el movimiento humano, se encuentra en una posición privilegiada para poder sumar muchos recursos al abordaje interdisciplinario de la salud mental. Para poder ofrecer medios concretos que respondan a las necesidades de las personas que están buscando *cómos*: ¿Cómo manejo este momento en que me siento alterado, ansioso y me cuesta respirar? ¿Qué hago cuando empiezo a sentirme ausente y me cuesta conectar hacia afuera?

La fisioterapia cuenta con muchas herramientas desde el movimiento, consciencia corporal, actividad física, estimulación sensorial, respiración, contacto físico, ejercicios de relajación... que pueden proveer de *cómos* a las personas que los necesitan. Esta participación es cuanto más valiosa porque moviliza recursos internos de la persona, promoviendo el automanejo.

Sabemos del incremento de los problemas de salud mental a nivel global y la necesidad de responder a ello. Particularmente en nuestros contextos esto se vuelve desafiante ya que el estigma, la carencia de recursos económicos para cubrir tratamientos, y la falta de personal sanitario en el área, hacen de esto un problema de salud pública complejo al que es preciso responder desde nuestras áreas de expertise.

La convicción de que fisioterapia puede sumar al campo de la Salud Mental y la Psiquiatría está detrás de la creación de esta revista. Buscamos a través de ella crear una plataforma para el cultivo e intercambio del conocimiento, investigación

y buenas prácticas en el área. Deseamos que acerque el conocimiento existente (y el que está en curso) al resto de los fisioterapeutas y de los profesionales sanitarios.

La idea de que mantenga una versión en español está basada en poder dar un espacio al trabajo valioso que se está desarrollando en Latinoamérica, promoviendo que el idioma no sea una barrera que margine a una gran parte de la población de la posibilidad de generar conocimiento o acceder a él.

Esta misma búsqueda rige también el que sea un proyecto de acceso gratuito tanto para autores como para lectores.

Me da gusto ver la buena recepción que ha tenido a nivel mundial este proyecto, al que se han sumado colegas de 18 países alrededor del mundo dispuestos a colaborar en él. La participación de Universidades e instituciones de prestigio en el mundo como parte de esta iniciativa, me da aliento acerca del reconocimiento creciente de esta área y de la necesidad a la que responde.

Espero que la Revista siga construyendo puentes para que podamos fortalecer nuestras búsquedas en la promoción del bienestar.

Mtro. Moisés Magos

Fundador y Director General

Revista de Fisioterapia en Salud Mental



Vol. 1, No. 1 (Noviembre 2024)

PP: 10-13

ISSN: En proceso

EDITORIAL

Michel Probst

1. KU Leuven, Departamento de Ciencias de la Rehabilitación, Bélgica.
2. Fundador de la Organización Internacional de Fisioterapia en Salud Mental.

✉ Autor de Correspondencia:
Michel Probst
michel.probst@kuleuven.be

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.



EDITORIAL

Michel Probst

1. KU Leuven, Departamento de Ciencias de la Rehabilitación, Bélgica.
2. Fundador de la Organización Internacional de Fisioterapia en Salud Mental.

La publicación del primer número de la nueva *Revista de Fisioterapia en Salud Mental* marca un hito importante en el campo de la fisioterapia dentro de la salud mental. También refleja el creciente reconocimiento e importancia de este dominio dentro de la fisioterapia. Este desarrollo se remonta a la conferencia inicial celebrada en Lovaina, Bélgica, en el año de 2006, donde se discutió por primera vez la idea de reunir a fisioterapeutas que trabajan en atención de salud mental y psiquiatría. Posteriormente se creó la *Organización Internacional de Fisioterapia en Salud Mental* (IOPTMH), la cual fue reconocida en 2011 como un subgrupo por la *World Physiotherapy*. En 2018 se celebró en México otro evento importante, el *1er Congreso Internacional en Psiquiatría y Salud Mental en el Continente Americano*. Ahora, en 2024, se publicará el primer número de la revista.

Durante las últimas dos décadas, el interés por la atención de la salud mental dentro del ámbito de la fisioterapia se ha expandido desde un área limitada, practicada en unos pocos países, a un subdominio de la fisioterapia reconocido internacionalmente. La salud mental ha ganado (con razón), una alta prioridad en la agenda de los formuladores de políticas, particularmente debido a las experiencias con la pandemia de COVID-19. Sin embargo, sigue siendo un desafío convencer a todos los profesionales de la salud de la utilidad de la fisioterapia en la atención de salud mental y psiquiatría. No todos los fisioterapeutas confían en que la salud mental sea parte de su ámbito de práctica.

El papel de los fisioterapeutas en la atención de la salud mental ha evolucionado más allá de la rehabilitación estrictamente somática y se han convertido en profesionales indispensables dentro del panorama de la atención de la salud mental. Su enfoque principal en salud mental es optimizar el bienestar y empoderar a las personas mediante la promoción de la actividad física, el ejercicio, la conciencia del movimiento y el movimiento funcional, integrando aspectos físicos y mentales. Los fisioterapeutas utilizan el *cuerpo en movimiento* para mejorar el bienestar, el empoderamiento y la calidad de vida de las personas que buscan ayuda. Abordan tanto los aspectos disfuncionales como las posibilidades saludables del individuo que lucha con problemas psicológicos, para influir en el funcionamiento somático, psicológico y social.

En 2019, la *Organización Internacional de Fisioterapia en Salud Mental* formuló seis elementos clave para aclarar las intervenciones específicas dentro del campo de la fisioterapia en salud mental. Estos elementos incluyen actividad física, ejercicio y aptitud física, incluida la capacidad motora y el entrenamiento cognitivo motor; conciencia sensorial, corporal

y de movimiento; regulación del estrés y la tensión; cercanía/toque/masaje; fisio educación, que incluye estilo de vida y manejo del dolor; elementos específicos de la psiquiatría pediátrica; y elementos psiquiátricos específicos de la vejez.

Además de estos elementos, se deben considerar elementos clave adicionales: fisioterapia psicológicamente informada (es decir, el uso de estrategias psicológicas dentro de la fisioterapia), atención al autocuidado, y rehabilitación de trastornos somáticos funcionales.

La fisioterapia psicológicamente informada, respaldada por evidencia, ha demostrado ser transformadora en el tratamiento de problemas de salud mental al abordar las creencias, emociones y comportamientos del paciente, de una manera estructurada e intencional. Implica adoptar técnicas específicas, tales como la terapia de aceptación y compromiso, atención plena, atención del dolor informado sobre el trauma, entrevistas motivacionales, terapia cognitivo-conductual, habituación, terapia de ejercicio gradual, terapia de ritmo adaptativo y muchas más.

La *fisioeducación*, por analogía con la psicoeducación, es un aspecto muy importante, pero a menudo descuidado en la fisioterapia. Pretende proporcionar al paciente (y a su entorno) conocimientos sobre diversas facetas de la enfermedad y su tratamiento desde el punto de vista fisioterapéutico. El dolor es un ejemplo donde la *fisioeducación* tiene gran importancia. Existe una fuerte interacción entre el dolor y la salud mental, lo que crea un círculo vicioso de discapacidad. Tanto el dolor físico como el emocional contribuyen a reducir la calidad de vida, la movilidad y la participación social a lo largo de la vida. En el contexto del dolor crónico, los fisioterapeutas colaboran como parte de un equipo multidisciplinario para realizar intervenciones biopsicosociales, que pueden incluir fisioterapia psicológicamente informada, técnicas de cambio de comportamiento, terapias de conciencia corporal, programas de actividad física y actividades de relajación.

El autocuidado es crucial para las personas que viven con enfermedades crónicas, ya que les permite controlar los síntomas, el tratamiento, las consecuencias físicas y psicológicas, así como los cambios en el estilo de vida. Sin embargo, en la mayoría de los casos y a largo plazo, esto no es suficiente. Por lo tanto, los fisioterapeutas desempeñan un papel clave en el **apoyo a la autogestión**, al brindar apoyo para desarrollar conocimientos, habilidades, comportamientos y confianza a las personas con enfermedades crónicas. La autogestión con apoyo es la clave para priorizar la atención centrada en la persona.

Los trastornos somáticos funcionales se refieren al funcionamiento deficiente de órganos (o sistemas de órganos), sin anomalías estructurales detectables por ejemplo, enfermedad socio génica masiva (MSI), SFC (mialgia encefalomiéltis), fibromialgia, síndrome de hiperventilación, dolor de cabeza tensional, síndrome del intestino irritable, dolores en la articulación temporomandibular. , síndromes post latigazo cervical, hipersensibilidad múltiple química o

electromagnética, Síndrome de la Guerra, Síndrome de Long COVID, en algunos casos también la lumbalgia crónica. Las intervenciones de fisioterapia para estos trastornos se centran en el manejo de los síntomas y la energía.

En nuestra sociedad diversa y dinámica, los fisioterapeutas deben tener un profundo respeto por la diversidad. Reconocer y aceptar a las personas como únicas y valiosas de forma incondicional, puede mejorar sus sentimientos de autoestima y respeto por sí mismas. El campo de la fisioterapia en salud mental debe abrazar esta diversidad; buscar métodos y técnicas innovadoras, adaptándolas para abordar eficazmente las necesidades de diversas poblaciones.

El envejecimiento de la población, las personas con enfermedades (mentales) crónicas, las personas desplazadas debido a desastres y conflictos... todos exigen ampliar nuestro campo y salir de nuestras zonas de confort. Los fisioterapeutas que trabajan en salud mental deben convertirse en camaleones clínicos, preparados para adaptar y confeccionar sus enfoques para las necesidades, contextos y cultura específicos de sus pacientes.

Las expectativas actuales en la atención médica incluyen la demanda de tratamientos mejores y más rápidos, la integración dentro de equipos interdisciplinarios, así como el respeto por otros profesionales de la salud. Sin embargo, es importante que los fisioterapeutas reconozcan sus propias limitaciones. Tratar con personas con problemas de salud mental a veces puede resultar desafiante e incluso evocar sentimientos de impotencia. Es esencial comprender que las personas con falta de motivación pueden no estar receptivas a la ayuda. Por lo tanto, los fisioterapeutas necesitan ampliar sus habilidades de motivación, inspirando y animando a las personas a participar en el proceso terapéutico.

Invitar a personas con problemas de salud mental a participar en fisioterapia implica iniciar un diálogo, más que buscar una solución inmediata. Abrir un diálogo permite comprender las necesidades, preferencias y objetivos únicos del individuo. Brinda una oportunidad de colaboración entre el fisioterapeuta y el individuo para desarrollar un plan de tratamiento personalizado que se alinee con sus preocupaciones específicas de salud mental. El tratamiento exitoso debe basarse en el punto de vista de la persona, garantizando que se escuche su voz y que el tratamiento se adapte a sus necesidades.

Esperamos que esta revista se convierta en una fuente de inspiración para todos los fisioterapeutas que trabajan en el campo de la salud mental.

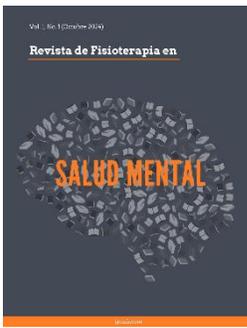
Prof. Emérito Michel Probst, PT, Ph.D.

KU Leuven, Departamento de Ciencias de la Rehabilitación, Bélgica.

Fundador de la Organización Internacional de Fisioterapia en Salud Mental



CARTAS DE BIENVENIDA



Vol. 1, No. 1 (Noviembre 2024)

PP: 15-17

ISSN: En proceso

CARTA DE BIENVENIDA

Stavros Stathopoulos

1. Editor en Jefe de la Revista de Fisioterapia en Salud Mental.

✉ Autor de Correspondencia:
Stavros Stathopoulos
Stavros.stathopoulos@yahoo.gr

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.



CARTA DE BIENVENIDA

Stavros Stathopoulos

1. Editor en Jefe de la Revista de Fisioterapia en Salud Mental.

Estimados lectores y colaboradores,

Me complace darle la bienvenida a la edición inaugural de la *Revista de Fisioterapia en Salud Mental*, un esfuerzo innovador que marca un hito importante en la intersección de la fisioterapia y la salud mental.

Al crear esta revista, nuestra visión era clara: crear una plataforma que cierre la brecha entre los campos de la fisioterapia y la salud mental, reconociendo el profundo impacto que el bienestar físico puede tener en el bienestar mental. Como la primera publicación de su tipo en todo el mundo, esta revista es un testimonio del panorama cambiante de la atención médica, donde la colaboración interdisciplinaria no solo se fomenta, sino que es esencial.

En este número inaugural encontrará una colección de artículos de investigación, reseñas y conocimientos que reflejan las diversas facetas del papel de la fisioterapia en la salud mental. Desde prácticas basadas en evidencia hasta intervenciones innovadoras, cada contribución ha sido cuidadosamente seleccionada para brindar una visión integral de este floreciente campo.

La fisioterapia no se limita a lo físico; extiende su toque curativo a los ámbitos del bienestar mental y emocional. Nuestra revista es un testimonio de la dedicación de investigadores, médicos y académicos que han trabajado incansablemente para desentrañar las complejidades y el potencial de esta conexión dinámica.

Como Editor en Jefe, extiendo mi más profundo agradecimiento a todos los contribuyentes por sus invaluables conocimientos y su inquebrantable compromiso para avanzar en la comprensión de la fisioterapia en la salud mental. Su trabajo sienta las bases para futuros avances y contribuye al enfoque holístico que aspiramos aportar a la atención de salud mental.

A nuestros lectores, los invito a sumergirse en la riqueza de conocimientos presentados en estas páginas. Dejemos que esta revista sea una fuente de inspiración, que genere nuevas ideas y colaboraciones, las cuales impulsen nuestra comprensión colectiva de la relación simbiótica entre la salud física y mental.

El viaje que tenemos por delante es emocionante y desafiante, pero con su apoyo y compromiso continuos, la *Revista de Fisioterapia en Salud Mental* evolucionará hasta convertirse en un faro de excelencia que guiará el camino tanto para profesionales como para investigadores y defensores.

Gracias por acompañarnos en esta empresa pionera. Juntos, abramos nuevas fronteras en la integración de la fisioterapia y la salud mental.

Un cordial saludo,

Stavros Stathopoulos

Editor en jefe



Vol. 1, No. 1 (Noviembre 2024)

PP: 18-19

ISSN: En proceso

CARTA DE BIENVENIDA

Daniel Catalán-Matamoros

1. Presidente de la Organización Internacional de Fisioterapia de Salud Mental

✉ Autor de Correspondencia:
Daniel Catalán- Matamoros
dcatalan@ual.es

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.



CARTA DE BIENVENIDA

Daniel Catalán-Matamoros

1. Presidente de la Organización Internacional de Fisioterapia de Salud Mental

Estimados colegas, investigadores y profesionales:

Es un placer para mí dar la bienvenida al primer número de la *Revista de Fisioterapia en Salud Mental*. Como presidente de la *Organización Internacional de Fisioterapeutas en Salud Mental*, tengo el honor de presentar esta innovadora revista de acceso abierto dedicada específicamente a la interacción entre la fisioterapia y la salud mental. Esta revista proporcionará un intercambio de conocimientos, investigaciones innovadoras y mejores prácticas dentro del área de la fisioterapia de salud mental y una comunidad global comprometida con el avance del bienestar individual, a través de enfoques con base científica.

Esta revista es un hito importante en nuestro campo y satisface una necesidad urgente en materia de conocimientos y terapias integrales que abarcan el continuo de salud física y bienestar mental. La revista ofrece una publicación donde todos los estudios de investigación y las innovaciones clínicas ayudan a comprender el panorama futuro de la fisioterapia de salud mental.

La *Revista de Fisioterapia en Salud Mental* abarca una amplia gama de temas, lo que refleja la naturaleza multifacética de nuestro campo. Con el lanzamiento de esta revista, no sólo se crea un depósito de conocimientos, sino que también se fomenta una comunidad vibrante y colaborativa. La *Revista de Fisioterapia en Salud Mental* asegurará la existencia de una plataforma de diálogo, innovación y progreso colectivo para transformar la atención de la salud mental a través de la fisioterapia.

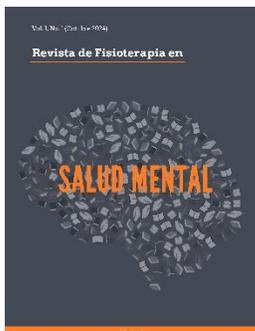
En nombre de la comunidad internacional de fisioterapeutas de salud mental, me gustaría agradecer al equipo editorial por el desarrollo de la revista, por su apoyo y dedicación para avanzar en el campo de la fisioterapia de salud mental. Juntos, podemos tener un impacto profundo en las vidas de personas en todo el mundo.

Un cordial saludo,

Prof. Daniel Catalán-Matamoros, PT, PhD

Presidente, *Organización Internacional de Fisioterapia de Salud Mental*





AVANCES DE LA FISIOTERAPIA EN SALUD MENTAL: UN MARCO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL

Matt Erb

1. Director Clínico Asociado, The Center for Mind-Body Medicine, Washington D.C., Estados Unidos
2. Fisioterapeuta, Simons Physical Therapy, Tucson, AZ, Estados Unidos
3. Instructor, Universidad de Arizona: Centro de Medicina Integral y Residencias de Medicina Familiar y Psiquiatría de la Universidad Banner, Tucson, AZ, Estados Unidos
4. Profesor, Instituto de Psiquiatría Integral, Boulder, Colorado, Estados Unidos

✉ Autor de Correspondencia: Matt Erb, PT. Dirección: 2900 E Broadway Blvd, Ste 100, PMB 1082; Tucson, AZ 85716 Estados Unidos. Correo electrónico: mderb73@gmail.com. Teléfono: 1 202-571-7769 ext. 228.

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.



Aceptación: 04 de Junio de 2024

AVANCES DE LA FISIOTERAPIA EN SALUD MENTAL: UN MARCO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL

Matt Erb

1. Director Clínico Asociado, The Center for Mind-Body Medicine, Washington D.C., Estados Unidos
2. Fisioterapeuta, Simons Physical Therapy, Tucson, AZ, Estados Unidos
3. Instructor, Universidad de Arizona: Centro de Medicina Integral y Residencias de Medicina Familiar y Psiquiatría de la Universidad Banner, Tucson, AZ, Estados Unidos
4. Profesor, Instituto de Psiquiatría Integral, Boulder, Colorado, Estados Unidos

Resumen: El papel de la fisioterapia en la salud mental está creciendo. La salud mental es reconocida por la Fisioterapia Mundial como un área especializada, sin embargo, los estándares de formación y los enfoques de atención varían entre e incluso dentro de los países. Al desarrollar planes de tratamiento integral, es importante explorar y abordar de manera segura los factores subyacentes en lugar de tratar los síntomas específicos como factores aislados. Si bien el modelo biopsicosocial de salud ha existido durante algún tiempo y se considera importante para la fisioterapia en la salud mental, se puede entender y desplegar de manera fragmentada. El movimiento más reciente para avanzar en la "práctica psicológicamente informada" es prometedor y refleja la necesidad de que la fisioterapia mejore cómo se integran el cuerpo, la mente y el entorno en la atención clínica. Los fisioterapeutas que trabajan para avanzar en la atención integral en apoyo de la salud mental también pueden beneficiarse de los modelos recientes de "salud integrativa". La atención Integrativa tiene como objetivo abordar el concepto biopsicosocial de formas centradas en la persona que abarquen más plenamente la inseparabilidad entre los elementos físicos/biológicos, cognitivos/emocionales, socioculturales y ambientales. Ninguno de estos esfuerzos está exento de desafíos y los fisioterapeutas deben estar versados en un amplio conjunto de conceptos y estrategias integrales para abordar de manera segura y efectiva la salud mental en la atención de fisioterapia. Esta perspectiva presenta un marco novedoso en apoyo del avance de la fisioterapia en la salud mental. El marco presentado se basa en consideraciones transdisciplinarias y tiene como objetivo estimular el pensamiento y la acción creativas hacia el objetivo compartido de mejorar la atención integral al paciente dentro de un marco más amplio de salud pública.

Cuadro de Resumen

Este artículo de perspectiva presenta una síntesis de consideraciones científicas, teóricas y filosóficas que convergen en un marco integrativo para la atención fisioterapéutica integral de la persona, en apoyo a la promoción de la salud mental. Las posibles implicaciones vinculadas a este enfoque van desde mejoras en la atención centrada en la persona, el bienestar mejorado tanto en el paciente como en el fisioterapeuta, la construcción de relaciones interpersonales y colectivas, hasta el avance del papel de la fisioterapia en la salud pública y ambiental.

Palabras Clave: fisioterapia, salud mental, integrativa, biopsicosocial, medicina mente-cuerpo, atención integral a la persona

Introducción

La Fisioterapia (FT) está viendo una creciente atención hacia los modelos biopsicosociales (BPS) y de salud integrativa.^{1,2} Este movimiento conlleva potenciales beneficios (por ejemplo, satisfacción del paciente, confianza en la provisión de cuidados de FT o satisfacción laboral) y no está exento de críticas, limitaciones y desafíos (por ejemplo, acceso a la formación, incomodidad en el terapeuta y/o paciente al trabajar con factores psicológicos, dificultad para cambiar los patrones de práctica).¹⁻⁷ Al mismo tiempo, hay una creciente atención al papel de la fisioterapia en la salud mental, un área de práctica que normalmente se basa en los modelos BPS y salud integrativa.⁸ Mientras que la FT en salud mental está evolucionando,⁹⁻¹¹ se deben abordar los desafíos para transformar lo que generalmente es un modelo excesivamente reduccionista de causalidad y provisión de cuidados. Se necesitan enfoques mejorados capaces de apoyar la complejidad de la persona en su totalidad sin atribuir en exceso la causalidad a ningún factor, y que apoyen por igual las lentes objetivistas y subjetivas/cualitativas.

Las preguntas sobre la interdependencia mente/cuerpo han sido centrales para el pensamiento filosófico durante generaciones. El modelo biomédico ha sido formado por una separación posiblemente simplista de la mente (dimensiones psicológicas, sociales y espirituales) y del cuerpo (todas las cosas físicas/biológicas). Esta división está tan arraigada que muchos fisioterapeutas luchan por identificar y abordar factores psicosociales.¹²⁻¹⁴ Existe la necesidad de desarrollar enfoques que exploren el cuerpo, la mente y el entorno como inseparables y en constante interacción. Tales esfuerzos son desafiantes al notar el estigma en torno a los factores psicológicos que contribuyen a los estados y condiciones de salud. Los pacientes y los clínicos pueden llegar a evitar el tema de la salud mental debido a incomodidad.^{15,16} Los clínicos pueden ser reacios a abordar el tema debido a la falta de formación/experiencia significativa, o la preocupación de que los pacientes sientan que se está desestimando la importancia de sus síntomas somáticos con la implicación de que "todo está en tu cabeza". Cuando los profesionales se dan cuenta del papel que juegan las dinámicas psicológicas, ambientales y/o sociales en la salud física de un paciente, estos desafíos de la agencia moral (vergüenza, estigma) deben mantenerse en primer plano para no reforzar inadvertidamente un sentido de debilidad o culpa.¹⁷ Los profesionales de la salud pueden beneficiarse de entender la atención clínica que ofrece experiencias que son igualmente nutritivas y empoderantes. Dicho de otra manera, abordar las necesidades humanas fundamentales (sentirse comprendido, cuidado, seguro, capaz de navegar desafíos) ayuda a construir un "puente de apoyo" hacia los factores psicológicos y los determinantes sociales de la

salud (DSS) junto con el cuidado del cuerpo físico. El concepto no dual de "ambos/y" en lugar de "o/u" es un marco para que tanto el paciente como el terapeuta avancen con éxito en la atención integral de la persona.

Este artículo presenta un marco de trabajo para abordar la fisioterapia en salud mental a través de la lente de un modelo de salud integrativa. El modelo de salud integrativa es uno de los numerosos esfuerzos que han surgido para avanzar en el modelo BPS.¹⁸ Estos modelos apuntan hacia cuentas más completas de salud/cura y no renuncian a las necesidades de atención biomédica. Aplicado a la FT, la salud integrativa adopta un "enfoque equilibrado hacia la conceptualización del taburete de tres pilares de la medicina basada en evidencia: dando a cada pilar (preferencia del paciente, experiencia del clínico y evidencia científica) el peso apropiado."² Se explorarán elementos importantes en la aplicación del modelo salud integrativa para la FT en salud mental. Estos elementos incluyen la justificación para avanzar modelos de atención integral, el uso de Medicina Mente-Cuerpo (MMC), atención a DSS, y un modelo estratificado de apoyo individualizado basado en las preferencias y necesidades del paciente. Investigaciones existentes, recomendaciones, desafíos, limitaciones y consideraciones del alcance de la práctica son ofrecidos en relación con el avance del papel de FT en salud mental utilizando el enfoque de salud integrativa.

Avanzando hacia un modelo integrativo para la atención completa de la persona

La separación de la mente del cuerpo presenta desafíos que necesitan atención para que la fisioterapia se mueva hacia una atención integral o completa de la persona. Esta sección proporciona un contexto que subraya la justificación para el desarrollo continuo del enfoque de salud integrativa. Aunque es aplicable a la totalidad de la práctica de la fisioterapia, tal discurso es especialmente importante para los fisioterapeutas especializados en salud mental.

Terapia "Física" y Dinámicas Psicológicas

El desarrollo de disciplinas de terapia como físico-, psico-, u ocupacionales, ha buscado satisfacer necesidades específicas de atención médica, pero ha venido a expensas de aislar ciertos aspectos de la experiencia integral de la persona de otras necesidades inseparables. Por ejemplo, los estudios han demostrado que los fisioterapeutas luchan por identificar y lidiar con factores psicológicos en el dolor crónico,¹²⁻¹⁴ y sin embargo, los pacientes con dolor crónico (por ejemplo) a menudo

experimentan comorbilidades como ansiedad y depresión;¹⁹ kinesiofobia y el estrés psicológico son predictores de trayectorias negativas en pacientes que experimentan dolor.²⁰

En FT, el concepto de "práctica psicológicamente informada" (PPI) ha surgido como un intento de unir mente y cuerpo. PPI también se basa en el concepto BPS y continúa siendo examinado con cierta utilidad documentada junto con desafíos en la formación/implementación clínica.²¹ En última instancia, estos esfuerzos (incluyendo el modelo de salud integrativa aplicado a FT en salud mental presentado aquí) reflejan un objetivo colaborativo: mejorar la capacidad de los fisioterapeutas para identificar y apoyar de manera segura y efectiva las dinámicas de las personas en su totalidad y de manera integral.

Un enfoque integrativo al modelo Biopsicosocial

El enfoque BPS a menudo se interpreta como la consideración de aspectos discretos de tres cosas separadas: biología, psicología y sociología. PPI también lleva el riesgo de ser desplegada como una discreta "modalidad adicional" a un enfoque centrado físicamente. Desde una definición temprana, el modelo BPS "considera sistemáticamente factores biológicos, psicológicos y sociales *y sus complejas interacciones* en la comprensión de la salud, la enfermedad y la prestación de atención médica" (énfasis añadido)²². Si consideramos que las dimensiones psicológicas, sociales, culturales y ambientales están representadas en estados biológicos/influencia,²³ comenzamos a avanzar hacia una comprensión más integradora.

La salud integrativa engloba el concepto de BPS y aboga por que el cuidado se aborde de una manera más unificada para permitir que elementos aparentemente dispares se combinen de manera simbiótica y se refuercen mutuamente con un efecto profundo. Aplicado a la fisioterapia en el cuidado de la salud mental, la salud integrativa promueve un enfoque que reconoce y analiza el ser integral de una persona al explorar y apoyar la relevancia de varios niveles de influencia (cuerpo, mente y entorno) dentro del conjunto de la experiencia de salud de la persona.² Al hacerlo, el apoyo para la biología del estrés es fundamental y está vinculado a un vasto cuerpo de investigación que relaciona el estrés con resultados de salud adversos.²⁴ Aunque es normal y saludable en contexto, el estrés puede volverse nocivo cuando no se mitiga naturalmente a través de procesos biológicos innatos y/o a través de esfuerzos deliberados de autocuidado.²⁵ La ciencia de la carga alostática (la

acumulación de estrés crónico y eventos de la vida) subraya la necesidad de abordar el estrés acumulativo.^{26,27} Las categorías (físicas, cognitivas/emocionales, sociales, nutricionales, existenciales/espirituales, ambientales, etc.) de estrés pueden explorarse junto con la misma atención a cultivar aportes positivos / basados en fortalezas que mitigan los efectos perjudiciales. El desarrollo de una comprensión mutua (clínico/paciente) de una "imagen de estrés" se sigue con la identificación y despliegue de estrategias alineadas con los valores para el apoyo dirigido. El uso clínico del campo de la Medicina Mente-Cuerpo (MMC) puede ser de gran ayuda en este sentido.

La Medicina Mente-Cuerpo como Fundamento

El estrés nocivo informa los desafíos de salud mental/comportamental de igual manera que la salud física (notando que estos no son mutuamente exclusivos).²⁸ Esta sección delinea aún más la biología del estrés nocivo en relación con el uso clínico de MMC para ayudar a mitigar los efectos adversos del estrés.

Descripción general de la Ciencia de la Medicina Mente-Cuerpo

El amplio campo de MMC es fundamental dentro de la salud integrativa. MMC explora cómo "las conexiones e interacciones entre el cerebro, la mente, el cuerpo y el comportamiento pueden activar cambios psicofisiológicos y un potencial de promoción de la salud en el individuo — caminos hacia una mejor salud."²⁹ MMC está informada por la creciente evidencia en psiconeuroinmunología (PNI). PNI ha establecido una base científica para normalizar la atención a las interacciones individuales y colectivas del cuerpo-mente-entorno.^{30,31} Por ejemplo, la investigación demuestra que nuestra psicología,³² nuestras experiencias adversas a lo largo la vida,^{33,34} y nuestras relaciones interpersonales,^{35,36} cada uno lleva correlaciones biológicas. Además, la salud está profundamente influenciada por la naturaleza y la calidad de los entornos en los que vivimos, trabajamos y jugamos.³⁷

La investigación de MMC incluye una atención cercana a la regulación fisiológica del sistema nervioso central-autónomo y apoya la comprensión de que el estado/función neurofisiológico general afecta a todos los otros sistemas de formas complejas e interdependientes (Figura 1). MMC apoya la visualización de la fisiología de la persona completa desde la perspectiva de que esta red psicofisiológica integrada funciona en interdependencia con los entornos (naturales, construidos, sociales, etc.) en los que cada persona está "sumergida".^{30,36,38,39} A nivel individual, si se entrena una

habilidad de MMC que demuestra mejorar los procesos de autorregulación, cualquier cambio positivo resultante en la función autonómica tiene el potencial de otros cambios positivos en todo el sistema (por ejemplo, función neuroendocrina, inflamación, sistema inmunológico).^{40,41} Los impactos externos pueden incluir una influencia positiva en el comportamiento, la motivación y el compromiso social/relacional.^{36,42} La suma de la investigación de MMC sugiere el potencial para mejorar la resiliencia al estrés, reducir el dolor o mejorar el manejo del dolor, disminuir la inflamación, y mejorar las funciones cardiovascular, mental, gastrointestinal, inmunológica y endocrina.^{30,40,43,44}

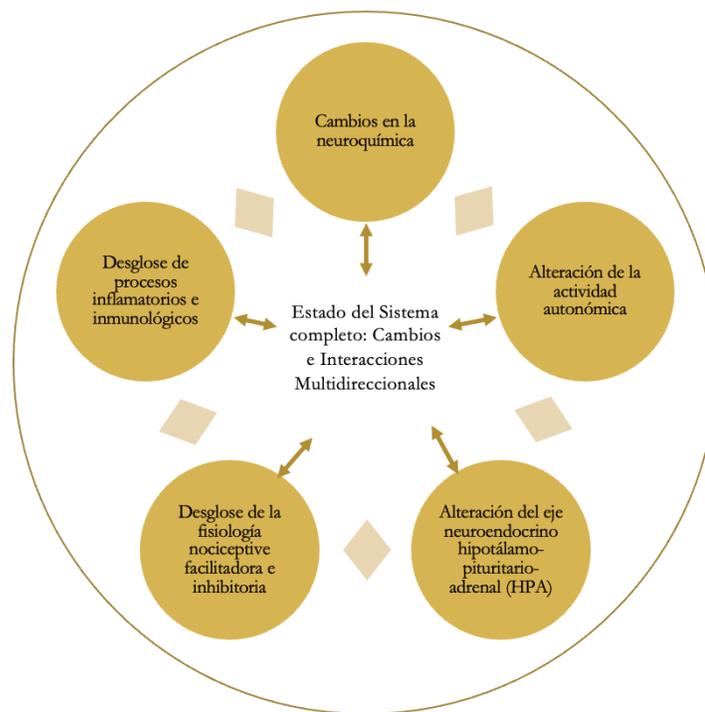


Figura 1: Fisiología Integral

Descripción: Todos los sistemas fisiológicos son interdependientes. Facilitar un cambio en un sistema, como mejorar la regulación autónoma utilizando habilidades de entrenamiento en medicina cuerpo-mente, conlleva el potencial para cambios positivos en todos los sistemas.

© Embody your Mind (Encarna tu Mente), usado con permiso; Publicado en: Erb M and Winkle D. (2021). Defining the Need. In: Erb M, Schmid A (Eds). *Integrative Rehabilitation Practice: The Foundations of Whole-Person Care for Health Professionals*. London, UK: Singing Dragon Publishers; p 68.

Entender y apoyar estas interconexiones (a través de la psicoeducación simple y positivamente enmarcada y el uso de MMC dentro del plan de atención) ayuda a normalizar las formas en que los factores cognitivos, emocionales, sociales y ecológicos influyen directamente en la salud. Si bien la tendencia a asignar en exceso la causalidad a cualquier agente siempre será un desafío para los clínicos y los pacientes por igual, el fracaso al abordar estas conexiones coexistentes y causales es una barrera de larga data para la atención médica efectiva y la curación general.

Un kit de herramientas

MMC incluye una serie de enfoques respaldados por evidencia que tienen el potencial de explorar y apoyar la singularidad de la experiencia vivida y el proceso de vida de cada persona a lo largo del tiempo y en relación con las capas del entorno. Dicha exploración debe basarse en las fortalezas al equilibrar la tendencia al sesgo negativo a través del reconocimiento de la integridad innata, la resiliencia/capacidad innata y los recursos internos/externos. MMC proporciona un "kit de herramientas" que puede promover procesos de curación y/o un mayor bienestar. La Tabla 1 enumera ejemplos de temas basados en la evidencia que caen bajo MMC y que pueden utilizarse en la atención clínica para apoyar el bienestar de la persona en su totalidad. Aunque está fuera del alcance de este artículo enseñar la entrega clínica o revisar la evidencia de cada subtema para condiciones específicas, las revisiones de los mecanismos generales, beneficios, limitaciones y riesgos están aumentando.^{30,45,46}

Determinantes Sociales de la Salud y Autocuidado Mente-Cuerpo en Contexto

Como se mencionó anteriormente, es vital abordar las consideraciones colectivistas dentro de la atención individualizada de la Salud Integrativa. Los DSS son las condiciones en los entornos donde las personas nacen, viven, aprenden, trabajan, juegan, adoran y envejecen que afectan una amplia gama de resultados de salud, funcionamiento y calidad de vida.⁴⁷ DSS incluye temas como la influencia del entorno natural/ecológico, social o construido (condiciones de vida); racialización/racismo sistémico; minorización; el capacitismo y la discriminación; estabilidad económica; acceso, calidad y seguridad alimentaria; acceso a recursos educativos, de atención médica y otros recursos; y el contexto cultural más amplio que informa la experiencia de vida general de cada persona.^{38,48} ¿Sabemos cuáles son las condiciones de vida, los entornos de trabajo y/o el entorno natural/ecológico y las exposiciones de nuestro paciente? ¿Su estatus

socioeconómico? ¿Sus historias de vida y el impacto de su origen cultural? ¿El impacto de los patrones de estrés intergeneracional/históricos?

Imaginería	Meditación/Atención plena	Biorretroalimentación
Conciencia Corporal	Dibujo Expresivo	Escritura Expresiva
Arte Creativo	Movimiento Contemplativo	Nutrición, Alimentación consciente
Lenguaje corporal, Postura	Habilidades Cognitivo-Conductuales	Historia Familiar/Ecomapas
Conciencia/Regulación de la Respiración	Espiritualidad Personal/Significado	Placebo/Nocebo
Grupo/Apoyo Mutuo	Conciencia/Expresión de Emociones	Contacto, Terapias Manuales
Habilidades de Auto- y Co-regulación	Naturaleza/Ecoterapia	Comunicación, Habilidades Prosociales

Tabla 1: Temas y Modalidades de Medicina Mente-Cuerpo

Descripción: Estos temas y herramientas clínicas se superponen con frecuencia. Por ejemplo, la conciencia corporal está intrínsecamente vinculada a la conciencia emocional. Si un paciente está en un estado de angustia, una combinación de biorretroalimentación, regulación de la respiración, diversas vías para la autoexpresión (por ejemplo, expresión verbal, escritura, dibujo) y/o terapias basadas en el tacto pueden apoyar el desarrollo de una mayor capacidad para sentir, regular y superar la experiencia.

A primera vista, el autocuidado (un principio fundamental de MMC) puede interpretarse como individualista. En culturas colectivistas, el autocuidado puede percibirse como egoísta, indulgente consigo mismo o sin importancia para el todo de la unidad familiar/comunitaria.⁴⁹⁻⁵¹ Además, si se promueve sin reflexión o sin pensar, el autocuidado puede no abordar la relevancia profunda de los DSS. En contraste, la MMC clínicamente orientada navega el autocuidado de formas que apoyan el fortalecimiento de la resiliencia y el manejo positivo del malestar, la demanda, el estrés, el desafío o el trauma que viene con la vida y la vivencia. En el marco colectivista, estos constructos de "sí mismo" se extienden para apoyar las relaciones con otros (co-regulación, comunicación, comportamiento), el mundo exterior (incluyendo la naturaleza), y prácticamente cualquier aspecto de la experiencia de uno.

Partiendo de la comprensión de que el sentido individual de salud/bienestar de una persona determina cómo esa persona se relaciona no solo consigo misma, sino con sus relaciones interpersonales y su sentido de pertenencia a la comunidad, las visiones individualistas y colectivistas se alinean en apoyo mutuo. En otras palabras, hay un enfoque tanto/y en el tema del autocuidado. Sin duda, la responsabilidad personal juega un papel en la salud general.⁵² Sin embargo, cuando la política de salud, los constructos sociales y/o la atención clínica se centran excesivamente en las acciones individuales en lugar de en los problemas sistémicos, se pueden reforzar los resultados negativos.⁵³⁻⁵⁴ El estudio de los DSS en el contexto de la atención personalizada de la mente y el cuerpo, el auto cuidado o la medicina del estilo de vida nos recuerda que las elecciones que las personas hacen son 1) a menudo limitadas por las opciones realmente disponibles para ellas y 2) reflejan dinámicas internas complejas que surgen de determinantes históricos y/o socioculturales individuales que necesitan comprensión y apoyo para aumentar la posibilidad de cambio. Mientras que la ciencia ha validado que la historia personal contribuye a patrones de estrés tóxico que contribuyen a los problemas salud,⁵⁵ Estas dinámicas no estaban/están totalmente sujetas a la elección individual. La figura 2 expresa cómo las condiciones sociales (incluyendo factores ecológicos/ambientales como la pérdida de espacios verdes o el cambio climático) tienen una influencia significativa en los procesos de evaluación de amenazas, y por lo tanto en la totalidad de las visiones individuales y colectivistas de la carga alostática.

Evaluar cuidadosa y seguramente las interacciones sumativas de los factores limitantes individuales y sistémicos versus los protectores, en colaboración con cada paciente, genera un diseño de atención que puede mitigar el estrés tóxico. Poner en marcha tanto los recursos internos como externos crea la posibilidad de cambios en el curso de vida/ trayectoria de salud alejándose de un modo de funcionamiento en crisis y hacia un mayor bienestar.^{56,57}

Un Marco Estratificado de Apoyo Integral a la Persona

Partiendo de la lógica anterior, se presenta un enfoque estratificado de la atención. Enmarcado como potencialmente útil para la fisioterapia en general, el marco de Salud Integrativa descrito aquí considera ingredientes interrelacionados que pueden abordarse para apoyar la atención integral en fisioterapia:

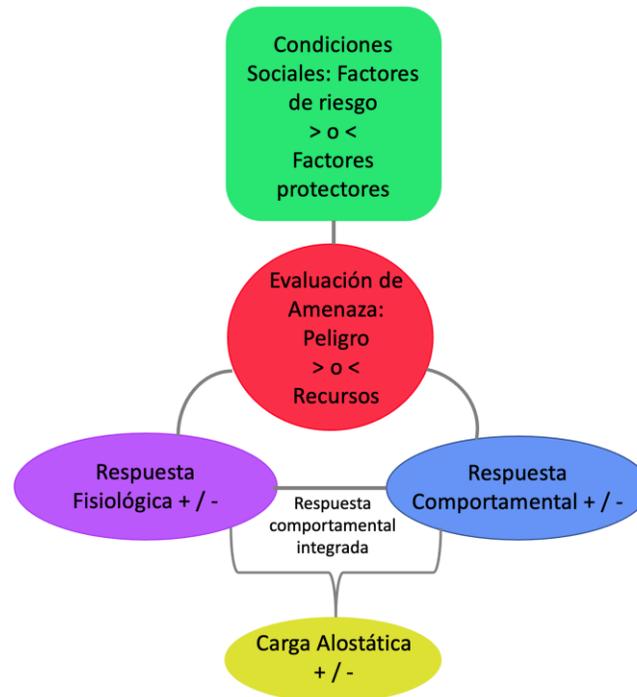


Figura 2: Influencias socioecológicas en la carga alostática

Descripción: Las condiciones sociales y ecológicas pueden disminuir o apoyar la salud al impactar en la fisiología de la evaluación de amenazas, los patrones de comportamiento y la gestión de la carga alostática.

© Singing Dragon, publicado en: DeVoght A, Davenport T. Upstream Influences. In: Erb, M & Schmid A, eds. Integrative Rehabilitation Practice, Jessica Kingsley Publishers, Mayo 2021, p 83. Usado con permiso.

1. **Procesos autorreferenciales basados en fortalezas.** Este ingrediente implica apoyo para construir autoconciencia a través de los dominios interactivos (físico/somático/sensorial, cognitivo, emocional, social/relacional, etc.) a lo largo del tiempo.^{58,59} Un ejemplo crítico es la formación para reconocer mejor el estado fisiológico general de uno. A menudo, las personas que experimentan angustia oscilan entre estados de hiper/hipoactivación y defensa maladaptativa ("lucha, huida, congelamiento").⁶⁰ La autoconciencia también está íntimamente entrelazada con los principios de subjetividad y autoexpresión en la salud y la curación. El concepto de una *heurística fenomenológica* implica una postura que explora y apoya la experiencia vivida y corporizada de cada paciente de una manera que permite a las personas conocerse mejor a sí mismas y llegar a sus propias preguntas y soluciones. Este esfuerzo requiere una escucha activa y espacio/tiempo para

compartir. La atención excesiva en detalles objetivos (por ejemplo, rango de movimiento, asimetría corporal) y/o intentos de "arreglarlo" a través de modalidades procedimentales pueden perder el equilibrio respecto a la importancia de la subjetividad, la medicina narrativa y el apoyo a factores psicosociales, especialmente en el contexto de la atención de salud mental.

2. **Cambio funcional del estado fisiológico.** Este ingrediente ofrece entrenamiento en habilidades mente-cuerpo (por ejemplo, biorretroalimentación, regulación de la respiración, entrenamiento de conciencia corporal, meditación, movimiento, etc.) que se combina con la autoconciencia (categoría anterior) para mejorar la auto-regulación fisiológica/comportamental hacia estados más óptimos.⁶⁰ Es útil considerar que la aplicación/desarrollo de estos dos primeros ingredientes (autoconciencia y autorregulación) se aplica igualmente al *practicante*. El aprendizaje experiencial y la autoaplicación tienen el potencial de profundizar la habilidad y capacidad del terapeuta para compartir y apoyar a otros, profundizando así el contenedor de sintonización relacional. Hay una creciente indagación en las conexiones entre el comportamiento, la emoción y la regulación del estado fisiológico dentro de la relación.⁶¹⁻⁶³
3. **Capacidad de estar presente y aprender de la incomodidad.** A menudo, los estados desagradables se encuentran con reactividad y urgencia por arreglar el estado. Mientras que MMC promueve un mejor acceso a la "respuesta de relajación"⁶⁴, la capacidad de examinar patrones de evitación experiencial y su impacto en el bienestar es también altamente relevante como parte del aumento de la conciencia promovida en MMC.⁶⁵ No todos los estados pueden ser "arreglados", al menos no inmediatamente. Por lo tanto, este marco clínico incluye un ingrediente que apunta hacia el desarrollo de una mayor resiliencia a través del concepto de "comodidad con incomodidad".
4. **Principios de salutogénesis y eudaimonia.** El concepto de salutogénesis aborda la salud reconociendo la totalidad innata que puede ser revelada/realizada a través de la aplicación de habilidades y conceptos que se basan en la fortaleza.⁶⁶ De manera similar, la eudaimonia representa un estado o sentido de florecimiento o bienestar que no es transitorio y está conectado a principios de vida intencionada y autorrealización.⁶⁷ Este ingrediente incluye la capacidad para explorar la relevancia individualizada de las comprensiones basadas en la sabiduría de la vida/experiencia humana que se encuentran en todas las culturas a través de las generaciones. El concepto de integración psicoespiritual personalizada dentro de la atención de Salud Integrativa no tiene como objetivo debatir la existencia de realidades metafísicas, sino avanzar en el objetivo pragmático de

aprovechar de manera segura la posibilidad de interacciones positivas entre la sabiduría de vida general registrada y la experiencia individual, el propósito y el significado. Yendo más allá, esta categoría apunta a la mitigación del sufrimiento y/o la reducción de la identificación con la naturaleza del sufrimiento.

5. **Atendiendo a los DSS.** Como se presenta, existe una tendencia entre los profesionales de la salud a centrarse en la responsabilidad personal sin reconocer suficientemente los Determinantes Sociales de la Salud. Los pacientes a menudo informan una falta de comprensión por parte de los profesionales de la salud, sintiéndose a menudo culpables, estigmatizados o avergonzados.^{68,69} Al reconocer que los estados de problemas salud están influenciados por factores sistémicos, hay una útil redistribución del sentido de causalidad. En conjunto con una fuerte relación terapéutica, esta validación respalda el sentido de agencia de uno. Además, considerar un equilibrio de experiencias de atención más pasivas (por ejemplo, terapias basadas en el tacto y la relajación) con componentes de atención más activos (por ejemplo, ejercicio/movimiento, biorretroalimentación) puede respaldar este ingrediente. David Nicholls sugiere que el interés más reciente de hoy en la responsabilidad personal, el autocuidado y las terapias activas en lugar de pasivas desvía la atención de los determinantes sociales que se sabe que dan lugar a la enfermedad en primer lugar.⁷⁰ En esencia, un equilibrio entre el cuidado y el empoderamiento es el camino a seguir.

Más allá de la educación y validación en la atención al paciente, se deben abordar los DSS dentro de la gestión de la práctica y la participación comunitaria. La búsqueda de recursos para las necesidades del paciente (por ejemplo, apoyo para identificar servicios adicionales o referencias, programas comunitarios, etc.) puede combinarse con trabajo pro bono, escalas de tarifas variables y trabajo de defensa de la salud pública/política.^{71,72} Abordar proactivamente los DSS sirve a la equidad en salud y la justicia social dentro de la práctica de FT.

Los conceptos precedentes son consistentes y respaldan los principios del cuidado informado sobre el trauma (CIT)^{73,74}, humildad cultural,⁷⁵⁻⁷⁷ y la terapia basada en procesos (TBP).⁷⁸ Estos enfoques reconocen la complejidad individual y reconocen que la transformación lleva tiempo y se ve diferente para cada persona. Estos enfoques sinérgicos buscan apoyar los procesos subyacentes que impulsan los desafíos psicofisiológicos y buscan ofrecer un enfoque más unificador con la capacidad de conectar diferentes modelos de terapia en un cuidado personalizado para la presentación única y el contexto de vida de cada

paciente. Estos esfuerzos requieren dejar de lado la previsibilidad, así como el cultivo continuo de la capacidad para navegar la complejidad e incertidumbre.⁷⁹

Barreras para implementar Fisioterapia en el Cuidado de la Salud Mental

Para comenzar a ir más allá del reconocimiento de factores complejos en los síntomas y resultados de nuestros pacientes y hacia la encarnación y acción profesional responsable, debemos reconocer las barreras para hacerlo. Keefe, Main y George⁸⁰ sugieren que se necesita un cambio sistémico en tres niveles: educación profesional, práctica clínica y vías de atención, y política. Erb & Ranjbar⁸¹ además proponen que en relación con la medicina narrativa (un componente de MMC y el modelo de salud integrativa), las barreras sistémicas anteriores interactúan con los desafíos a nivel del *terapeuta individual*. Estos incluyen:

- **tiempo** personal/profesional limitado
- superar la **costumbre/conveniencia** en el trabajo de uno
- navegar por la **incomodidad** personal que puede surgir cuando la identidad profesional o el paradigma de uno cambia, y cómo esto se relaciona con la necesidad de **autoaplicación** de conceptos de Mente-Cuerpo para entregar mejor lo mismo a los demás
- **costo/finanzas**
- aferrarse a **sistemas de creencias** potencialmente defectuosos
- acceder a una **formación** académica y clínica de calidad, y
- recibir una adecuada mentoría profesional/supervisión clínica.

Cada uno de los anteriores se puede abordar como barreras interactivas que interfieren en la creación de las circunstancias necesarias para un enfoque de atención más completo y centrado en las relaciones.

Alcance de la Práctica

La presencia de factores psicosociales no implica la presencia de una condición de salud mental.²³ Además, hay un movimiento general en la atención de la salud mental para examinar de cerca el daño de etiquetar diagnósticamente la experiencia de vida (PTM).⁸² Cuando se presenta un diagnóstico de trastorno de salud mental, el apoyo no estigmatizante para este aspecto de la experiencia de la persona es una parte importante de la atención integral de FT.²³

Aunque está sujeto a la ubicación geográfica/jurisdicción legal, dinámicas/necesidades socioculturales, consideraciones de salud pública, el grado de formación/mentoría profesional individual, entorno de práctica, etc., las siguientes pautas de trabajo pueden ser útiles al abordar la salud mental en fisioterapia:

- 1) bordar el uso de herramientas/habilidades de MMC (que involucran contenido psicológico) a través de la invitación refleja una intersección con los principios de CIT.⁷⁴ Dado que los correlatos fisiológicos de la seguridad, como la evaluación de amenazas de mitigación/subducción⁸³ pueden ser influenciados positivamente a través de formas de relacionarse/responder cuando aparecen emociones fuertes o recuerdos traumáticos, nuestro primer objetivo debe ser permanecer presente/cuidando donde un paciente está en su proceso, y desde una postura aceptante (no reparadora).
- 2) Los fisioterapeutas suelen recibir formación en condiciones de salud mental y son expertos en describir comportamientos que reflejan la salud mental y en diagnósticos psiquiátricos. Sin embargo, la capacidad de un fisioterapeuta para diagnosticar de forma independiente una condición de salud mental se basa en el entorno de práctica, la licencia, los actos de práctica y otras preocupaciones de jurisdicción en lugar de en el conocimiento y la formación. Independientemente del ámbito específico de cada profesional, los fisioterapeutas tienen un gran potencial para reconocer, detectar y apoyar directamente a las personas que experimentan una amplia gama de factores psicosociales y estados de comorbilidad somática/salud mental. Es imperativo que los fisioterapeutas tengan competencia básica en el cuidado de la persona en su totalidad, ya que los factores psicosociales son inseparables de los estados/fisiología corporales.²³
- 3) Es importante abstenerse de analizar la experiencia/contenido psicológico. El análisis está sujeto a errores y a la dinámica de la proyección psicológica; de todos modos, puede parecer patriarcal, crítico, patologizante y/o estigmatizante. Se recomienda proporcionar un espacio relacional seguro donde se puedan explorar suavemente los factores psicosociales en apoyo a cada paciente para que llegue a sus propias respuestas/soluciones.
- 4) Se recomienda evitar ofrecer consejos específicos sobre la vida personal, como "Creo que deberías dejar a tu cónyuge" como parte del TBP. La exploración de apoyo en torno a recursos/opciones orientadas psicosocialmente, consideraciones de estilo de vida, etc., cuando son buscados por el

paciente o a través de una invitación, se distingue de la interferencia dirigida y potencialmente problemática con el proceso de toma de decisiones del individuo sobre su experiencia vivida.

- 5) Cuando surgen contenidos históricos como recuerdos traumáticos y/o emociones fuertes, puede ser útil ayudar a los pacientes a evitar estados regresivos, como los que se pueden crear o trabajar a propósito en entornos de psicoterapia. Este objetivo se apoya proyectando una presencia de cuidado y no reparadora, combinada con señales para mantenerse conectado con el momento presente (por ejemplo, "¿Te ayudaría sentarte, sentir el cuerpo y respirar juntos para permitir que las emociones se muevan a través de ti?"). Las estrategias de reenfoque de apoyo pueden incluir permitir tiempo adecuado para la expresión, señales para aumentar la atención sensorial interna o externa, centrarse en la actividad/física/movimiento y/o la identificación de otras necesidades inmediatas (por ejemplo, "¿Qué te serviría de apoyo en este momento?")

Si la complejidad de la presentación está fuera del nivel de habilidad/entrenamiento/confianza de uno, esto debe ser reconocido con confianza y revelado suavemente como parte de una exploración mutua de si es importante incluir recursos adicionales. En este proceso, y de acuerdo con los principios de CIT, es una consideración importante entender que sugerir a alguien que necesita servicios psicoterapéuticos conlleva un alto potencial para estigmatizar y reforzar la dinámica de vergüenza/culpa, y por lo tanto comprometer la sensación de seguridad de la persona. Por lo tanto, si se considera apropiado, una práctica sugerida (con la debida atención al tiempo y al contexto) sería preguntar a la persona si siente que podría beneficiarse de un apoyo adicional y si es así, hacerles saber que usted está dispuesto y puede ayudarles a identificar posibles recursos. Al evocar y apoyar la elección individual, este enfoque proporciona una experiencia de agencia/empoderamiento.

Conclusión

Existe una necesidad creciente de que la profesión de fisioterapia contribuya de manera proactiva a la creciente crisis mundial de salud mental y su intersección con la escasez de servicios. Diseñar y avanzar en modelos de formación para que los fisioterapeutas apoyen eficazmente la salud mental es un objetivo ambicioso. Aunque ningún clínico puede satisfacer todas las necesidades que se presentan en la clínica, la fisioterapia puede avanzar en su enfoque para atender la salud mental de todos los pacientes de fisioterapia. Los conceptos transdisciplinarios descritos en esta Perspectiva reflejan conceptos y herramientas de trabajo

destinados a apoyar este amplio objetivo. Examinar el papel de la fisioterapia en la salud mental desde las perspectivas de la salud pública y la atención escalonada requerirá un debate continuo, estudios críticos, aprendizaje mutuo, investigación, promoción y trabajo político.

Avanzar en el modelo Salud Integrativa como un enfoque para la Fisioterapia en salud mental como se presenta aquí tiene como objetivo ser una perspectiva flexible para contemplar, trabajar y mejorar. Se anima a las personas que trabajan en esta área a compartir, colaborar y co-crear nuevas vías en apoyo a la atención de calidad centrada en la persona. Corresponde tanto a la academia como a los clínicos en ejercicio profesional activo el estudiar los resultados y refinar los enfoques transdisciplinarios y de toda la persona, como el descrito. Mientras se aboga por la capacidad básica en todos los fisioterapeutas para integrar y apoyar de manera segura los dominios psicológicos, sociales, culturales y espirituales dentro del modelo de atención IH, el abrir caminos para los fisioterapeutas que apoyan la salud mental es necesario y crítico para avanzar en tiempos rápidamente cambiantes e inciertos.

Declaración de Equidad, Diversidad e Inclusión

Los temas y principios de justicia, equidad, diversidad y pertenencia se mantienen en la vanguardia de los conceptos y principios defendidos en este manuscrito. Ejemplos de relevancia incluyen el reconocimiento repetido de los factores socioculturales y ambientales en la salud; incluyendo en relación con la agencia moral individual, y la estigmatización. La atención al conjunto más amplio de determinantes sociales, incluyendo la minorización, la racialización y el racismo sistémico, se mencionan como factores que requieren una consideración cuidadosa al trabajar con fisioterapia y salud mental. El marco conceptual para el cuidado que se describe ha surgido de un trabajo extenso y continuo en comunidades marginadas, desatendidas y orientadas al colectivismo; con una consideración directa de los principios de humildad cultural y estrategias para servir a la justicia social.

Declaraciones de Conflicto de Intereses

- El autor no ha presentado ninguna ponencia o presentación promocional a ninguna empresa farmacéutica en los últimos 12 meses.
- El autor no discute el uso de medicamentos no autorizados o en investigación.

- El autor es el único propietario de un negocio de consultoría profesional y puede recibir ingresos de la enseñanza, consultoría y/o escritura profesional en salud integrativa/bienestar.
- El autor es un Académico Independiente: puede recibir regalías de un libro de texto académico revisado por pares. Sin embargo, todas estas regalías se utilizan para enseñanza y mentoría pro-bono y/o en escala de honorarios deslizantes en el campo de la fisioterapia con un enfoque en abordar la salud mental, la justicia, la equidad, la diversidad y la inclusión.

Referencias

1. Smart KM. The biopsychosocial model of pain in physiotherapy: past, present and future. *Phys Ther Rev* [Internet]. 2023 Mar 4;28(2):61–70. Available from: <https://doi.org/10.1080/10833196.2023.2177792>
2. Justice C, Sullivan MB, Van Demark CB, Davis CM, Erb M. Guiding Principles for the Practice of Integrative Physical Therapy. *Phys Ther* [Internet]. 2023 Oct 10 [cited 2023 Dec 1];pzad138. Available from: <https://academic.oup.com/ptj/advance-article/doi/10.1093/ptj/pzad138/7304129>
3. Holopainen R, Simpson P, Piirainen A, Karppinen J, Schütze R, Smith A, et al. Physiotherapists' perceptions of learning and implementing a biopsychosocial intervention to treat musculoskeletal pain conditions: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *PAIN* [Internet]. 2020;161(6). Available from: https://journals.lww.com/pain/Fulltext/2020/06000/Physiotherapists__perceptions_of_learning_and.5.aspx
4. van Dijk H, Köke AJA, Elbers S, Mollema J, Smeets RJEM, Wittink H. Physiotherapists Using the Biopsychosocial Model for Chronic Pain: Barriers and Facilitators—A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(2).
5. Frazier LD. The past, present, and future of the biopsychosocial model: A review of The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New philosophical and scientific developments by Derek Bolton and Grant Gillett. *New Ideas Psychol* [Internet]. 2020 Apr 1;57:100755. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0732118X19301448>
6. Williams GC, Frankel RM, Campbell TL, Deci EL. Research on relationship-centered care and healthcare outcomes from the Rochester biopsychosocial program: A self-determination theory integration. *Fam Syst Health* [Internet]. 2000 [cited 2024 May 31];18(1):79–90. Available from: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/h0091854>
7. van Erp RMA, Huijnen IPJ, Jakobs MLG, Kleijnen J, Smeets RJEM. Effectiveness of Primary Care Interventions Using a Biopsychosocial Approach in Chronic Low Back Pain: A Systematic Review. *Pain Pract* [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2024 May 31];19(2):224–41. Available from: <https://doi.org/10.1111/papr.12735>
8. Probst M. Physiotherapy and Mental Health. *Rev Colomb Rehabil*. 2019 Jun 5;18:208–14.
9. Probst M, Skjaerven LH, editors. *Physiotherapy in mental health and psychiatry: a scientific and clinical based approach*. Edinburgh: Elsevier; 2018. 338 p. (Physiotherapy essentials).
10. Erb M, Ranjbar N. Integrative Rehabilitation Practice and Mental Health. In: *Integrative Rehabilitation Practice: The Foundations of Whole-Person Care for Health Professionals*. London, United Kingdom: Singing Dragon Publishers; 2021. p. 410–24.
11. Heywood SE, Connaughton J, Kinsella R, Black S, Bicchi N, Setchell J. Physical Therapy and Mental Health: Scoping Review. *Phys Ther* [Internet]. 2022 Aug 4 [cited 2022 Aug 12];pzac102. Available from: <https://doi.org/10.1093/ptj/pzac102>
12. Brunner E, Dankaerts W, Meichtry A, O'Sullivan K, Probst M. Physical Therapists' Ability to Identify Psychological Factors and Their Self-Reported Competence to Manage Chronic Low Back Pain. *Phys Ther*. 2018 Jun 1;98(6):471–9.
13. Synnott A, O'Keefe M, Bunzli S, Dankaerts W, O'Sullivan P, O'Sullivan K. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *J Physiother* [Internet]. 2015 Apr 1;61(2):68–76. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S183695531500017X>

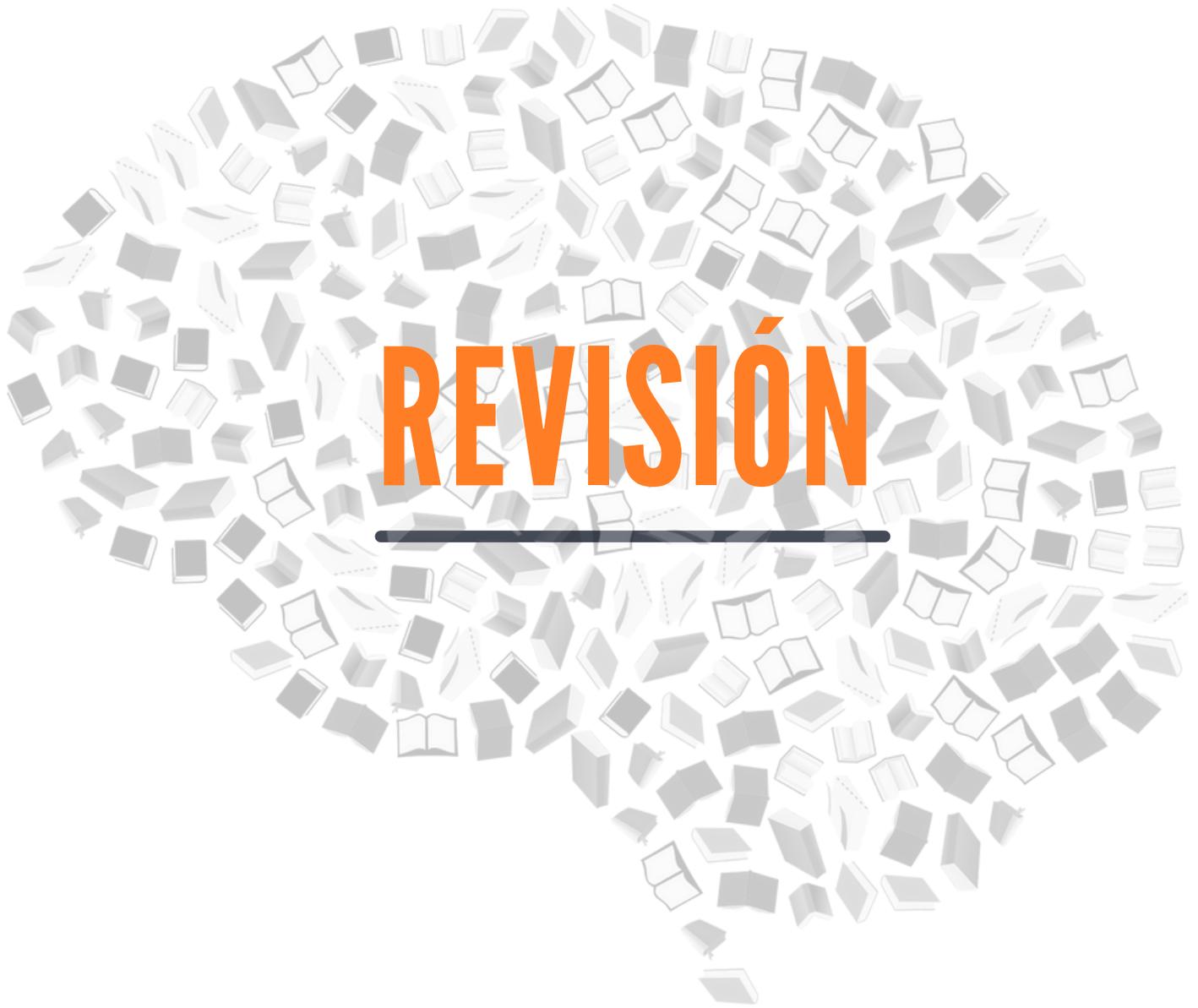
14. Zangoni G, Thomson OP. "I need to do another course" - Italian physiotherapists' knowledge and beliefs when assessing psychosocial factors in patients presenting with chronic low back pain. *Musculoskelet Sci Pract*. 2017;27:71-7.
15. Reichman M, Bakhshaie J, Grunberg VA, Doorley JD, Vranceanu AM. What Are Orthopaedic Healthcare Professionals' Attitudes Toward Addressing Patient Psychosocial Factors? A Mixed-Methods Investigation. *Clin Orthop*. 2022 Feb 1;480(2):248-62.
16. Viverito KM, Mittal D, Han X, Messias E, Chekuri L, Sullivan G. Attitudes regarding seeking help for mental health problems and beliefs about treatment effectiveness: A comparison between providers and the general public. *Stigma Health*. 2018;3(1):35-41.
17. Kirmayer L, Gomez-Carrillo A. Agency, embodiment and enactment in psychosomatic theory and practice. *Med Humanit*. 2019 Jun 1;45:1-14.
18. Bell IR, Caspi O, Schwartz GER, Grant KL, Gaudet TW, Rychener D, et al. Integrative medicine and systemic outcomes research: issues in the emergence of a new model for primary health care. *Arch Intern Med*. 2002 Jan 28;162(2):133-40.
19. Gerhardt A, Hartmann M, Schuller-Roma B, Blumenstiel K, Bieber C, Eich W, et al. The prevalence and type of Axis-I and Axis-II mental disorders in subjects with non-specific chronic back pain: results from a population-based study. *Pain Med Malden Mass*. 2011 Aug;12(8):1231-40.
20. Melloh M, Elfering A, Egli Presland C, Röder C, Hendrick P, Darlow B, et al. Predicting the transition from acute to persistent low back pain. *Occup Med Oxf Engl*. 2011 Mar;61(2):127-31.
21. Main C, Simon C, Beneciuk J, Greco C, George S, Ballengee L. The Psychologically Informed Practice (PIP) Consultation Roadmap: A Clinical Implementation Strategy. *Phys Ther*. 2023 May 9;103.
22. University of Rochester. The Biopsychosocial Approach [Internet]. n.d. [cited 2022 Apr 3]. Available from: <https://www.urmc.rochester.edu/medialibraries/urmcmedia/education/md/documents/biopsychosocial-model-approach.pdf>
23. O'Keeffe M, George SZ, O'Sullivan PB, O'Sullivan K. Psychosocial factors in low back pain: letting go of our misconceptions can help management. *Br J Sports Med [Internet]*. 2018 Aug 28;(53):793-4. Available from: <http://bjsm.bmj.com/content/early/2018/08/28/bjsports-2018-099816.abstract>
24. O'Connor DB, Thayer JF, Vedhara K. Stress and Health: A Review of Psychobiological Processes [Internet]. Vol. 72, *Annual Review of Psychology*. Annual Reviews; 2021. p. 663-88. Available from: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-psych-062520-122331>
25. Kautz MM. Applications of psychoneuroimmunology models of toxic stress in prevention and intervention efforts across early development. *Brain Behav Immun - Health [Internet]*. 2021 Oct 1;16:100322. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666354621001253>
26. Juster RP, Russell JJ, Almeida D, Picard M. Allostatic load and comorbidities: A mitochondrial, epigenetic, and evolutionary perspective. *Dev Psychopathol*. 2016;28(4pt1):1117-46.
27. Guidi J, Lucente M, Sonino N, Fava GA. Allostatic Load and Its Impact on Health: A Systematic Review. *Psychother Psychosom*. 2021;90(1):11-27.
28. Shern DL, Blanch AK, Steverman SM. Toxic stress, behavioral health, and the next major era in public health. *Am J Orthopsychiatry [Internet]*. 2016 [cited 2024 May 23];86(2):109-23. Available from: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/ort0000120>

29. Esch T, Stefano GB. The BERN Framework of Mind-Body Medicine: Integrating Self-Care, Health Promotion, Resilience, and Applied Neuroscience. *Front Integr Neurosci* [Internet]. 2022;16. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnint.2022.913573>
30. Taylor AG, Goehler LE, Galper DI, Innes KE, Bourguignon C. Top-Down and Bottom-Up Mechanisms in Mind-Body Medicine: Development of an Integrative Framework for Psychophysiological Research. *Explore N Y N* [Internet]. 2010 Jan;6(1):29. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2818254/>
31. Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Psychoneuroimmunology: psychological influences on immune function and health. *J Consult Clin Psychol*. 2002 Jun;70(3):537–47.
32. Cacioppo JT, Tassinary LG, Berntson GG. *Handbook of psychophysiology* [Internet]. New York, NY: Cambridge University Press; 2017 [cited 2020 May 16]. Available from: <https://doi.org/10.1017/9781107415782>
33. Fagundes CP, Glaser R, Kiecolt-Glaser JK. Stressful early life experiences and immune dysregulation across the lifespan. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2013 Jan 1;27:8–12. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159112001821>
34. Felitti VJ. Adverse childhood experiences and adult health. *Acad Pediatr*. 2009 Jun;9(3):131–2.
35. Eisenberger NI. An empirical review of the neural underpinnings of receiving and giving social support: implications for health. *Psychosom Med* [Internet]. 2013;75(6):545–56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23804014>
36. Eisenberger NI, Moieni M, Inagaki TK, Muscatell KA, Irwin MR. In *Sickness and in Health: The Co-Regulation of Inflammation and Social Behavior*. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2017 Jan 1;42(1):242–53. Available from: <https://doi.org/10.1038/npp.2016.141>
37. Vineis P, Robinson O, Chadeau-Hyam M, Dehghan A, Mudway I, Dagnino S. What is new in the exposome? *Environ Int* [Internet]. 2020 Oct 1;143:105887. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160412020318420>
38. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2010/11/26 ed. 2011;32:381–98. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21091195>
39. Ward-Caviness CK, Pu S, Martin CL, Galea S, Uddin M, Wildman DE, et al. Epigenetic predictors of all-cause mortality are associated with objective measures of neighborhood disadvantage in an urban population. *Clin Epigenetics*. 2020 Mar 11;12(1):44.
40. Moraes LJ, Miranda MB, Loures LF, Mainieri AG, Mármora CHC. A systematic review of psychoneuroimmunology-based interventions. *Psychol Health Med*. 2018;23(6):635–52.
41. Kenney MJ, Ganta CK. *Autonomic Nervous System and Immune System Interactions*. In: Terjung R, editor. *Comprehensive Physiology* [Internet]. 1st ed. Wiley; 2014 [cited 2024 May 28]. p. 1177–200. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cphy.c130051>
42. Berridge KC. Motivation concepts in behavioral neuroscience. *Rev Ingestive Sci* [Internet]. 2004 Apr 1;81(2):179–209. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031938404000435>
43. Garland EL, Brintz CE, Hanley AW, Roseen EJ, Atchley RM, Gaylord SA, et al. Mind-Body Therapies for Opioid-Treated Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2019 Nov 4 [cited 2019 Dec 6]; Available from: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4917>

44. Muehsam D, Lutgendorf S, Mills PJ, Rickhi B, Chevalier G, Bat N, et al. The embodied mind: A review on functional genomic and neurological correlates of mind-body therapies. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;73:165–81.
45. Vancampfort D, Stubbs B, Van Damme T, Smith L, Hallgren M, Schuch F, et al. The efficacy of meditation-based mind-body interventions for mental disorders: A meta-review of 17 meta-analyses of randomized controlled trials. *J Psychiatr Res [Internet]*. 2021 Feb 1;134:181–91. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395620311560>
46. Van Dam NT, van Vugt MK, Vago DR, Schmalzl L, Saron CD, Olendzki A, et al. Mind the Hype: A Critical Evaluation and Prescriptive Agenda for Research on Mindfulness and Meditation. *Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci [Internet]*. 2018 Jan;13(1):36–61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29016274>
47. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2030, Social Determinants of Health [Internet]. [cited 2024 May 24]. Available from: <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health>
48. Maric F, Nicholls DA. Environmental physiotherapy and the case for multispecies justice in planetary health. *Physiother Theory Pract [Internet]*. 2022 Nov 18;38(13):2295–306. Available from: <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1964659>
49. Osokpo O, Riegel B. Cultural factors influencing self-care by persons with cardiovascular disease: An integrative review. *Self-Care Long Term Cond [Internet]*. 2021 Apr 1;116:103383. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748919301737>
50. Dudgeon P, Carlin E, Bray A. Rethinking self-care through an Indigenous lens-the importance of community. *BMJ*. 2023 Nov 13;383:2494.
51. Wyatt JP, Ampadu GG. Reclaiming Self-care: Self-care as a Social Justice Tool for Black Wellness. *Community Ment Health J [Internet]*. 2022 Feb 1;58(2):213–21. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00884-9>
52. Dineen-Griffin S, Garcia-Cardenas V, Williams K, Benrimoj SI. Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. *PLOS ONE [Internet]*. 2019 Aug 1;14(8):e0220116. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220116>
53. Friesen P. Personal responsibility within health policy: unethical and ineffective. *J Med Ethics [Internet]*. 2018 Jan 1;44(1):53. Available from: <http://jme.bmj.com/content/44/1/53.abstract>
54. Wikler D. Personal and Social Responsibility for Health. *Ethics Int Aff [Internet]*. 2002;16(2):47–55. Available from: <https://www.cambridge.org/core/article/personal-and-social-responsibility-for-health/257DFEC4C74A4DB3049AD02D1F3A6E75>
55. Felitti VJ, Anda RF. The lifelong effects of adverse childhood experiences. In: R Alexander & D Esernio-Jenssen (Ed), *Chadwick's Child Maltreatment: Sexual Abuse & Psychological Maltreatment*, Encyclopedic. 4th ed. STM Learning, Inc.; 2014.
56. Erb M, Winkle D. Defining the Need. In: Erb M, Schmid A A (Eds) *Integrative Rehabilitation Practice: The Foundations of Whole-Person Care for Health Professionals*. London, United Kingdom: Singing Dragon, Jessica Kingsley; 2021. p. 57–73.
57. Low M. A novel clinical framework: The use of dispositions in clinical practice. A person centred approach. *J Eval Clin Pract*. 2017 Oct;23(5):1062–70.

58. Finlayson-Short L, Davey CG, Harrison BJ. Neural correlates of integrated self and social processing. *Soc Cogn Affect Neurosci* [Internet]. 2020 Nov 5 [cited 2024 May 24];15(9):941–9. Available from: <https://doi.org/10.1093/scan/nsaa121>
59. Yoon HJ, Seo EH, Kim JJ, Choo IH. Neural Correlates of Self-referential Processing and Their Clinical Implications in Social Anxiety Disorder. *Clin Psychopharmacol Neurosci Off Sci J Korean Coll Neuropsychopharmacol*. 2019 Feb 28;17(1):12–24.
60. Corrigan F, Fisher J, Nutt D. Autonomic dysregulation and the Window of Tolerance model of the effects of complex emotional trauma. *J Psychopharmacol (Oxf)* [Internet]. 2010 Jan 21 [cited 2019 Jan 27];25(1):17–25. Available from: <https://doi.org/10.1177/0269881109354930>
61. Deits-Lebehn C, Smith TW, Williams PG, Uchino BN. Heart rate variability during social interaction: Effects of valence and emotion regulation. *Int J Psychophysiol* [Internet]. 2023 Aug 1;190:20–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167876023004531>
62. Coutinho J, Pereira A, Oliveira-Silva P, Meier D, Lourenço V, Tschacher W. When our hearts beat together: Cardiac synchrony as an entry point to understand dyadic co-regulation in couples. *Psychophysiology* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2024 May 21];58(3):e13739. Available from: <https://doi.org/10.1111/psyp.13739>
63. Hilpert P, Brick TR, Flückiger C, Vowels MJ, Ceulemans E, Kuppens P, et al. What can be learned from couple research: Examining emotional co-regulation processes in face-to-face interactions. *J Couns Psychol* [Internet]. 2020 Jul [cited 2024 May 24];67(4):475–87. Available from: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/cou0000416>
64. Benson H, Greenwood MM, Klemchuk H. The Relaxation Response: Psychophysiologic Aspects and Clinical Applications. *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 1975 Mar 1 [cited 2019 Jul 7];6(1–2):87–98. Available from: <https://doi.org/10.2190/376W-E4MT-QM6Q-HoUM>
65. Chawla N, Ostafin B. Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *J Clin Psychol* [Internet]. 2007 Sep 1 [cited 2024 May 24];63(9):871–90. Available from: <https://doi.org/10.1002/jclp.20400>
66. García-Moya I, Morgan A. The utility of salutogenesis for guiding health promotion: the case for young people's well-being. *Health Promot Int* [Internet]. 2016 Feb 18 [cited 2019 Sep 5];32(4):723–33. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapro/daw008>
67. Sullivan MB, Erb M, Schmalzl L, Moonaz S, Noggle Taylor J, Porges SW. Yoga Therapy and Polyvagal Theory: The Convergence of Traditional Wisdom and Contemporary Neuroscience for Self-Regulation and Resilience. *Front Hum Neurosci*. 2018;12:67.
68. Dolezal L, Lyons B. Health-related shame: an affective determinant of health? *Med Humanit* [Internet]. 2017 Dec 1;43(4):257. Available from: <http://mh.bmj.com/content/43/4/257.abstract>
69. Mensinger JL, Tylka TL, Calamari ME. Mechanisms underlying weight status and healthcare avoidance in women: A study of weight stigma, body-related shame and guilt, and healthcare stress. *Body Image* [Internet]. 2018 Jun 1;25:139–47. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1740144517303790>
70. Nicholls D, Gibson BE. *Physiotherapy otherwise*. 2022.
71. DeVoght A, Davenport TE. Upstream Influences. In: *Integrative Rehabilitation Practice: The Foundations of Whole-Person Care for Health Professionals* Eds Erb, M & Schmid A. Singing Dragon, Jessica Kingsley; 2021. p. 57–73.
72. Davenport TE. Supporting Our Hike Upstream: Special Issue and Recurring Feature on Social Determinants of Health in Physical Therapy. *Cardiopulm Phys Ther J*. 2020;31(1):2–4.

73. Reeves E. A Synthesis of the Literature on Trauma-Informed Care. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2015 Sep 2;36(9):698–709. Available from: <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1025319>
74. Ranjbar N, Erb M. Adverse Childhood Experiences and Trauma-Informed Care in Rehabilitation Clinical Practice. *Arch Rehabil Res Clin Transl* [Internet]. 2019 Mar 21;100003. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590109519300023>
75. Tervalon M, Murray-García J. Cultural Humility Versus Cultural Competence: A Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education. *J Health Care Poor Underserved* [Internet]. 1998 May [cited 2024 Feb 18];9(2):117–25. Available from: <https://muse.jhu.edu/article/268076>
76. Foronda C, Baptiste DL, Reinholdt MM, Ousman K. Cultural Humility: A Concept Analysis. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2015 Jun 28 [cited 2020 Feb 4];27(3):210–7. Available from: <https://doi.org/10.1177/1043659615592677>
77. Ranjbar N, Erb M, Mohammad O, Moreno FA. Trauma-Informed Care and Cultural Humility in the Mental Health Care of People From Minoritized Communities. *FOCUS* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2020 Jan 26];18(1):8–15. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20190027>
78. Hofmann SG, Hayes SC. The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clin Psychol Sci* [Internet]. 2019 Jan [cited 2024 May 24];7(1):37–50. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2167702618772296>
79. Peterson SR, Erb M, Davenport TE. From Idea Cults to Clinical Chameleons: Moving Physical Therapists' Professional Identity Beyond Interventions. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2022 Apr;52(4):170–4.
80. Keefe FJ, Main CJ, George SZ. Advancing Psychologically Informed Practice for Patients With Persistent Musculoskeletal Pain: Promise, Pitfalls, and Solutions. *Phys Ther*. 2018 May 1;98(5):398–407.
81. Erb M, Ranjbar N. Deepening the Narrative. In: *Integrative Rehabilitation Practice: The Foundations of Whole-Person Care for Health Professionals*. London, United Kingdom: Singing Dragon Publishers; 2021. p. 164–77.
82. Johnstone L, Boyle M. The power threat meaning framework: An alternative nondiagnostic conceptual system. *J Humanist Psychol*. 2018;0022167818793289.
83. Porges SW. Neuroception: a subconscious system for detecting threats and safety. *Zero Three*. 2004;24:19–24.





EJERCICIO EN TRASTORNO AFECTIVO ESTACIONAL – UNA REVISIÓN BREVE

**Georgios Marios Kyriakatis^{1,2} ✉, Prokopia Mirka Lykou¹, Stavros
Stathopoulos²**

1. Licenciatura en Fisioterapia de la Universidad de Tesalia en Lamia, Grecia.
2. Profesor Universidad “G Marconi” en Roma, Italia, Docente en la Escuela de Medicina de la Universidad Atenas y Tesalónica, Grecia, Fisioterapeuta especializado en rehabilitación de enfermedades neurológicas y neuropsicológicas.

✉ Autor de Correspondencia: Georgios Marios Kyriakatis.
University of Thessaly. Dirección: 3rd km Old National
Road Lamia Athens, 35132, Lamia. Tel.: (+30)
6973475522. Correo Electrónico:
georgemarioskiriakatis2000@gmail.com

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.

Aceptación: 04 de Junio de 2024



EJERCICIO EN TRASTORNO AFECTIVO ESTACIONAL – UNA REVISIÓN BREVE

Georgios Marios Kyriakatis^{1,2} ✉, Prokopia Mirka Lykou¹, Stavros
Stathopoulos²

1. Licenciatura en Fisioterapia de la Universidad de Tesalia en Lamia, Grecia.
2. Profesor Universidad “G Marconi” en Roma, Italia, Docente en la Escuela de Medicina de la Universidad Atenas y Tesalónica, Grecia, Fisioterapeuta especializado en rehabilitación de enfermedades neurológicas y neuropsicológicas.

Resumen: El trastorno afectivo estacional (TAE) o tristeza invernal es un trastorno mental que se observa principalmente en los meses de invierno, con síntomas que difieren de la depresión típica. Se han estudiado varias formas del tratamiento, siendo prometedor el uso del ejercicio físico. **Objetivos:** El objetivo de este estudio es revisar todos los estudios disponibles relacionados con el ejercicio y la actividad física en el TAE, a nivel terapéutico, clínico y de investigación general. **Materiales y métodos:** La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos Pubmed, Scopus, APA PsycInfo y SPORTDiscus. Se han utilizado las siguientes palabras clave: tristeza invernal, trastorno afectivo estacional, ejercicio, ejercicio terapéutico, fisioterapia y actividad física. Los estudios finales se han seleccionado mediante criterios específicos de inclusión y de exclusión.

Resultados: De los 169 estudios identificados inicialmente, los investigadores incluyeron 3 estudios para ser considerados en esta investigación. Los síntomas del TAE pueden reducirse con un programa personalizado que incluya ejercicio aeróbico, quizás combinando la hora adecuada del día, pero también la presencia o ausencia de luz natural o artificial. Sin embargo, no se ha demostrado si el ejercicio es o no un factor determinante del TAE. **Conclusión:** El ejercicio aeróbico es posiblemente clave para la reducción y eliminación de los síntomas del TAE en los meses del invierno. Sin embargo, es necesario seguir estudiando esta área para encontrar formas seguras y fiables de ejercicio que mejoren los síntomas de estos pacientes.

Palabras clave: depresión temporal, depresión invernal, TAE, ejercicio aeróbico, fisioterapia.

Cuadro de Resumen

• Este estudio ofrece una perspectiva integral sobre el tratamiento del TAE mediante el ejercicio, informando tanto de sus beneficios como de su posible uso en una intervención combinada. El estudio demuestra que el ejercicio es una modalidad de tratamiento muy importante, ya que puede realizarse sin equipamiento y es de bajo costo económico. Además, el estudio ha proporcionado varios años de datos, lo cual se considera útil para los fisioterapeutas, tanto en lo que refiere a la comprensión precoz de los síntomas como a las opciones de tratamiento con las que disponen.

Introducción

La depresión es un trastorno mental en el que se observan síntomas como falta de interés, pérdida de placer y bajos niveles de buen humor en las actividades cotidianas durante largos periodos de tiempo.^{1,2} La depresión se da con más frecuencia en mujeres europeas adultas y afecta a la vida cotidiana, así como a las relaciones personales con la familia, los amigos, el trabajo y la escuela.² La depresión puede manifestarse mediante diversos síntomas físicos, entre los que destacan la sensación de cansancio o falta de energía, la disminución del apetito y la pérdida de peso, la dificultad para conciliar el sueño, los sentimientos de culpa excesiva y la falta de concentración.¹ Según la Organización Mundial de la Salud, existen muchos tipos diferentes de trastornos depresivos, uno de los cuales es el Trastorno Afectivo Estacional (TAE) o Depresión Invernal.²

El significado subyacente de la depresión y el TAE quizás parece el mismo, pero difieren tanto en los síntomas como en el momento de aparición.³⁻⁵ Según la Clasificación Internacional de Enfermedades – 11, el TAE se define como la presentación de síntomas y episodios en los trastornos del estado de ánimo, con un patrón estacional.⁶ Es necesario mencionar que el término TAE no debe confundirse con el término Melancolía de Invierno, ya que la segunda condición no requiere un diagnóstico médico y se refiere principalmente a una forma temporal de tristeza, en la que la persona puede sentirse deprimida por los días más breves y sombríos o la imposibilidad de salir a causa del frío, pero su salud física y mental no se ve afectada. Los factores de riesgo que pueden precipitar la aparición del TAE son la herencia, el sexo femenino, la distribución geográfica, principalmente en los países nórdicos, donde no hay suficiente luz solar o el día dura mucho menos que la noche y, por último, la edad en la que se manifiesta, la cual se encuentra principalmente entre los 18 y los 30 años.⁷

De manera más específica, el TAE usualmente se presenta en los meses de otoño e invierno, especialmente en enero y febrero, cuando se observa que hay menos luz solar debido a las condiciones meteorológicas.⁵ Por el contrario, los síntomas del TAE se reducen en primavera y verano.⁷ Los pacientes que sufren depresión pueden sufrir un agravamiento estacional de sus síntomas, pero esto difiere de los pacientes que sufren TAE.⁴ Concretamente, los síntomas del TAE son irritabilidad, aumento de la fatiga, somnolencia, aumento del apetito, disminución del interés social y cambios en los hábitos alimenticios. Los pacientes quieren consumir más carbohidratos y, como consecuencia, su peso corporal aumenta sin poder

controlarlo.^{3,4} Un porcentaje de 20% de las personas que sufren del TAE están diagnosticadas con trastorno bipolar de tipo 1 y 2.⁵

El TAE es esencialmente una interacción de emociones en la que intervienen factores sociales, psicológicos y biológicos, las cuales ejercen una influencia abrumadora en las emociones y acciones de los individuos, lo que se traduce en efectos autodestructivos. Por esta razón, deben crearse programas de prevención y tratamiento para abordarla adecuadamente. Varios estudios proponen que la inactividad física puede ser la causa de la aparición del TAE, así como una menor exposición a la luz solar.⁸ Se ha observado que el ejercicio físico, y en particular el ejercicio aeróbico, reduce en un porcentaje de 50% los síntomas del TAE, y que los pacientes son más productivos y alegres.^{9,10}

Además, una forma de tratamiento sugerida para estos pacientes es la fototerapia, que consiste en la exposición continua a la luz solar y/o artificial de una intensidad específica.¹¹ Las personas con TAE tras finalizar el tratamiento presentan emociones positivas como autocontrol, confianza en sí mismos y autoestima, emociones ausentes en estos pacientes durante el inicio.^{11,12} Estas formas de tratamiento no son caras y cualquiera puede acceder a ellas a cualquier hora del día. Otras formas de tratamiento, mencionadas por la Organización Mundial de la Salud, incluyen la medicación, la cual puede ser costosa, pero acelera la reducción de los síntomas y hace que los pacientes se sientan mejor en combinación con el ejercicio.^{2,5}

Por lo tanto, el objetivo de esta breve revisión es examinar todos los estudios disponibles relacionados con el ejercicio y la actividad física en el TAE, tanto a nivel terapéutico como a nivel clínico y de investigación más general.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para realizar esta revisión, se realizaron búsquedas en bases de datos específicas con palabras clave estrictamente seleccionadas, utilizando criterios de inclusión y exclusión específicos. Además, los autores declaran que este estudio no se ha registrado en ninguna base de datos internacional de protocolos en Internet.

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos Pubmed, Scopus, APA Psycinfo y SPORTDiscus el 4 de diciembre de 2023. Se utilizaron las siguientes palabras clave: "seasonal depression", "seasonal affective disorder", "exercise", "therapeutic exercise", "physiotherapy", "physical therapy" and "physical activity". No se utilizó ninguna restricción temporal al mostrar los registros iniciales en ninguna de las bases

de datos mencionadas y la estrategia de búsqueda se realizó de la siguiente manera: (((("seasonal depression") OR ("seasonal affective disorder") AND (((("exercise) OR ("therapeutic exercise")) OR (physiotherapy)) OR ("physical therapy")) OR ("physical activity")))).

Los criterios de inclusión fueron estudios: a) en inglés, b) con una muestra de participantes mayores de 18 años, c) con una muestra diagnosticada de TAE mediante una herramienta de medición válida y fiable o basada en un diagnóstico psiquiátrico y d) donde al menos un grupo de intervención estuviera exclusivamente relacionado con el ejercicio o el ejercicio terapéutico o la actividad física o la fisioterapia o, en general, como estudio estuviera relacionado con la extracción de resultados científicos fiables sobre el tema. En cambio, los criterios de exclusión fueron para los estudios: a) en los que la muestra eran participantes sanos y b) en los que la intervención en grupo se combinada con otra forma de tratamiento (por ejemplo, fototerapia).

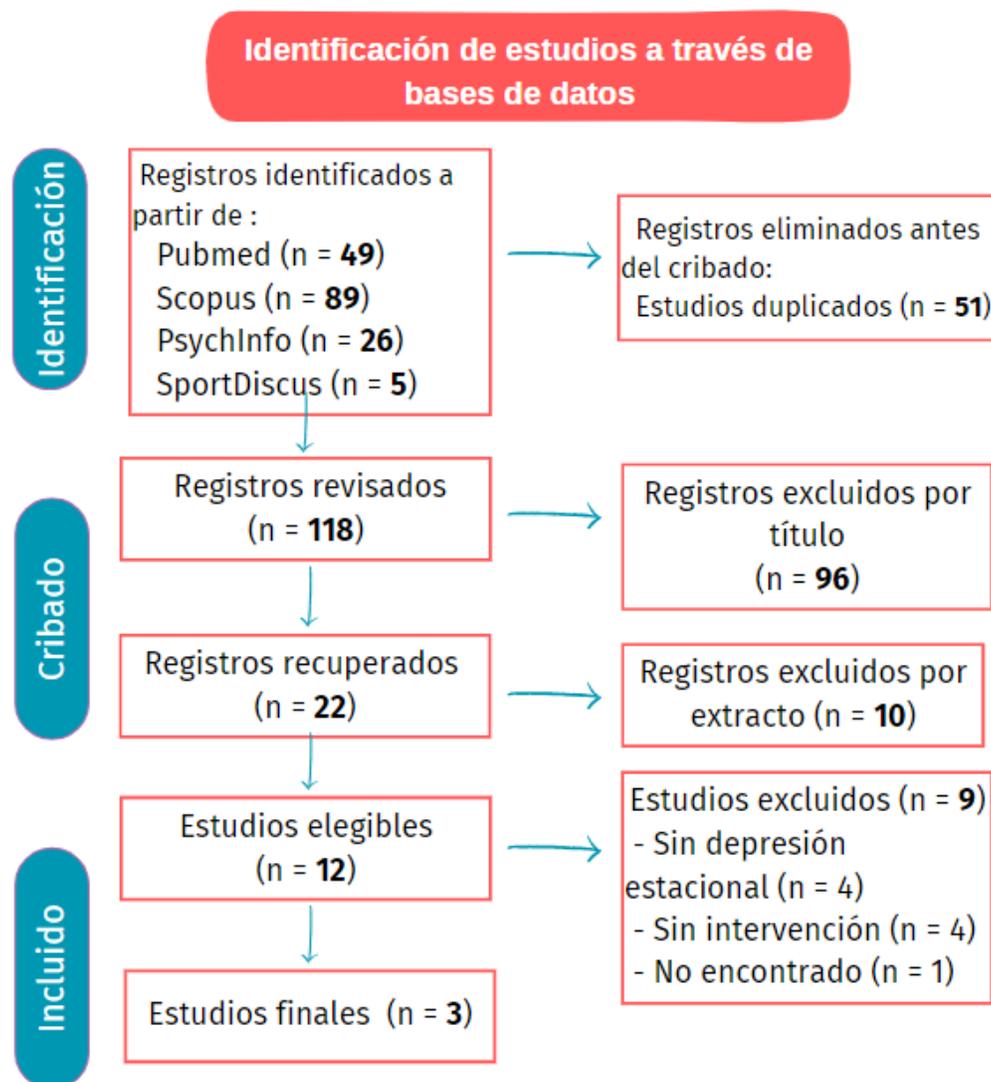
Dos examinadores evaluaron por separado la elegibilidad de los estudios, así como los títulos, los resúmenes y, por último, el texto completo de los estudios. Los mismos revisores también realizaron por separado la extracción de datos de los estudios finalmente seleccionados.

RESULTADOS

La búsqueda en las 4 bases de datos dio como resultado 169 registros iniciales. Tras eliminar los estudios duplicados, quedaron 118 artículos y tras eliminar 96 estudios debido al título, quedaron 22 para leer los resúmenes. Tras leer los resúmenes, se eliminaron 10 estudios y se mantuvieron 12. Tras revisar el texto completo en función de los criterios de inclusión y exclusión, se eliminaron 9 estudios. Así, pues, en esta revisión se incluye un total de 3 estudios. El proceso de selección de los estudios también se muestra gráficamente en la Figura 1.

De los 3 estudios incluidos, 2 son ensayos clínicos realizados en Rusia y 1 es una encuesta que tuvo lugar en los Estados Unidos de América. Todos los estudios se realizaron durante al menos un mes de invierno y utilizaron ejercicios aeróbicos individualizados, pero también intervenciones con un concepto más general

Figura 1: Representación gráfica del proceso de selección de los estudios finales de la revisión



del ejercicio físico y la actividad. La duración de las intervenciones fue principalmente de una semana y las herramientas de evaluación utilizadas para los síntomas depresivos fueron la *Hamilton Depression Rating Scale* en 2 estudios, y el *Seasonal Pattern Assessment Questionnaire* en 1 estudio.

En la Tabla 1 se ofrecen más detalles sobre cada uno de los estudios. Los datos recogidos en la tabla corresponden únicamente a los grupos de intervención en los que se realizó un cribado riguroso y se diagnosticó el TAE, y siempre están relacionados con el ejercicio. Los investigadores no consideraron ningún grupo distinto de los grupos de control que se examinaron para la comparación de resultados y fuera del ámbito de esta revisión.

Tabla 1: Características de la muestra, la evaluación, la intervención y los resultados de los estudios. (EC = Ensayo Clínico, n = número de muestra, EM= Edad Media, TAE = Trastorno Afectivo Estacional, HDRS = Hamilton Depression Rating Scale, EE.UU. = Estados Unidos, SPAQ = Seasonal Pattern Assessment Questionnaire).

Estudio	Diseño	Región / País	Grupo de Intervención	Evaluación	Método	Resultados
Pinchasov et al., 2000 ¹³	EC	Novosibirsk, Rusia	Terapia de ejercicio físico-TAE grupo (n = 9) [sólo ♀, aproximadamente EM = 34.8]	HDRS Al inicio y 1 semana después de la intervención.	1 semana de entrenamiento en bicicleta estática [12:00 - 13:00 h]. 1 hora diaria de dos sesiones de pedaleo de 27 min con 5 min de descanso. (cada sesión: 5 min de calentamiento, 12 min de pedaleo básico con al menos un periodo de 10 min de una intensidad de ejercicio de aproximadamente el 75% de un nivel máximo del sujeto)	Reducción de los síntomas depresivos (p = 0.000), pero sin diferencias estadísticamente significativas en comparación con el grupo sin TAE.
Putilov et al., 2005 ⁸	EC	Novosibirsk, Rusia	Grupo de ejercicio físico con TAE (n = 9 ♀)	HDRS Al inicio y 1 semana después la intervención	1 semana de ejercicio físico en bicicleta estática [13:00 - 14:00].	El ejercicio físico al mediodía fue un tratamiento eficaz para el TAE (p = 0.000).
Drew et al., 2021 ¹⁴	Encuesta	Fairbanks, Alaska, EE.UU.	Grupo de TAE de patrón invernal (n = 17) [♀ > ♂, el porcentaje más alto - moderadamente activo físicamente]	SPAQ, Preguntas de la encuesta sobre el nivel de actividad física.	Las preguntas de la encuesta se centraron en las experiencias de los participantes en el gimnasio (nivel de actividad física en una «semana típica» (trabajo y ocio), frecuencia, socialidad en el gimnasio).	El nivel de actividad física no se asoció significativamente con la aparición o no del TAE.

En relación con la eficacia de las intervenciones del estudio, Pinchasov et al., 2000 concluyen que un programa individualizado del ejercicio aeróbico reduce significativamente los síntomas del TAE (puntuación media inicial de la HDRS: 17.4, puntuación media final de la HDRS: 5.7) al aumentar el consumo de oxígeno en el organismo, pero sin diferencias estadísticas con el grupo sin HDRS. Este estudio es el único que tenemos hasta ahora que demuestra la eficacia verificada del ejercicio en el TAE con resultados estadísticamente significativos. Asimismo, el estudio de Putilov et al., 2005 nos informa que el ejercicio aeróbico en las horas del mediodía es altamente eficaz (puntuación media inicial de la HDRS: 17.3, puntuación media final de la HDRS: 5.7); sin embargo, concluye que no es más favorable que el ejercicio realizado en las horas de la mañana y que la hora del tratamiento puede no afectar sustancialmente a la cronobiología de los pacientes. Este estudio también mostró resultados positivos con respecto a la combinación de ejercicio y terapia con luz brillante.

Por último, Drew et al., 2021, realizaron un estudio en el que se evaluó a los participantes con el SPAQ, una escala auto informada sobre variaciones estacionales que evaluaba la duración del sueño, la participación en actividades sociales, el estado de ánimo (sensación general de bienestar), el peso, el apetito y el nivel de energía. En cuanto a su nivel de actividad física, los participantes tuvieron que calificar su nivel general de actividad física durante una semana normal, la frecuencia con la que visitan su centro de entrenamiento, así como lo sociables que son y se sienten allí. La conclusión es que el nivel de actividad física no es un factor predictivo del TAE, pero cabe mencionar que no se han extraído conclusiones específicas para el grupo diagnosticado de TAE.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta breve revisión fue obtener todos los datos disponibles sobre la efectividad y la asociación de las intervenciones con ejercicios sobre los síntomas del TAE. Los resultados mostraron que un programa de ejercicio aeróbico basado en un ciclómetro mejora significativamente el TAE. También se descubrió que el nivel de actividad física de un individuo probablemente no es un factor en el desarrollo del TAE.

Sólo se ha realizado una revisión a lo largo de los años sobre los efectos del ejercicio en el TAE, aunque en ésta se aceptaron estudios procedentes de actas de congresos con participantes sanos, y se informó de que existían obstáculos para extraer conclusiones sobre la actividad física y el TAE.¹⁵ La presente revisión está sin duda más actualizada y es más rigurosa en sus criterios de inclusión de estudios.

En Finlandia se han realizado estudios similares sobre la eficacia del ejercicio aeróbico. En primer lugar, el estudio de Patronen et al., 1998, investigó un programa de ejercicios tanto en combinación con terapia de luz brillante como con luz normal. El programa de mantenimiento físico que los participantes siguieron consistió en ejercicios aeróbicos vigorosos, con equipos especiales para el entrenamiento sistemático de los principales grupos musculares durante 1 hora, 2 o 3 veces por semana durante 8 semanas. El estudio concluyó que la actividad física supervisada, combinada con la exposición a la luz brillante, parece ser una intervención eficaz para mejorar el estado de ánimo y algunos aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud en invierno. Además, Leppämäki et al., 2002 and Leppämäki et al., 2004, siguió exactamente el mismo programa que el estudio anterior, pero esta vez con una muestra aleatoria, y los resultados volvieron a indicar que el ejercicio aeróbico combinado con la exposición a la luz brillante tiene efectos positivos sobre el TAE. En este punto, es muy importante mencionar que, en todos los estudios anteriores, comparados con los incluidos en esta revisión, parece concluirse que el ejercicio aeróbico definitivamente funciona, pero la muestra en estos estudios es una población sana o pacientes deprimidos sin un TAE diagnosticado. Por lo tanto, los resultados anteriores pueden ser una buena referencia en futuras investigaciones y posibles tratamientos en estos pacientes, pero manteniendo una postura reflexiva con respecto a ellos.^{8,9,11-13}

Además, las personas con TAE experimentan una disminución tanto en la frecuencia de la actividad física como en el placer que obtienen de ella durante los meses de invierno. En segundo lugar, informan de que los hábitos de actividad pueden repercutir en los tratamientos de activación conductual para la depresión.¹⁶ Asimismo, se ha observado que las personas que realizan una actividad física de alta intensidad tienen un menor índice de sensibilidad estacional (debido a los cambios en la duración de la luz natural) y las que presentan una alta sensibilidad estacional tienen un menor bienestar psicológico.¹⁰

La importancia clínica de los resultados de esta revisión reside en proveer la información científica disponible para los profesionales sanitarios clínicos y académicos interesados (especialmente para los fisioterapeutas), que se ha recuperado bajo criterios estrictos, con el fin de proporcionar una conclusión más definitiva sobre el tema en la medida de lo posible. Cabe mencionar que, en dos de los tres estudios incluidos, un programa de ejercicio de una semana de duración produjo resultados notables en cuanto a los síntomas del TAE, lo que quizás pueda explicarse por la corta duración “estacional” de la afección y, por lo tanto, de su tratamiento más inmediato en comparación con otros trastornos mentales.

El presente estudio tiene ciertamente algunas limitaciones, la principal de las cuales es el número muy reducido tanto de estudios como de muestras. Además, a través de los estudios finalmente seleccionados se

desconocen los efectos a largo plazo de cada intervención. Por último, la calidad de los estudios puede considerarse cuestionable. Por todo lo anterior, sugerimos que futuros estudios sobre este tema se realicen con aleatorización de la muestra, con una intervención clínica adecuada y rigurosamente estructurada, con una muestra mayor, extrayendo resultados a largo plazo, centrándose siempre en el paciente y en la mejora de la calidad de vida. Igualmente, una muy buena consideración para futuras investigaciones es cómo el “ejercicio verde”, que por definición puede incluir el ejercicio aeróbico combinado con la exposición a la luz solar en la naturaleza, puede afectar a los síntomas del TAE.

En combinación con el alto nivel de evidencia para el ejercicio, especialmente para el ejercicio aeróbico individualizado en la depresión en general, es seguro concluir que este tipo de ejercicio puede realmente ayudar a los pacientes con TAE. No hay que olvidar que nuestro cuerpo está hecho para moverse y que los efectos de la inactividad física provocan cambios negativos en las personas y, por tanto, en su psicología y su salud mental. Así, los pacientes podrán controlar todos los síntomas que aparecen durante los meses de invierno con el objetivo final de ser más productivos y estar de mejor humor durante el día.

DECLARACIÓN DE EQUIDAD, DIVERSIDAD E INCLUSIÓN

Los autores declaran responsablemente que han respetado los principios de equidad, diversidad e inclusión en su estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Referencias

1. Kyriakatis GM, Besios T, Lykou PM. The effect of therapeutic exercise on depressive symptoms in people with multiple sclerosis - A systematic review. *Mult Scler Relat Disord*. 2022 Dec; 68:104407. doi: 10.1016/j.msard.2022.104407.
2. World Health Organization. Depressive disorder (depression). [Online]. Available at the following link: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> [accessed: 17 December 2023]
3. Roecklein KA, Rohan KJ. Seasonal affective disorder: an overview and update. *Psychiatry (Edgmont)*. 2005 Jan;2(1):20-6.
4. Howland RH. An overview of seasonal affective disorder and its treatment options. *Phys Sportsmed*. 2009 Dec;37(4):104-15. doi: 10.3810/psm.2009.12.1748.
5. American Psychiatric Association. Seasonal Affective Disorder (SAD). [Online], Available at following link: <https://www.psychiatry.org/patients-families/seasonal-affective-disorder> [accessed: 17 December 2023].
6. International Classification of Diseases – 11. Seasonal pattern of mood episode onset. [Online], Available at following link: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f822487798> [accessed: 06 January 2024].
7. Galima SV, Vogel SR, Kowalski AW. Seasonal Affective Disorder: Common Questions and Answers. *Am Fam Physician*. 2020 Dec 1;102(11):668-672.
8. Putilov AA, Danilenko KV. Antidepressant effects of light therapy and “natural” treatments for winter depression. *Biological Rhythm Research*. 2005;36 (5), 423-437. doi: 10.1080/09291010500218506
9. Leppämäki S, Haukka J, Lönnqvist J, Partonen T. Drop-out and mood improvement: a randomised controlled trial with light exposure and physical exercise. *BMC Psychiatry*. 2004; 4:22. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-22>
10. Alvarado C, Castillo-Aguilar M, Villegas V, Estrada Goic C, Harris K, Barria P, Moraes MM, Mendes TT, Arantes RME, Valdés-Badilla P, Núñez-Espinosa C. Physical Activity, Seasonal Sensitivity and Psychological Well-Being of People of Different Age Groups Living in Extreme Environments. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 17;20(3):1719. doi: 10.3390/ijerph20031719.
11. Leppämäki S, Partonen T, Lönnqvist J. Bright-light exposure combined with physical exercise elevates mood. *J Affect Disord*. 2002 Nov;72(2):139-44. doi: 10.1016/s0165-0327(01)00417-7.
12. Partonen T, Leppämäki S, Hurme J, Lönnqvist J. Randomized trial of physical exercise alone or combined with bright light on mood and health-related quality of life. *Psychol Med*. 1998 Nov;28(6):1359-64. doi: 10.1017/s0033291798007491.
13. Pinchasov BB, Shurgaja AM, Grischin OV, Putilov AA. Mood and energy regulation in seasonal and non-seasonal depression before and after midday treatment with physical exercise or bright light. *Psychiatry Res*. 2000 Apr 24;94(1):29-42. doi: 10.1016/s0165-1781(00)00138-4.

14. Drew EM, Hanson BL, Huo K. Seasonal affective disorder and engagement in physical activities among adults in Alaska. *Int J Circumpolar Health*. 2021 Dec;80(1):1906058. doi: 10.1080/22423982.2021.1906058.
15. Peiser B. Seasonal affective disorder and exercise treatment: a review, *Biological Rhythm Research*, 2009;40:1, 85-97, doi: 10.1080/09291010802067171
16. Sigmon ST, Schartel JG, Boulard, NE, & Thorpe GL. Activity Level, Activity Enjoyment, and Weather as Mediators of Physical Health Risks in Seasonal and Nonseasonal Depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2010; 28(1), 42–56. doi:10.1007/s10942-010-0106-0



REPORTE DE CASOS



Vol. 1, No. 1 (Noviembre 2024)

PP: 59-82

ISSN: En proceso

TERAPIA DE RESILIENCIA AL DOLOR EN LÍNEA: UNA SERIE DE CASOS

**Joe Tatta^{1,2}✉, Rose M. Pignataro³, Janet R. Bezner⁴, Carey E.
Rothschild⁵**

1. Instituto de Ciencia del Dolor Integrativa, Nueva York, Nueva York, EE. UU.
2. Departamento de Fisioterapia, Universidad Arcadia, Glenside, Pensilvania, EE. UU.
3. Colegio Emory and Henry, Programa de Fisioterapia, Marion, Virginia, EE. UU.
4. Universidad Estatal de Texas, Departamento de Fisioterapia, Round Rock, Texas, EE. UU.
5. Universidad de Florida Central, Programa de Fisioterapia, Orlando, Florida, EE. UU.

✉ Autor de Correspondencia: Joe Tatta. Instituto de Ciencia del Dolor Integrativa. 300 West 23rd Street, Nueva York, NY 10011. 646-498-8986. joe@integrativepainscienceinstitute.com

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.

Aceptación: 04 de Junio de 2024



TERAPIA DE RESILIENCIA AL DOLOR EN LÍNEA: UNA SERIE DE CASOS

Joe Tatta^{1,2✉}, Rose M. Pignataro³, Janet R. Bezner⁴, Carey E. Rothschild⁵

1. Instituto de Ciencia del Dolor Integrativa, Nueva York, Nueva York, EE. UU.
2. Departamento de Fisioterapia, Universidad Arcadia, Glenside, Pensilvania, EE. UU.
3. Colegio Emory and Henry, Programa de Fisioterapia, Marion, Virginia, EE. UU.
4. Universidad Estatal de Texas, Departamento de Fisioterapia, Round Rock, Texas, EE. UU.
5. Universidad de Florida Central, Programa de Fisioterapia, Orlando, Florida, EE. UU.

Resumen: El dolor es un fenómeno multifacético; por lo tanto, se recomiendan enfoques innovadores y multivariados como un camino hacia su recuperación. La Terapia de Resiliencia al Dolor (PRT) por sus siglas en inglés se desarrolló como un enfoque novedoso y centrado en la resiliencia para el manejo del dolor, utilizando conocimientos y habilidades de fisioterapeutas de nivel intermedio a avanzado.

Métodos: Tres personas con dolor crónico recibieron sesiones en línea utilizando PRT. El objetivo principal de PRT fue facilitar el desarrollo de la resiliencia al dolor. Abordar la vulnerabilidad fue un objetivo secundario. Los resultados del tratamiento se evaluaron mediante medidas de autoinforme validadas para la intensidad del dolor, la resiliencia, la vulnerabilidad, la interferencia, las expectativas de resultados del paciente, las expectativas y las perspectivas. Resultados Todos los pacientes demostraron una reducción significativa en la intensidad del dolor y un aumento en la resiliencia al dolor (positividad cognitivo-afectiva o perseverancia conductual) medidos por la Escala de Resiliencia al Dolor (PRS), el Cuestionario de Autoeficacia del Dolor (PSEQ), el Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico (CPAQ) y la Autoeficacia para la Rehabilitación (SER). La interferencia del dolor mejoró (PROMIS®) con mejoras asociadas en la actividad, el sueño, el estado de ánimo y el estrés medidos por la Escala de Calificación del Dolor de Defensa y Veteranos (DVPRS 2.0).

Ciertas medidas relacionadas con la vulnerabilidad (estado de ánimo negativo, evitación del miedo, catastrofismo del dolor, kinesiofobia, depresión y ansiedad) también mejoraron. La intervención de PRT se llevó a cabo de manera segura y los pacientes informaron que su salud había mejorado mucho, medido por la encuesta de Impresión Global del Cambio del Paciente (PGIC). Conclusión El enfoque centrado en la resiliencia de PRT redujo el dolor e incrementó la resiliencia al dolor mientras mejoraba el bienestar físico y psicológico. Aunque se necesita más investigación para esclarecer los mecanismos de cambio, ayudar a los pacientes a acceder a recursos que faciliten la resiliencia parece ser un camino válido hacia la recuperación del dolor. Esta serie de casos representa un paso hacia la integración de la comprensión de la resiliencia dentro del contexto más amplio del dolor y la discapacidad.

Palabras clave: dolor crónico, resiliencia, PRISM, dolor musculoesquelético, salutogénesis

Cuadro de Resumen

- Este es el primer estudio que informa sobre la efectividad de la Terapia de Resiliencia al Dolor. Los resultados iniciales indican que este tipo de terapia puede disminuir significativamente la intensidad del dolor, mejorar los factores físicos y psicológicos asociados con el dolor crónico y mejorar la salud auto percibida de los pacientes.
- La importancia de este estudio radica en su potencial para informar la práctica de los fisioterapeutas al ofrecer una intervención de telemedicina alternativa para el dolor crónico que podría ser accesible para aquellos que no pueden asistir presencialmente a la terapia. También enfatiza el papel de la resiliencia en el manejo del dolor y podría cambiar el enfoque de la vulnerabilidad al dolor hacia la construcción de resiliencia, lo que podría conducir a mejores resultados a largo plazo para los pacientes con dolor crónico.

Introducción

El dolor es una experiencia emergente que surge del procesamiento sensorial, motor y cognitivo-emocional en el cerebro. A través del aprendizaje y la memoria, el dolor se codifica y puede persistir.¹ Las alteraciones sensoriales² (hiperalgesia, alodinia) causan un sesgo atencional que resulta en angustia cognitivo-emocional (catastrofización del dolor, kinesiofobia).³ El rendimiento motor deficiente (fatiga, control reducido, deterioro físico) también contribuye a la discapacidad.⁴ El aumento de la vigilancia hacia las sensaciones corporales y la variabilidad del esquema corporal conducen a la desconexión, el desapego o la disociación.⁵ Como parte de esta experiencia multifacética, el sentido de coherencia de una persona (percibir el dolor como comprensible, manejable y significativo)⁶ y la autoeficacia pueden disminuir.⁷ Los comportamientos de evitación son la manifestación del dolor.⁸ Aprender sobre el dolor y adaptarse a él es un proceso complejo y dinámico que incorpora estados cognitivos, afectivos y fisiológicos.⁹

Décadas de investigación se han dedicado a los factores que generan vulnerabilidad al dolor crónico, pero pocos estudios han explorado las características que facilitan una adaptación mejorada.^{10,11} Nuevas evidencias sugieren un papel destacado de la resiliencia en la adaptación al dolor y en el logro de una función exitosa (en términos humanos, bienestar).^{12,13} La resiliencia surgió primero como un constructo de la psicología positiva, cambiando el énfasis de los factores psicológicos negativos hacia objetivos positivos, factores promotores y protectores y capacidades adaptativas.¹⁴ Recientemente, el Modelo de Recuperación del Dolor y Sistemas Integrativos (PRISM) introdujo un constructo más amplio, multiproceso y multisistema de resiliencia específica del dolor en la fisioterapia.¹⁵ Este nuevo modelo se centra en aprender comportamientos saludables que promuevan niveles relativamente estables de funcionamiento físico, fisiológico y psicosocial.¹⁵ Estos procesos positivos, basados en activos, dependen del cambio de comportamiento individualizado y son dependientes del contexto personal (Figura 1). Los factores contextuales personales pueden incluir creencias, aprendizaje de seguridad, empoderamiento, movimiento terapéutico y flexibilidad psicológica.¹⁵ Los comportamientos promotores de la salud (actividad física, sueño, nutrición, evitación de sustancias de riesgo) también construyen resiliencia y plasticidad adaptativa.^{15,16} La resiliencia puede actuar como un factor protector frente a la sintomatología del dolor, la discapacidad y el estrés psicosocial para promover resultados beneficiosos y/o amortiguar la vulnerabilidad hacia resultados negativos.¹⁷ Evaluar y abordar la brecha de resiliencia puede fortalecer los resultados en

personas que enfrentan la adversidad del dolor crónico.¹⁸ Si bien muchos fisioterapeutas están familiarizados con la resiliencia como un factor en el manejo del dolor, no pudimos identificar investigaciones previas sobre un enfoque específico, multisistema para mejorar la resiliencia y la recuperación del dolor crónico. Asimismo, no pudimos localizar investigaciones que detallaran los cambios en la resiliencia específica del dolor como un resultado de proceso a lo largo de un episodio de cuidado fisioterapéutico.

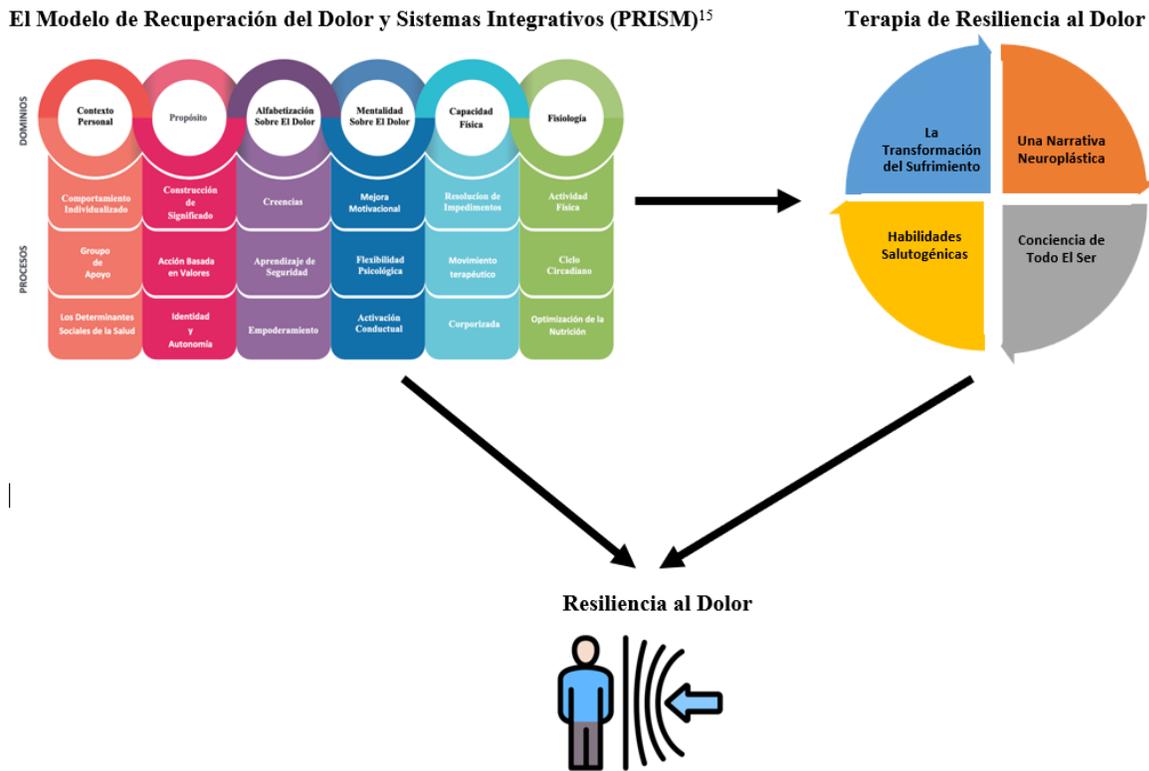
El propósito de esta serie de casos es describir el desarrollo inicial de una nueva intervención llamada Terapia de Resiliencia del Dolor (PRT) y demostrar sus efectos en tres individuos que experimentan dolor crónico. Los aspectos innovadores de PRT incluyen un enfoque centrado en la resiliencia para reducir el dolor, mejorar la interferencia del mismo y mejorar la calidad de vida. Hipotetizamos que PRT sería bien tolerada, facilitaría la recuperación del dolor, mejoraría la resiliencia física y psicológica y mejoraría significativamente la salud auto percibida de los pacientes.

Presentación de casos

Caso 1

Un hombre de 44 años (blanco, educado universitariamente, casado, empleado, sin uso actual de opioides) con una historia de 8 años de dolor lumbar crónico (CLBP) fue referido por su fisioterapeuta debido a un estancamiento notable en el progreso y dificultad para lidiar con el dolor. Anteriormente recibió 8 años de fisioterapia intermitente centrada en ejercicios de estabilización lumbar, movilidad espinal y terapia manual. También recibió 8 meses de psicoterapia psicodinámica y 8 semanas de Terapia de Reprocesamiento del Dolor¹⁹ sin alivio. Su dolor se localizaba en la base de la columna y encima de la espina ilíaca posterior superior derecha. El paciente no reportó dolor en las piernas, entumecimiento o parestesias. Su queja principal era el dolor exacerbado por el estrés laboral, sentarse por períodos prolongados y la pérdida de actividades recreativas como correr y esquiar. Estaba motivado para volver a correr y creía que un enfoque cuerpo-mente sería beneficioso.

Figura 1: Proceso de Toma Decisiones Clínicas



Caso 2

Una mujer de 66 años (blanca, educada universitariamente, casada, empleada ligeramente, sin uso actual de opioides) presentó una historia de 8 meses de dolor en el lado izquierdo del cuello y dolor bilateral en los hombros. Reportó un incidente adverso durante una sesión de masaje terapéutico donde el practicante repentinamente y con fuerza distrajo y tiró de ambas extremidades superiores a 180 grados de flexión sin su consentimiento o advertencia. Este incidente fue descrito como traumático y reminiscentes de una lesión por aceleración-deceleración. Aproximadamente 24 horas después del incidente, la paciente reportó sentirse "entumecida por todo el cuerpo" y luego desarrolló progresivamente dolor. Reportó parestesia difusa en ambas extremidades superiores que no seguían un patrón dermatomal. Durante 8 meses, la paciente consultó y/o recibió tratamiento de un neurólogo, tres quiroprácticos, dos fisioterapeutas, tres ortopedistas, un fisiatra y un acupunturista. Se sometió a tres estudios de imágenes que indicaron cervicalgia y tendinosis leve del manguito rotador, pero sin desgarro del manguito rotador. La paciente estaba motivada para reanudar actividades como volver al gimnasio y a las clases de Pilates; sin embargo, estaba muy

preocupada por los movimientos que exacerbarían el dolor y describió confusión sobre la causa y la imprevisibilidad de sus síntomas. La paciente reportó que estos síntomas resultaron en una interrupción significativa de su vida diaria.

Caso 3

Una mujer de 74 años (blanca, educada universitariamente, soltera, jubilada, sin uso actual de opioides) presentó una historia de trauma infantil, tiroiditis de Hashimoto y CLBP previo con un nuevo episodio que comenzó 6 meses antes. Su médico de atención primaria le recetó un gabapentinoide (300mg/4x/día) para manejar su dolor. Tres meses después del régimen de medicación, la paciente comenzó a experimentar efectos secundarios relacionados con el fármaco que incluían dolor de rebote entre dosis, picazón dermatomal intensa en el tronco y brazos, ansiedad y dificultad para dormir. Su médico de atención primaria proporcionó educación sobre la reducción gradual del gabapentinoide y recomendó fisioterapia para el manejo del dolor. La paciente reportó dolor localizado en la base de la columna lumbar y en varios puntos a lo largo de la columna torácica. No reportó dolor en las piernas, entumecimiento o parestesias. La paciente creía que el tratamiento conservador apoyaría la reducción de la medicación y ayudaría a manejar su dolor. Sin embargo, estaba insegura y temerosa sobre la reducción de la medicación debido a sus posibles efectos analgésicos. La paciente tenía dificultad para completar su rutina diaria.

Evaluación Diagnóstica

Para cada uno de los tres pacientes presentados en esta serie de casos, el fisioterapeuta tratante empleó un proceso de evaluación diagnóstica basado en el modelo biopsicosocial del dolor. El examen físico siguió las directrices consensuadas de múltiples especialidades y las mejores prácticas en telemedicina para el dolor ortopédico y neurológico.²⁰ Esto incluyó observación visual, auto palpación guiada verbalmente, rango de movimiento (ROM) activo lumbar y de cadera, pruebas de fuerza funcional, evaluación de la marcha y pruebas clínicas especiales. Los hallazgos del examen físico para cada paciente se proporcionan en la Tabla 1. El fisioterapeuta tratante utilizó la herramienta de Evaluación Óptima para la Predicción de la Derivación y Resultado-Bandera Amarilla (OSPRO-YF) de 10 ítems²¹ para evaluar los factores psicosociales relacionados con el dolor que se muestran en la Tabla 1. El OSPRO-YF es una medida psicológica multidimensional válida y confiable para individuos con dolor crónico.²¹ El funcionamiento y la

discapacidad reflejan una interacción compleja entre las condiciones de salud individuales, así como los factores ambientales y personales contextuales. Por lo tanto, el fisioterapeuta tratante utilizó las nuevas clasificaciones de dolor crónico de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP)²² y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF-11)²³ para formular un diagnóstico. Esto refleja la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª Revisión (CIE-11), que considera el dolor crónico como un fenómeno biopsicosocial e incluye el diagnóstico de dolor primario crónico y seis tipos de dolor secundario crónico.²³ Los estudios empíricos han demostrado la integridad de estas categorías diagnósticas, la confiabilidad, la utilidad clínica, la aplicabilidad internacional y la superioridad sobre la edición anterior (CIE-10).²³ Para la confiabilidad y el diagnóstico, se dispone de un algoritmo de clasificación y una herramienta de codificación para la CIE-11 para el uso del clínico.²³

Resultados

Cada paciente completó cinco medidas estandarizadas de resultados para evaluar los factores psicosociales y el estado del paciente antes del tratamiento y a los 90 días después del tratamiento (Tabla 2).

La Escala de Resiliencia al Dolor (PRS) se utilizó para medir la resiliencia al dolor.²⁴ La PRS se desarrolló como una medida específica del dolor de la resiliencia, y su validez dentro de la población con dolor crónico es superior a las escalas de resiliencia general. Tiene una alta consistencia interna (α de Cronbach = .94) y una alta fiabilidad test-retest ($r = .79$). La PRS proporciona una puntuación total, junto con dos subescalas distintas para la positividad cognitiva/afectiva y la perseverancia conductual.²⁴ Puntuaciones más altas indican mayor resiliencia al dolor.

La herramienta de 10 ítems OSPRO-YF se utilizó para medir la resiliencia al dolor y la vulnerabilidad al dolor.²¹ El OSPRO-YF es una medida psicológica multidimensional válida y confiable para individuos con dolor crónico y estima con precisión las puntuaciones de 10 cuestionarios psicológicos completos (FABQ, TSK-11, PCS, STAI, STAXI, PHQ-9, PASS-20, PSEQ, SER, CPAQ) que se encuentran en la Tabla 2.²¹ Incluye un dominio relacionado con la resiliencia (afecto/coping positivo) y dos dominios relacionados con la vulnerabilidad (estado de ánimo negativo y evitación por miedo). El α de Cronbach para los dos dominios varía de 0.88 a 0.94. La presencia de una bandera amarilla positiva indica angustia psicológica relacionada con el dolor. La ausencia de una bandera amarilla después del tratamiento indica una mejora estadísticamente significativa en la angustia psicológica relacionada con el dolor.²¹

Table 1: Resultados de la Evaluación

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF-11)	<ul style="list-style-type: none"> • MG30.02 Dolor lumbar crónico primario • XS7G Factores psicosociales presentes • XS2E Intensidad del dolor severa • XS7N Estrés severo • XT5T Continuo con exacerbaciones adicionales 	<ul style="list-style-type: none"> • NA6Z Lesión en el cuello/trauma en el cuello • XS7G Factores psicosociales presentes • XS2E Intensidad del dolor severa • XS7C Estrés moderado XT5T Continuo con exacerbaciones adicionales 	<ul style="list-style-type: none"> • MG30.02 Dolor musculoesquelético crónico primario • PL13.2 Lesión o daño relacionado con medicamentos en el contexto de administración o dosificación correcta • XS7G Factores psicosociales presentes • XS2E Intensidad del dolor severa • XS7C Estrés moderado XT5T Continuo con exacerbaciones adicionales
Hallazgos Clave del Examen	<ul style="list-style-type: none"> • La postura no reveló escoliosis, cifosis anormal, ni lordosis. • El rango de movimiento lumbar (ROM) se evaluó mientras el paciente estaba de pie. Se le indicó al paciente que se moviera al rango final de flexión, extensión, flexión lateral y rotación. Aunque el ROM lumbar estaba dentro de los límites normales, se observó dolor en los rangos finales de flexión hacia adelante y rotación hacia la izquierda. • La fuerza muscular de las extremidades inferiores estaba dentro de los límites normales según se evaluó mediante los siguientes patrones de movimiento funcional: una sentadilla de doble pierna y levantamiento para probar la fuerza del cuádriceps L3 y L4 y de las extremidades inferiores, caminar de talón a punta para la debilidad relacionada con la radiculopatía L5 y S1, y levantamientos repetitivos de los dedos del pie para la debilidad relacionada con S1. • La prueba de Faber fue negativa para disfunción de la articulación sacroilíaca. • La prueba de elevación de pierna recta sentada y la prueba de slump fueron negativas para tensión neural/herniación discal de L4 a L5 o L5 a S1. • La prueba de stork en decúbito prono fue negativa para dolor en la faceta posterior. • El patrón de marcha era normal, el paciente fue capaz de caminar de talón, caminar de puntas y caminar en tándem. 	<ul style="list-style-type: none"> • La postura no reveló lordosis cervical, postura de cabeza adelantada, ni inclinación anormal de la cabeza. • La evaluación del rango de movimiento (ROM) cervical incluyó flexión, extensión, flexión lateral y rotación. La flexión lateral izquierda y la rotación derecha eran dolorosas y estaban limitadas en 10 grados. • El rango de movimiento de flexión y abducción de los hombros bilateral estaba dentro de los límites normales, pero se notó dolor en un patrón difuso en todo el cuadrante superior al final del rango. • La maniobra de Spurling fue negativa para radiculopatía cervical. • La prueba de estrés de Roos fue negativa para el síndrome de salida torácica. • La prueba del “empty can” fue negativa para el pinzamiento del hombro. 	<ul style="list-style-type: none"> • La postura no reveló escoliosis, cifosis anormal, ni lordosis. • El rango de movimiento lumbar (ROM) se evaluó mientras el paciente estaba de pie. Se le indicó al paciente que se moviera al rango final de flexión, extensión, flexión lateral y rotación. El ROM lumbar estaba limitado en todas las direcciones en unos 20 grados debido a informes de dolor y/o tensión. • La fuerza muscular de las extremidades inferiores estaba dentro de los límites normales según se evaluó mediante los siguientes patrones de movimiento funcional: una sentadilla de doble pierna y levantamiento para probar la fuerza del cuádriceps L3 y L4 y de las extremidades inferiores, caminar de talón a punta para la debilidad relacionada con la radiculopatía L5 y S1, y levantamientos repetitivos de los dedos del pie para la debilidad relacionada con S1. • La prueba de Faber fue negativa para disfunción de la articulación sacroilíaca. • La prueba de elevación de pierna recta sentada y la prueba de slump fueron negativas para tensión neural/herniación discal de L4 a L5 o L5 a S1. • La prueba de stork en decúbito prono fue negativa para dolor en la faceta posterior. • El patrón de marcha era normal, el paciente fue capaz de caminar de talón, caminar de puntas y caminar en tándem.

Tabla 2: Medidas de Resultados

	Caso 1		Caso 2		Caso 3	
	Pretratamiento	90 días post-tratamiento	Pretratamiento	90 días post-tratamiento	Pretratamiento	90 días post-tratamiento
OSPRO- YF Bandera Amarilla + Bandera Amarilla - Bandera Amarilla	Resiliencia +PSEQ 22.591 +SER 89.952 +CPAQ 37.943 Vulnerabilidad +FABQ-W 23.293 +FABQ-PA 21.01 +TSK-11 28.293 +PCS 30.742 +STAI 50.682 +STAXI 21.119 +PHQ-9 10.123 +PASS-20 51.118	Resiliencia -PSEQ 45.242 -SER 111.986 -CPAQ 75.547 Vulnerabilidad -FABQ-W 7.111 -FABQ- PA 14.031 -TSK 19.246 -PCS 16.086 +STAI 36.382 +STAXI 18.92 -PHQ-9 3.43 -PASS-20 23.675	Resiliencia +PSEQ 30.822 +CPAQ 48.889 Vulnerabilidad +FABQ-W 27.876 +FABQ- PA 21.107 +TSK-11 31.545 +STAXI 14.323 +PCS 29.968 +PASS-20 52.635	Resiliencia -PSEQ 42.906 -CPAQ 71.406 Vulnerabilidad -FABQ-W 6.159 -FABQ- PA 13.919 -TSK-11 18.691 -STAXI 34.422 -PCS 9.743 -PASS-20 17.37	Resiliencia +PSEQ 38.627 +CPAQ 61.05 Vulnerabilidad +FABQ-W 22.758 +TSK-11 29.037 +PCS 29.791 +PASS-20 47.354	Resiliencia -PSEQ 38.627 -CPAQ 61.05 Vulnerabilidad +FABQ-W 26.82 +TSK-11 28.2 +PCS 21.261 +PASS-20 38.023
Escala de Resiliencia al Dolor (PRS)	Conductual Perseverancia = 15 Cognitivo/Afectivo Positividad = 9 Total = 24	Conductual Perseverancia = 15 Cognitivo/Afectivo Positividad = 21 Total = 36	Conductual Perseverancia = 15 Cognitivo/Afectivo Positividad = 13 Total = 28	Conductual Perseverancia = 18 Cognitivo/Afectivo Positividad = 28 Total = 46	Conductual Perseverancia = 16 Cognitivo/Afectivo Positividad = 16 Total = 32	Conductual Perseverancia = 16 Cognitivo/Afectivo Positividad = 22 Total = 38
Intensidad del Dolor	5/10: Interrumpe algunas actividades	1/10: Apenas nota el dolor	7/10: El enfoque de la atención impide realizar actividades diarias	2/10: Nota el dolor, no interfiere con la actividad	5/10: Interrumpe algunas actividades	2/10: Nota el dolor, no interfiere con la actividad
Escala de Calificación del Dolor para Defensa y Veteranos (DVPRS 2.0)	Actividad 8/10 Sueño 7/10 Estado de ánimo 9/10 Estrés 9/10	Actividad 0/10 Sueño 0/10 Estado de ánimo 0/10 Estrés 1/10	Actividad 8/10 Sueño 8/10 Estado de ánimo 9/10 Estrés 9/10	Actividad 2/10 Sueño 2/10 Estado de ánimo 0/10 Estrés 0/10	Actividad 7/10 Sueño 5/10 Estado de ánimo 6/10 Estrés 6/10	Actividad 2/10 Sueño 3/10 Estado de ánimo 3/10 Estrés 3/10
Formulario Corto de 6 ítems de Interferencia del Dolor del Sistema de Información de Medición de Resultados Informados por el Paciente (PROMIS)®	Puntuación Bruta 26 Puntuación T 69.6	Puntuación Bruta 6 Puntuación T 41	Puntuación Bruta 28 Puntuación T 72.4	Puntuación Bruta 7 Puntuación T 48	Puntuación Bruta 13 Puntuación T 57.1	Puntuación Bruta 10 Puntuación T 53.8
Impresión Global de Cambio del Paciente (PGIC)		7- Muchísimo Mejor		7- Muchísimo mejor		6- Mucho mejor

Abreviaciones: OSPRO-YF, Evaluación Óptima para la Predicción de Resultados de Referencia-Bandera Amarilla, DVPRS, Escala de Calificación del Dolor de Defensa y Veteranos, PROMIS®, Sistema de Información de Medición de Resultados Informados por el Paciente; Medidas de Vulnerabilidad: FABQ-W, Subescala de Creencias de Evitación del Miedo - Trabajo, FABQ-PA, Subescala de Creencias de Evitación del Miedo - Actividad Física, TSK-11, Escala de Tampa de Kinesiofobia, PCS, Escala de Catastrofización del Dolor, STAI, Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAXI, Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo, Cuestionario de Salud del Paciente-9, PHQ-9, PASS-20, Escala de Síntomas de Ansiedad por Dolor. **Medidas de Resiliencia:** PSEQ, Cuestionario de Autoeficacia del Dolor, SER, Autoeficacia para la Rehabilitación, CPAQ, Cuestionario de Aceptación del Dolor Crónico.

La Escala de Calificación del Dolor para Defensa y Veteranos (DVPRS 2.0) se utilizó para medir la intensidad del dolor y la interferencia del dolor con la actividad, el sueño, el estado de ánimo y el estrés.²⁵ La DVPRS es un instrumento confiable (α de Cronbach = 0.871) y válido que proporciona un lenguaje y métricas estandarizadas para comunicar el dolor y los resultados relacionados.²⁵ Las puntuaciones más bajas indican menor intensidad del dolor y menor interferencia del dolor.

El Formulario Corto de 6 ítems de Interferencia del Dolor del Sistema de Información de Medición de Resultados Informados por el Paciente (PROMIS)® también se utilizó para medir la interferencia del

dolor.²⁶ El PROMIS® es una medida de autopercepción confiable (α de Cronbach = 0.88 a 0.97) de las consecuencias del dolor en aspectos relevantes de la vida de una persona y cómo el dolor obstaculiza el compromiso social, cognitivo, emocional, físico y recreativo. La diferencia mínima importante (MID) es de 3.0 puntos de puntuación T para muestras de dolor.²⁶ Las puntuaciones más bajas indican menor interferencia del dolor.

La Impresión Global de Cambio del Paciente (PGIC) es una medida válida²⁷ respecto a la perspectiva del paciente sobre la eficacia del tratamiento. Los pacientes califican su cambio en una escala de 7 puntos de: "7- muchísimo mejor", "6- mucho mejor", "5- mínimamente mejor", "4- sin cambios", "3- mínimamente peor", "2- mucho peor", o "1- muy peor". Las puntuaciones más altas están asociadas con mayores mejoras en el dolor.

Intervención Terapéutica

En los tres casos, un fisioterapeuta que desarrolló PRT proporcionó el tratamiento para el dolor crónico. PRT es un enfoque de cambio de comportamiento en salud desarrollado a partir del recientemente publicado PRISM para la práctica de fisioterapia.¹⁵ El fisioterapeuta y el paciente colaboraron para crear cada plan de tratamiento individualizado utilizando métodos basados en evidencia para la toma de decisiones compartida. El marco PRISM (Figura 1) sirvió como una herramienta de decisión del paciente para mejorar el conocimiento compartido sobre las opciones de tratamiento y la adherencia.²⁸ Los procesos PRISM están respaldados por evidencia de nivel I o II.¹⁵ En segundo lugar, el fisioterapeuta consideró los datos objetivos del OSPRO-YF (Tabla 2), que es una guía validada para la práctica psicológicamente informada.²¹ Se encuentra una descripción de cada intervención terapéutica en la Tabla 3. El objetivo principal del tratamiento fue facilitar la resiliencia al dolor. Un objetivo secundario fue abordar la vulnerabilidad al dolor. Cabe señalar que muchos de los procesos involucrados en PRT superan la educación básica del fisioterapeuta y representan habilidades clínicas de nivel intermedio a avanzado. El enfoque de PRT hacia la resiliencia se puede resumir en cuatro formas:

1. La Transformación del Sufrimiento:²⁹ La experiencia emocional central del dolor crónico es de ansiedad,²¹ miedo sin solución,³⁰ culpa,³¹ y vergüenza.³² Estos estados causan desregulación emocional y persistencia del dolor. Por lo tanto, la iniciación de PRT se basa en factores individuales

y procesos relacionales para apoyar la sintonía empática que, valida, tranquiliza y proporciona una experiencia correctiva del dolor que abre a la persona a nuevas posibilidades.

2. Una Narrativa Neuroplástica: La educación sobre el dolor y la comprensión de cómo funciona el cerebro ayuda al paciente a desarrollar una comprensión no patologizante de que el cuerpo no está dañado. De esta manera, los pacientes pueden desarrollar ideas sobre cómo el cerebro produce dolor, cómo las redes neuronales pueden adaptarse y cómo el cerebro puede cambiar la forma en que percibe y responde al dolor, reduciendo su intensidad e impacto en la vida diaria. Clínicamente, una causa pato anatómica del dolor se reconstruye para una nueva narrativa neuroplástica.³³
3. Conciencia de Todo el Ser: En conjunto con una narrativa neuroplástica, los pacientes pueden desarrollar la conciencia de la integración de los aspectos sensoriales, motores y emocionales que influyen en el dolor y la comprensión de que el manejo del dolor va más allá del cerebro. Se utilizan ejercicios experienciales encarnados para abordar las interacciones entre el cerebro, la mente, el cuerpo y el comportamiento.³⁴
4. Habilidades Salutogénicas: Desarrollar habilidades para una mejor salud y el papel de los comportamientos promotores de la salud, incluyendo la actividad física, la higiene del sueño y la nutrición, mejoran los sistemas fisiológicos que impulsan la plasticidad y apoyan el bienestar.³⁵

PRT ayuda al paciente a comprender cómo funciona el cerebro, cómo usarlo para modular el dolor y construir resiliencia. Mejorar la alfabetización sobre el dolor y la capacidad para usarla eficazmente promueve la motivación de los pacientes para el cambio de comportamiento.³⁶ Los procesos y técnicas de cambio de comportamiento apoyan la autogestión del dolor. Para lograr estos objetivos, se utilizó Zoom para Healthcare con cumplimiento de HIPAA para proporcionar una sesión en línea de 60 minutos una vez por semana.³⁷ El Caso #1 recibió 8 semanas de atención, el Caso #2 recibió 10 semanas de atención y el Caso #3 recibió 12 semanas de atención (Tabla 3).

Resultados

Esta serie de casos describe el efecto de PRT, un enfoque novedoso centrado en la resiliencia utilizado en el tratamiento de 3 personas con dolor crónico (Tabla 2). El puntaje de dolor del Caso 1 disminuyó 4 puntos de 5/10 a 1/10 al final de las 8 sesiones. El paciente experimentó una mejora significativa en todos los factores de resiliencia específicos del dolor, como lo demuestra el aumento de la positividad cognitivo-

afectiva (PRS), la autoeficacia del dolor, la aceptación del dolor y la autoeficacia en la rehabilitación (OSPRO-YF). Los factores de vulnerabilidad de evitación por miedo, kinesiofobia, catastrofización del dolor, ansiedad relacionada con el dolor y depresión también mejoraron significativamente (OSPRO-YF). Los síntomas depresivos del paciente, indicados por el PHQ-9, disminuyeron de moderados (10.12) a ninguno-mínimo (3.43) al final del tratamiento. Los factores de vulnerabilidad de ansiedad estado-rasgo e ira estado-rasgo mejoraron, pero no alcanzaron significación. Los cambios positivos se reflejaron en la interferencia del dolor (DVRPS). El dolor ya no interfería con la actividad, el sueño o el estado de ánimo (0/10), y apenas se notaba con el estrés (1/10). El cambio en la interferencia del dolor superó la diferencia mínima importante (MID) de 3.0 puntos de puntuación T para muestras de dolor (PROMIS)®.²⁶ El paciente ya no tenía dolor con el ROM lumbar. Pudo sentarse por períodos prolongados y volvió a la actividad recreativa de correr dos veces por semana durante 2 millas. Al final de la atención, estaba esquiando pendientes intermedias con su familia los fines de semana. El paciente auto reportó su condición como muy mejorada según lo medido por el PGIC.

Tabla 3: Descripción de la Terapia de Resiliencia al Dolor

Caso 1		
Sesión	Proceso	Descripción de la Intervención
1	<ul style="list-style-type: none"> Factores individuales Procesos relacionales 	Una Experiencia de Dolor Correctiva: La iniciación del cuidado se basa en factores individuales y procesos relacionales para apoyar la sintonización empática que, valida, tranquiliza y proporciona una experiencia de dolor correctiva que abre a la persona a nuevas posibilidades. El terapeuta invita al paciente a contar su historia de dolor, de búsqueda de una solución y de posiblemente ser malentendido y/o mal gestionado por el sistema médico-legal. El terapeuta demuestra explícitamente una profunda comprensión y empatía hacia las experiencias de dolor y el sufrimiento emocional asociado de la persona. Permitir que la experiencia de la persona sea escuchada y vista es fundamental para la seguridad y la confianza. Afirmar el dolor de la persona y las experiencias emocionales como reales y significativas ayuda a contrarrestar los sentimientos de vergüenza o incredulidad que pueden haber encontrado en su camino de curación. Esta experiencia es importante para avanzar a través de estados emocionales vulnerables (sufrimiento) que mantienen el dolor (miedo, vergüenza, culpa, frustración, tristeza, etc.) y como precursor para discutir el tema sensible del cerebro como la causa del dolor.
2	<ul style="list-style-type: none"> Creencias 	El Cerebro y el Dolor: la causa del dolor crónico se reconceptualiza del daño corporal a una falsa alarma generada por el cerebro central. Se proporciona educación sobre el dolor en el papel del cerebro en la generación y el mantenimiento del dolor. Se explicó el dolor para que el paciente entienda que el dolor es generado por el cerebro y que el dolor puede ser desencadenado por daño físico/lesión, lesión anticipada o por emociones difíciles/angustia. Se enfatizó que todo dolor es real y no se debe a la imaginación del paciente, y que no se debe asociar culpa o estigma con tener dolor crónico centralizado. Las vías neuronales en el cerebro generan todo el dolor, y el dolor centralizado es impulsado por un ciclo de dolor que lleva a un enfoque en el dolor, lo que lleva a un aumento del dolor. Comprender el dolor reduce los comportamientos de evitación por miedo para que las personas puedan moverse de nuevo.
3	<ul style="list-style-type: none"> Resolución de impedimentos 	Se prescribieron Ejercicios Terapéuticos para normalizar los déficits de rango de movimiento espinal. Esto incluye movimiento prescrito para corregir impedimentos, restaurar la función muscular y esquelética y/o mantener un estado de bienestar.

4	<ul style="list-style-type: none"> Movimiento terapéutico 	Terapia de Ejercicio Gradual: se desarrolló un programa para mejorar la función física y aumentar los niveles de actividad física para que la persona pudiera volver a correr 2 millas dos veces por semana.
5	<ul style="list-style-type: none"> Flexibilidad psicológica Actividad física 	Notando Pensamientos con Movimiento: esta es una técnica y habilidad fundamental de flexibilidad psicológica. Esta habilidad y perspectiva ayudan a las personas a ganar cierta distancia de los pensamientos y el impacto que están teniendo en el dolor y la función. El ejercicio ayuda a las personas a tomar distancia de los pensamientos para que puedan relacionarse de manera diferente con los pensamientos sobre el dolor. (por ejemplo, Estoy notando que estoy teniendo el pensamiento de que...) Puede incluirse y combinarse con educación sobre cómo aplicar esta habilidad a niveles crecientes de movimiento potencialmente amenazante donde pueden surgir naturalmente pensamientos o emociones negativas.
6	<ul style="list-style-type: none"> Aprendizaje de seguridad 	Ventana de Tolerancia: el aprendizaje de seguridad es importante para las personas que viven con dolor crónico, estrés tóxico o tienen una historia de trauma. El dolor y el estrés continuos pueden reducir la ventana de tolerancia (la zona en la que una persona puede funcionar de manera más efectiva) haciendo que sea difícil para las personas permanecer en un estado de excitación óptima. Pueden deslizarse más fácilmente en estados de hiperexcitación o hipoexcitación en respuesta a estresores o dolor. La educación aquí ayuda a construir resiliencia aprendiendo a identificar y cultivar un sentido de seguridad, donde los individuos pueden manejar mejor sus reacciones a posibles desencadenantes, permaneciendo dentro de su ventana de tolerancia.
7	<ul style="list-style-type: none"> Corporización 	Conciencia Interoceptiva: los ejercicios de corporización ayudan a las personas a identificar conscientemente una variedad de sensaciones corporales. Esto se logra a través de ejercicios de interocepción que promueven la conciencia corporal. Esta técnica aumenta la conciencia de la frecuencia cardíaca y la respiración, la temperatura corporal, la tensión/dureza muscular, el dolor, las emociones que se mueven a través del cuerpo y los 5 sentidos. La conciencia corporal abarca la sensibilidad a las señales corporales y la capacidad de reconocer señales corporales sutiles y el sentido del yo corporal.
8	<ul style="list-style-type: none"> Corporización 	Cambio de Estados: los ejercicios de corporización ayudan a las personas a controlar conscientemente la transición de estados mediados por el sistema simpático al parasimpático. Esto se logra mediante diversas técnicas de relajación y respiración y la exposición a sensaciones corporales agradables, desagradables y neutras. Estas técnicas pueden estimular el sistema nervioso parasimpático y, por lo tanto, prevenir que los mecanismos de estrés desarrollen efectos perjudiciales en la salud física y mental.
Caso 2		
Sesión	Proceso	Descripción de la Intervención
1	<ul style="list-style-type: none"> Factores individuales Procesos relacionales 	Una Experiencia de Dolor Correctiva: La iniciación del cuidado se basa en factores individuales y procesos relacionales para apoyar la sintonización empática que valida, tranquiliza y proporciona una experiencia de dolor correctiva que abre a la persona a nuevas posibilidades. El terapeuta invita al paciente a contar su historia de dolor, de búsqueda de una solución y de posiblemente ser malentendido y/o mal gestionado por el sistema médico-legal. El terapeuta demuestra explícitamente una profunda comprensión y empatía hacia las experiencias de dolor y el sufrimiento emocional asociado de la persona. Permitir que la experiencia de la persona sea escuchada y vista es fundamental para la seguridad y la confianza. Afirmar el dolor de la persona y las experiencias emocionales como reales y significativas ayuda a contrarrestar los sentimientos de vergüenza o incredulidad que pueden haber encontrado en su camino de curación. Esta experiencia es importante para avanzar a través de estados emocionales vulnerables (sufrimiento) que mantienen el dolor (miedo, vergüenza, culpa, frustración, tristeza, etc.) y como precursor para discutir el tema sensible del cerebro como la causa del dolor.
2	<ul style="list-style-type: none"> Creencias 	El Cerebro y el Dolor: la causa del dolor crónico se reconceptualiza del daño corporal a una falsa alarma generada por el cerebro central. Se proporciona educación sobre el dolor en el papel del cerebro en la generación y el mantenimiento del dolor. Se explicó el dolor para que el paciente entienda que el dolor es generado por el cerebro y que el dolor puede ser desencadenado por daño físico/lesión, lesión anticipada o por emociones difíciles/angustia. Se enfatizó que todo dolor es real y no se debe a la imaginación del paciente, y que no se debe asociar culpa o estigma con tener dolor crónico centralizado. Las vías neuronales en el cerebro generan todo el dolor, y el dolor centralizado es impulsado por un ciclo de dolor que lleva a un enfoque en el dolor, lo que lleva a un aumento del dolor. Comprender el dolor reduce los comportamientos de evitación por miedo para que las personas puedan moverse de nuevo.
3	<ul style="list-style-type: none"> Flexibilidad psicológica 	Notando Pensamientos: esta es una técnica y habilidad fundamental de flexibilidad psicológica. Esta habilidad y perspectiva ayudan a las personas a ganar cierta distancia de los pensamientos y el impacto que están teniendo en el dolor y la función. El ejercicio ayuda a las personas a tomar distancia de los pensamientos para que puedan relacionarse de manera diferente con los

		pensamientos sobre el dolor. (por ejemplo, Estoy notando que estoy teniendo el pensamiento de que...)
4	<ul style="list-style-type: none"> Flexibilidad psicológica 	cuando las creencias sobre el dolor no cambian fácilmente, las habilidades de flexibilidad psicológica pueden ayudar a las personas a manejar pensamientos y emociones. El ejercicio "Nombrando la Mente" es una técnica psicológica que ayuda a los individuos a crear una distancia más saludable entre su sentido de sí mismo y sus pensamientos, reduciendo así el impacto de patrones de pensamiento negativos o no útiles. Esta práctica se basa en principios de mindfulness que enfatizan la observación de los pensamientos sin identificación o juicio inmediato. La persona asigna un nombre a su mente o a patrones de pensamiento específicos. Esto se conceptualiza como un protector interno que se ha vuelto sobreprotector debido a la persistencia del dolor.
5	<ul style="list-style-type: none"> Resolución de impedimentos Movimiento terapéutico 	Se proporcionaron Ejercicios Terapéuticos para normalizar los déficits de rango de movimiento espinal. Esto incluye movimiento prescrito para corregir impedimentos y restaurar la función muscular y esquelética.
6	<ul style="list-style-type: none"> Resolución de impedimentos Movimiento terapéutico 	Se prescribieron Ejercicios Terapéuticos para normalizar los déficits de rango de movimiento espinal. Esto incluye movimiento prescrito para corregir impedimentos, restaurar la función muscular y esquelética y/o mantener un estado de bienestar.
7	<ul style="list-style-type: none"> Resolución de impedimentos Movimiento terapéutico 	Se prescribieron Ejercicios Terapéuticos para normalizar los déficits de rango de movimiento espinal. Esto incluye movimiento prescrito para corregir impedimentos, restaurar la función muscular y esquelética y/o mantener un estado de bienestar.
8	<ul style="list-style-type: none"> Ciclo circadiano 	Conductas de Higiene del Sueño: los factores de estilo de vida impactan la función del sistema nervioso, la modulación del dolor, así como la salud mental y física. La educación se entregó con información sobre el sueño en general y/o conductas de higiene del sueño.
9	<ul style="list-style-type: none"> Actividad física 	Programa de Caminata Gradual: se creó con educación sobre un plan estructurado para aumentar gradualmente la duración, distancia e intensidad de las sesiones de caminata con el tiempo. Este enfoque es beneficioso para las personas que buscan mejorar su condición física, manejar el dolor crónico o simplemente aumentar su actividad física de manera segura y sostenible. Se proporcionó educación sobre el regreso seguro a las clases de Pilates dos veces por semana
10	<ul style="list-style-type: none"> Acción basada en valores 	Probando Un Valor: se describe una vida vivida según los valores como gratificante, significativa y activa. También puede sentirse liberadora, alegre y libre. Se proporciona a las personas una lista de palabras basadas en valores. Eligen un valor que están dispuestos a probar durante una semana. Los valores comunes que las personas encuentran importantes son la diversión, la espontaneidad, la fiabilidad, la compasión, la conexión y la vitalidad. Esta lista no es de ninguna manera exhaustiva.
Case 3		
Sesión	Proceso	Descripción de la Intervención
1	<ul style="list-style-type: none"> Factores individuales Procesos relacionales 	Una Experiencia de Dolor Correctiva: La iniciación del cuidado se basa en factores individuales y procesos relacionales para apoyar la sintonización empática que valida, tranquiliza y proporciona una experiencia de dolor correctiva que abre a la persona a nuevas posibilidades. El terapeuta invita al paciente a contar su historia de dolor, de búsqueda de una solución y de posiblemente ser malentendido y/o mal gestionado por el sistema médico-legal. El terapeuta demuestra explícitamente una profunda comprensión y empatía hacia las experiencias de dolor y el sufrimiento emocional asociado de la persona. Permitir que la experiencia de la persona sea escuchada y vista es fundamental para la seguridad y la confianza. Afirmar el dolor de la persona y las experiencias emocionales como reales y significativas ayuda a contrarrestar los sentimientos de vergüenza o incredulidad que pueden haber encontrado en su camino de curación. Esta experiencia es importante para avanzar a través de estados emocionales vulnerables (sufrimiento) que mantienen el dolor (miedo, vergüenza, culpa, frustración, tristeza, etc.) y como precursor para discutir el tema sensible del cerebro como la causa del dolor.
	<ul style="list-style-type: none"> Creencias 	El Cerebro y el Dolor: la causa del dolor crónico se reconceptualiza del daño corporal a una falsa alarma generada por el cerebro central. Se proporciona educación sobre el dolor en el papel del cerebro en la generación y el mantenimiento del dolor. Se explicó el dolor para que el paciente entienda que el dolor es generado por el cerebro y que el dolor puede ser desencadenado por daño físico/lesión, lesión anticipada o por emociones difíciles/angustia. Se

		enfaticó que todo dolor es real y no se debe a la imaginación del paciente, y que no se debe asociar culpa o estigma con tener dolor crónico centralizado. Las vías neuronales en el cerebro generan todo el dolor, y el dolor centralizado es impulsado por un ciclo de dolor que lleva a un enfoque en el dolor, lo que lleva a un aumento del dolor. Comprender el dolor reduce los comportamientos de evitación por miedo para que las personas puedan moverse de nuevo.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias • Construcción de significado 	Creencias Relacionadas con Medicamentos: algunos pacientes pueden creer que la medicación es la única forma de controlar el dolor. Se utilizaron la construcción de creencias y la exploración de una narrativa más amplia para desarrollar una narrativa más holística para el manejo del dolor. Las creencias relacionadas con la medicación fueron reconstruidas. La medicación, en la dosis adecuada, se reformuló como un posible modificador de la neuroplasticidad (por ejemplo, 'ayuda al sistema nervioso a cambiar y adaptarse de una buena manera') junto con intervenciones de estilo de vida. Un cambio en la creencia cambia el significado sobre la importancia relativa de la medicación como solo una parte de un programa general de manejo del dolor y cómo mejora el movimiento.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora motivacional 	Balance Decisional: el paciente estaba ambivalente sobre reducir la medicación. Se exploró el balance decisional con respecto a la reducción. Se discutió el apoyo para sopesar los pros y los contras de continuar versus reducir la medicación. Se alentó al paciente a hacer argumentos a favor del cambio por sí mismo. (por ejemplo, ¿Qué beneficios crees que podrías encontrar si redujeras la medicación? ¿Qué ganarías y qué preocupaciones tienes sobre reducir la medicación?)
4	<ul style="list-style-type: none"> • Movimiento terapéutico 	Se enseñó el ejercicio de los Seis Movimientos de la Columna como una secuencia diaria para mejorar la movilidad articular de la columna a través de los movimientos fundamentales de flexión, extensión, flexión lateral y rotación. Los movimientos comprometen y relajan los músculos de soporte de la columna. Combinado con una respiración diafragmática profunda, apoya la activación del sistema nervioso parasimpático y relaja los músculos espinales.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclo circadiano 	Conductas de Higiene del Sueño: los factores de estilo de vida impactan la función del sistema nervioso, la modulación del dolor, así como la salud mental y física. La educación se entregó con información sobre el sueño en general y/o conductas de higiene del sueño.
6	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclo circadiano 	Conductas de Higiene del Sueño: los factores de estilo de vida impactan la función del sistema nervioso, la modulación del dolor, así como la salud mental y física. La educación se entregó con información sobre cómo agregar la relajación muscular progresiva a la rutina nocturna del paciente.
7	<ul style="list-style-type: none"> • Optimización de la nutrición 	Alimentos Ultra-Procesados: se discutió el papel de la nutrición con respecto a la inflamación, la autoinmunidad (Hashimoto), el dolor y la función corporal. Se alentó la adopción de hábitos alimenticios saludables. Se exploró y discutió la distinción entre alimentos altamente procesados y alimentos integrales.
8	<ul style="list-style-type: none"> • Optimización de la nutrición 	Desencadenantes Alimentarios: se proporcionó educación nutricional sobre desencadenantes nutricionales y dolor. Esto se centró en leer etiquetas de alimentos e identificar azúcar añadida, carbohidratos refinados, aditivos alimentarios (MSG, Aspartamo) y grasas saturadas o trans.
9	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilidad psicológica 	Notando Pensamientos: esta es una técnica y habilidad fundamental de flexibilidad psicológica. Esta habilidad y perspectiva ayudan a las personas a ganar cierta distancia de los pensamientos y el impacto que están teniendo en el dolor y la función. El ejercicio ayuda a las personas a tomar distancia de los pensamientos para que puedan relacionarse de manera diferente con los pensamientos sobre el dolor. (por ejemplo, Estoy notando que estoy teniendo el pensamiento de que...)
10	<ul style="list-style-type: none"> • Activación conductual 	Programación de Actividades: ayudar a los pacientes a regresar y programar actividades que probablemente sean disfrutables o proporcionen una sensación de logro. Estas actividades se eligen en función de su potencial para interrumpir el ciclo de síntomas depresivos. La programación es gradual, comenzando con tareas más simples e incorporando progresivamente actividades más complejas o desafiantes.
11	<ul style="list-style-type: none"> • Acción basada en valores 	Probando Un Valor: se describe una vida vivida según los valores como gratificante, significativa y activa. También puede sentirse liberadora, alegre y libre. Se proporciona a las personas una lista de palabras basadas en valores. Eligen un valor que están dispuestos a probar durante una semana. Los valores comunes que las personas encuentran importantes son la diversión, la espontaneidad, la fiabilidad, la compasión, la conexión y la vitalidad. Esta lista no es de ninguna manera exhaustiva.
12	<ul style="list-style-type: none"> • Acción basada en valores 	Probando Un Valor: se describe una vida vivida según los valores como gratificante, significativa y activa. También puede sentirse liberadora, alegre y libre. Se proporciona a las personas una lista de palabras basadas en valores. Eligen un valor que están dispuestos a probar durante una semana. Los valores comunes que las personas encuentran importantes son la diversión, la espontaneidad, la fiabilidad, la compasión, la conexión y la vitalidad. Esta lista no es de ninguna manera exhaustiva.

El puntaje de dolor del Caso 2 disminuyó 5 puntos de 7/10 a 2/10, lo que no interfería con la actividad al final de las 10 sesiones. El paciente experimentó una mejora significativa en todos los factores de resiliencia específicos del dolor, como lo demuestran las mejoras en la positividad cognitivo-afectiva y la perseverancia conductual (PRS), la autoeficacia del dolor y la aceptación del dolor (OSPRO-YF). Este paciente también experimentó una mejora significativa en todos los factores de vulnerabilidad de evitación por miedo, kinesiofobia, ansiedad estado-rasgo, catastrofización del dolor y ansiedad relacionada con el dolor (OSPRO-YF). Los cambios positivos se reflejaron en la interferencia del dolor (DVRPS). El dolor no interfería con el estado de ánimo o el estrés (0/10), y era mínimo con la actividad y el sueño (2/10). El cambio en la interferencia del dolor superó la diferencia mínima importante (MID) de 3.0 puntos de puntuación T para muestras de dolor (PROMIS)[®].²⁶ El paciente ya no tenía limitaciones en el ROM cervical. Pudo volver a todas las actividades diarias sin dolor. Al final de la atención, volvió al gimnasio y a las clases de Pilates, reportando un dolor mínimo de 2/10. El paciente auto reportó su condición como muy mejorada según lo medido por el PGIC.

El puntaje de dolor del Caso 3 disminuyó 3 puntos de 5/10 a 2/10, lo que no interfería con la actividad al final de las 12 sesiones. Todos los factores de resiliencia específicos del dolor mejoraron, como lo demuestra la positividad cognitivo-afectiva (PRS) y la autoeficacia y la aceptación del dolor (OSPRO-YF). Los factores de vulnerabilidad de evitación por miedo, kinesiofobia, catastrofización del dolor y ansiedad relacionada con el dolor mejoraron, pero no alcanzaron significación (OSPRO-YF). Los cambios positivos se reflejaron en la interferencia del dolor con la actividad (2/10) y el sueño, el estado de ánimo y el estrés (3/10) (DVRPS). El cambio en la interferencia del dolor superó la diferencia mínima importante (MID) de 3.0 puntos de puntuación T para muestras de dolor (PROMIS)[®].²⁶ El ROM lumbar estaba dentro de los límites normales. Al final de la atención, pudo volver a todas las actividades diarias. El paciente auto reportó su condición como muy mejorada según lo medido por el PGIC.

Discusión

Esta serie de casos describe el desarrollo inicial y el uso de una nueva intervención llamada Terapia de Resiliencia del Dolor (PRT). Todos los participantes informaron reducciones sustanciales en la intensidad del dolor y mejoras en la resiliencia específica del dolor después del tratamiento. También hubo mejoras

significativas en la interferencia del dolor con una mayor participación en actividades sociales, cognitivas, emocionales, físicas y recreativas. La salud auto percibida fue muy mejorada.

Los tres casos también demostraron mejora en los factores de vulnerabilidad. El Caso 1 y el Caso 2 alcanzaron mejoras estadísticamente significativas en ciertos factores de vulnerabilidad, pero el Caso 3 no. Esto puede deberse a que PRT no se enfoca en la vulnerabilidad. Puede ser que el desarrollo inicial de PRT se centrara en la flexibilidad psicológica como un factor de resiliencia.³⁸ Los participantes pueden beneficiarse de intervenciones de psicología positiva que cultivan el optimismo, la alegría, la esperanza, la gratitud o la autocompasión.¹⁰ Puede ser que los factores psicosociales como la ansiedad y la ira estado-rasgo tengan menos impacto en los enfoques centrados en la resiliencia al dolor. También se debe considerar el papel de la injusticia percibida, ya que niveles más altos de injusticia se asocian con resultados de dolor menos óptimos.³⁹ Los sentimientos de injusticia y la ansiedad y la ira asociadas pueden surgir cuando un paciente recibe un tratamiento insatisfactorio y/o alivio del dolor. Todos los participantes reportaron desafíos para negociar el sistema de salud y consultar a múltiples proveedores de salud a lo largo de su viaje de manejo del dolor con resultados insatisfactorios. La evaluación de la injusticia junto con la resiliencia está justificada. Además, el Caso 3 todavía estaba reduciendo un gabapentinoide, lo que puede haber contribuido a un mayor nivel de ansiedad, un síntoma conocido de dependencia y abstinencia que impacta los centros de recompensa en el cerebro.⁴⁰ Este fenómeno es similar a otros fármacos (opioides) que afectan la neuroplasticidad y la capacidad del sistema nervioso para desregularse.⁴¹ Específicamente, el uso de gabapentinoides se asocia con un alto riesgo de eventos adversos.⁴⁰

Los investigadores han sugerido la valiosa contribución de los factores de resiliencia y vulnerabilidad en el dolor crónico y la discapacidad física, con la advertencia adicional de que los factores de resiliencia impactan de manera única aspectos específicos de la experiencia del dolor.⁴² En una muestra de 188 pacientes con dolor crónico y discapacidad, tanto los factores de resiliencia como los de vulnerabilidad impactaron los resultados del dolor, pero los factores de resiliencia impactaron de manera única los resultados enfocados en lo psicosocial, más allá de los factores de vulnerabilidad.⁴² En una encuesta de 249 mujeres con dolor crónico, aquellas con mayor resiliencia mostraron más participación en actividad moderada-vigorosa.⁴³ En un estudio de 220 adultos con dolor crónico, la resiliencia al dolor mediaba la relación entre la intensidad del dolor y los patrones de actividad.⁴⁴ En sesenta adultos con dolor lumbar, la resiliencia moderaba la

influencia de las creencias negativas sobre el dolor en el dolor evocado por movimiento.⁴⁵ Los tratamientos centrados en la resiliencia también comparten elementos comunes utilizados en enfoques integradores. Un ensayo reciente de un solo brazo (n=16) de terapia cognitivo-conductual integrada para el dolor crónico reportó reducciones significativas en la catastrofización del dolor, pero no en la intensidad del dolor.⁴⁶ La intervención no se centró en la resiliencia, sino en el cambio de atención, el trabajo en la memoria y la práctica mental junto con la retroalimentación en video.

La resiliencia al dolor y la catastrofización del dolor se combinan para predecir los resultados funcionales y la calidad de vida.¹¹ Los tres participantes que recibieron PRT en esta serie de casos experimentaron una reducción significativa en la catastrofización del dolor y la intensidad del dolor. De hecho, la resiliencia puede actuar como un factor protector frente a la sintomatología del dolor, la discapacidad y las secuelas psicológicas.¹⁷ Enfoques de resiliencia multisistema como PRT han sido identificados como predictores de mejor funcionamiento físico y psicológico.⁴⁷ Tal enfoque puede ayudar a los fisioterapeutas a comprender cómo todo el cuerpo humano, incrustado en un contexto, moldea el cerebro y el comportamiento. Ampliar el alcance de la resiliencia en el dolor crónico ha sido recomendado por investigadores y clínicos del dolor.¹⁰ Finalmente, ensayos controlados aleatorizados sugieren que la atención entregada por Internet puede ser tan efectiva como la atención en persona en el manejo del dolor, y en los casos presentados en este documento, la atención entregada por Internet fue efectiva para mejorar los resultados de los pacientes de manera significativa.⁴⁸ El uso de una intervención de fisioterapia en línea es valiosa y puede mejorar el acceso al manejo del dolor.

La principal limitación de PRT es la necesidad de apoyo empírico (eficacia/efectividad) para su aplicación. No hubo grupo de control, y debido al tamaño pequeño de la muestra y la naturaleza individualizada del dolor crónico, la validez externa es limitada. Además, las series de casos pueden estar sujetas a varios sesgos, incluido el sesgo de selección. Para obtener información sobre lo que conduce a la resiliencia, es importante explorar los posibles factores causales y mecanismos en más detalle. Por ejemplo, todos los participantes en este estudio eran blancos, educados universitariamente y no reportaron exposición reciente a determinantes sociales conocidos por impactar negativamente el dolor. La resiliencia es un constructo multidimensional que impacta el cerebro y el comportamiento de manera diferente según los sociodemográficos.⁴⁹ La investigación futura debería considerar las contribuciones combinadas e independientes de la resiliencia al

dolor y la vulnerabilidad.⁵⁰ Esta serie de casos proporciona una estructura para generar nuevo conocimiento y probar a través de estudios de cohorte y ensayos controlados aleatorizados.

Conclusión

PRT es un enfoque novedoso centrado en la resiliencia para el manejo del dolor. La resiliencia específica del dolor mejoró en todos los pacientes junto con reducciones en la intensidad del dolor. Las mejoras en la interferencia del dolor mejoraron las actividades sociales, cognitivas, emocionales, físicas y recreativas. La salud auto percibida de los participantes fue muy mejorada, lo que sugiere que el uso de PRT puede avanzar en el manejo del dolor. Se necesita investigación que respalde innovaciones como PRT para reducir el dolor y las secuelas negativas que limitan la actividad y restringen la participación.⁵¹ Se requiere una mayor operacionalización de PRT para una entrega eficiente y efectiva.

Consentimiento Informado y Consideraciones Éticas

Invitamos a tres pacientes con dolor crónico a participar en el estudio. Informamos a cada participante del propósito del estudio, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos. Se aconsejó a los pacientes que su participación era voluntaria y que podían retirarse en cualquier momento sin penalización ni pérdida de beneficios. El fisioterapeuta tratante revisó los derechos de privacidad de cada paciente. Los pacientes que optaron por participar firmaron un consentimiento escrito que incluía el permiso para la publicación de material identificativo en un informe de caso. Cada paciente también firmó un reconocimiento de HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud). No se reportaron eventos adversos durante el estudio. Los pacientes no recibieron compensación por participar.

Perspectiva del Paciente

El PGIC (Tabla 2) permitió a los pacientes calificar objetivamente su salud percibida 90 días después de la intervención. El Caso 1 y el Caso 3 calificaron su salud general como "muy mejorada" y el Caso 2 "mucho mejorada". Las mejoras en PGIC correlacionan con las medidas de dolor, discapacidad y calidad de vida, y la naturaleza multifacética de las preguntas permite a los pacientes contemplar varios factores que pueden considerar importantes en su situación clínica.²⁷

Declaración de Equidad, Diversidad e Inclusión

En el diseño y ejecución de esta investigación, hemos abrazado activamente los principios de equidad, diversidad e inclusión. El equipo de investigación se construyó con un compromiso con estos valores, asegurando una gama de perspectivas al incluir miembros de diferentes antecedentes, géneros, etnias, orientaciones sexuales y etapas de sus carreras científicas.

Trabajamos activamente para mitigar el sesgo en nuestros procesos de reclutamiento y selección dentro de los confines de una serie de casos de tres personas. Nuestra población de estudio fue elegida con un esfuerzo deliberado para reflejar demografías diversas, asegurando que nuestra investigación sea relevante y accesible para un amplio espectro de personas que viven con dolor. En nuestra metodología de investigación, utilizamos específicamente medidas de auto percepción que identifican varios factores de angustia mental, un contribuyente a menudo pasado por alto en la experiencia del dolor. Estas medidas han sido validadas en diversas poblaciones para garantizar la confiabilidad y validez de nuestros resultados en diferentes demografías.

El análisis y la interpretación de nuestros resultados se realizaron con un esfuerzo consciente para reconocer y resaltar la diversidad. Consideramos cómo los resultados podrían diferir según factores demográficos y discutimos las implicaciones de estas diferencias en relación con EDI. En casos donde las disparidades eran evidentes, nos comprometimos en una exploración exhaustiva de los posibles factores contribuyentes y sus implicaciones sociales más amplias.

Creemos que incorporar principios de EDI en nuestra investigación enriquece el proceso científico y mejora el impacto social de nuestros hallazgos. Estamos comprometidos con el aprendizaje continuo y la mejora en la implementación de principios de EDI en nuestro trabajo y a medida que desarrollamos y probamos la Terapia de Resiliencia del Dolor en estudios de cohorte y ensayos controlados aleatorizados.

Conflicto de Intereses

Los autores no reportan conflictos.

Referencias

1. McCarberg B, Peppin J. Pain Pathways and Nervous System Plasticity: Learning and Memory in Pain. *Pain Med.* 2019;20(12):2421-2437. doi:10.1093/pm/pnz017
2. Chen ZS, Wang J. Pain, from perception to action: A computational perspective. *iScience.* 2022;26(1):105707. doi:10.1016/j.isci.2022.105707
3. Varallo G, Giusti EM, Scarpina F, Cattivelli R, Capodaglio P, Castelnuovo G. The Association of Kinesiophobia and Pain Catastrophizing with Pain-Related Disability and Pain Intensity in Obesity and Chronic Lower-Back Pain. *Brain Sci.* 2020;11(1):11. doi:10.3390/brainsci11010011
4. Stanasic N, Häggman-Henrikson B, Kothari M, Costa YM, Avivi-Arber L, Svensson P. Pain's Adverse Impact on Training-Induced Performance and Neuroplasticity: A Systematic Review. *Brain Imaging Behav.* 2022;16(5):2281-2306. doi:10.1007/s11682-021-00621-6
5. Vogel M, Krippel M, Frenzel L, et al. Dissociation and Pain-Catastrophizing: Absorptive Detachment as a Higher-Order Factor in Control of Pain-Related Fearful Anticipations Prior to Total Knee Arthroplasty (TKA). *J Clin Med.* 2019;8(5):697. doi:10.3390/jcm8050697
6. Dziuba A, Krell-Roesch J, Schmidt SCE, Bös K, Woll A. Association Between Sense of Coherence and Health Outcomes at 10 and 20 Years Follow-Up: A Population-Based Longitudinal Study in Germany. *Frontiers in Public Health.* 2021;9. Accessed July 24, 2022. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.739394>
7. Jackson T, Wang Y, Wang Y, Fan H. Self-efficacy and chronic pain outcomes: a meta-analytic review. *J Pain.* 2014;15(8):800-814. doi:10.1016/j.jpain.2014.05.002
8. Martínez E, Aira Z, Buesa I, Aizpurua I, Rada D, Azkue JJ. Embodied pain in fibromyalgia: Disturbed somatopresentations and increased plasticity of the body schema. *PLOS ONE.* 2018;13(4):e0194534. doi:10.1371/journal.pone.0194534
9. Lorimer Moseley G, Leake HB, Beetsma AJ, et al. Teaching Patients About Pain: The Emergence of Pain Science Education, its Learning Frameworks and Delivery Strategies. *J Pain.* Published online November 19, 2023;S1526-5900(23)00618-1. doi:10.1016/j.jpain.2023.11.008
10. Sturgeon JA, Zubieta C, Kaplan CM, et al. Broadening the Scope of Resilience in Chronic Pain: Methods, Social Context, and Development. *Curr Rheumatol Rep.* 2024;26(4):112-123. doi:10.1007/s11926-024-01133-0
11. France CR, Ysidron DW, Slepian PM, French DJ, Evans RT. Pain resilience and catastrophizing combine to predict functional restoration program outcomes. *Health Psychology.* 2020;39(7):573-579. doi:10.1037/hea0000877
12. Ungar M. Systemic resilience: principles and processes for a science of change in contexts of adversity. *Ecology and Society.* 2018;23(4). doi:10.5751/ES-10385-230434
13. Sturgeon JA, Zautra AJ. Resilience: A New Paradigm for Adaptation to Chronic Pain. *Curr Pain Headache Rep.* 2010;14(2):105-112. doi:10.1007/s11916-010-0095-9
14. Hemington KS, Cheng JC, Bosma RL, Rogachov A, Kim JA, Davis KD. Beyond Negative Pain-Related Psychological Factors: Resilience Is Related to Lower Pain Affect in Healthy Adults. *J Pain.* 2017;18(9):1117-1128. doi:10.1016/j.jpain.2017.04.009
15. Tatta J, Pignataro RM, Bezner JR, George SZ, Rothschild CE. PRISM—Pain Recovery and Integrative Systems Model: A Process-Based Cognitive-Behavioral Approach for Physical Therapy. *Physical Therapy.* 2023;103(10):pzad077. doi:10.1093/ptj/pzad077

16. Pickersgill JW, Turco CV, Ramdeo K, Rehsi RS, Foglia SD, Nelson AJ. The Combined Influences of Exercise, Diet and Sleep on Neuroplasticity. *Frontiers in Psychology*. 2022;13. Accessed December 13, 2023. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.831819>
17. Chng Z, Yeo JJ, Joshi A. Resilience as a protective factor in face of pain symptomatology, disability and psychological outcomes in adult chronic pain populations: a scoping review. *Scand J Pain*. 2023;23(2):228-250. doi:10.1515/sjpain-2021-0190
18. Nestler EJ, Waxman SG. Resilience to Stress and Resilience to Pain: Lessons from Molecular Neurobiology and Genetics. *Trends Mol Med*. 2020;26(10):924-935. doi:10.1016/j.molmed.2020.03.007
19. Ashar YK, Gordon A, Schubiner H, et al. Effect of Pain Reprocessing Therapy vs Placebo and Usual Care for Patients With Chronic Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2022;79(1):13-23. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.2669
20. Wahezi SE, Duarte RA, Yerra S, et al. Telemedicine During COVID-19 and Beyond: A Practical Guide and Best Practices Multidisciplinary Approach for the Orthopedic and Neurologic Pain Physical Examination [published correction appears in *Pain Physician*. 2020 Nov;23(6):647]. *Pain Physician*. 2020;23(4S):S205-S238.
21. Butera KA, George SZ, Lentz TA. Psychometric Evaluation of the Optimal Screening for Prediction of Referral and Outcome Yellow Flag (OSPRO-YF) Tool: Factor Structure, Reliability, and Validity. *The Journal of Pain*. 2020;21(5):557-569. doi:10.1016/j.jpain.2019.09.003
22. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*. 2019;160(1):28-37. doi:10.1097/j.pain.0000000000001390
23. Barke A, Korwisi B, Rief W. Chronic Pain in the ICD-11: New Diagnoses That Clinical Psychologists Should Know About. *Clin Psychol Eur*. 2022;4(Spec Issue):e9933. doi:10.32872/cpe.9933
24. Ankawi B, Slepian PM, Himawan LK, France CR. Validation of the Pain Resilience Scale in a Chronic Pain Sample. *The Journal of Pain*. 2017;18(8):984-993. doi:10.1016/j.jpain.2017.03.013
25. Polomano RC, Galloway KT, Kent ML, et al. Psychometric Testing of the Defense and Veterans Pain Rating Scale (DVPRS): A New Pain Scale for Military Population. *Pain Medicine*. 2016;17(8):1505-1519. doi:10.1093/pm/pnw105
26. Chen CX, Kroenke K, Stump TE, et al. Estimating minimally important differences for the PROMIS® Pain Interference Scales: results from three randomized clinical trials. *Pain*. 2018;159(4):775-782. doi:10.1097/j.pain.0000000000001121
27. Rampakakis E, Ste-Marie PA, Sampalis JS, Karellis A, Shir Y, Fitzcharles MA. Real-life assessment of the validity of patient global impression of change in fibromyalgia. *RMD Open*. 2015;1(1):e000146. doi:10.1136/rmdopen-2015-000146
28. Bowen E, Nayfe R, Milburn N, et al. Do Decision Aids Benefit Patients with Chronic Musculoskeletal Pain? A Systematic Review. *Pain Med*. 2020;21(5):951-969. doi:10.1093/pm/pnz280
29. Stilwell P, Hudon A, Meldrum K, Pagé MG, Wideman TH. What is Pain-Related Suffering? Conceptual Critiques, Key Attributes, and Outstanding Questions. *The Journal of Pain*. 2022;23(5):729-738. doi:10.1016/j.jpain.2021.11.005
30. Caneiro JP, Smith A, Bunzli S, Linton S, Moseley GL, O'Sullivan P. From Fear to Safety: A Roadmap to Recovery from Musculoskeletal Pain. *Phys Ther*. Published online December 23, 2021:pzab271. doi:10.1093/ptj/pzab271

31. Serbic D, Evangeli M, Probyn K, Pincus T. Health-related guilt in chronic primary pain: A systematic review of evidence. *Br J Health Psychol.* 2022;27(1):67-95. doi:10.1111/bjhp.12529
32. Boring BL, Walsh KT, Nanavaty N, Mathur VA. Shame Mediates the Relationship Between Pain Invalidation and Depression. *Front Psychol.* 2021;12:743584. doi:10.3389/fpsyg.2021.743584
33. Kloos A, Gomes-Osman J, Boyd L. Harnessing Neuroplasticity for Functional Recovery. *Journal of Neurologic Physical Therapy.* 2020;44(2):119. doi:10.1097/NPT.0000000000000307
34. Hasenbring MI, Fehrmann E, Ebenbichler G. Embodied Pain: There is a Need to Reflect Interactions Between Cognitions, Behavior, and Neuromuscular Activity in Chronic Pain. *Clin J Pain.* 2020;36(3):178-180. doi:10.1097/AJP.0000000000000789
35. Álvarez ÓS, Ruiz-Cantero MT, Cassetti V, Cofiño R, Álvarez-Dardet C. Salutogenic interventions and health effects: a scoping review of the literature. *Gaceta Sanitaria.* 2021;35(5):488-494. doi:10.1016/j.gaceta.2019.12.002
36. Walters R, Leslie SJ, Polson R, Cusack T, Gorely T. Establishing the efficacy of interventions to improve health literacy and health behaviours: a systematic review. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1040. doi:10.1186/s12889-020-08991-0
37. Zoom. Accessed January 22, 2024. <https://www.zoom.com/en/industry/healthcare/>.
38. Gentili C, Rickardsson J, Zetterqvist V, Simons LE, Lekander M, Wicksell RK. Psychological Flexibility as a Resilience Factor in Individuals With Chronic Pain. *Frontiers in Psychology.* 2019;10. Accessed November 27, 2022. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.02016>
39. Reme SE, Ljosaa TM, Stubhaug A, Granan LP, Falk RS, Jacobsen HB. Perceived Injustice in Patients With Chronic Pain: Prevalence, Relevance, and Associations With Long-Term Recovery and Deterioration. *J Pain.* 2022;23(7):1196-1207. doi:10.1016/j.jpain.2022.01.007
40. Enke O, New HA, New CH, et al. Anticonvulsants in the treatment of low back pain and lumbar radicular pain: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ.* 2018;190(26):E786-E793. doi:10.1503/cmaj.171333
41. Reeves KC, Shah N, Muñoz B, Atwood BK. Opioid Receptor-Mediated Regulation of Neurotransmission in the Brain. *Frontiers in Molecular Neuroscience.* 2022;15. Accessed January 14, 2024. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnmol.2022.919773>
42. Alschuler KN, Kratz AL, Ehde DM. Resilience and vulnerability in individuals with chronic pain and physical disability. *Rehabil Psychol.* 2016;61(1):7-18. doi:10.1037/rep0000055
43. Brittain DR, Gyurcsik NC, Cary MA, Moser EN, Davis LS. Differences in Resilience Mechanisms and Physical Activity among Women Experiencing Chronic Pain with Higher or Lower Resilience. *Women's Health Issues.* 2022;32(3):309-316. doi:10.1016/j.whi.2021.11.004
44. Gong Y, Wang Y, Wu W, et al. The Relationship Between Pain Intensity and Pain-Related Activity Patterns in Older Adults with Chronic Musculoskeletal Pain: Mediating Roles of Pain Resilience and Pain Catastrophizing. *Journal of Pain Research.* 2023;16:797-807. doi:10.2147/JPR.S393359
45. Palit S, Fillingim RB, Bartley EJ. Pain resilience moderates the influence of negative pain beliefs on movement-evoked pain in older adults. *J Behav Med.* 2020;43(5):754-763. doi:10.1007/s10865-019-00110-8
46. Taguchi K, Numata N, Takanashi R, et al. Integrated cognitive behavioral therapy for chronic pain. *Medicine (Baltimore).* 2021;100(6):e23859. doi:10.1097/MD.00000000000023859

47. Bartley EJ, Palit S, Fillingim RB, Robinson ME. Multisystem Resiliency as a Predictor of Physical and Psychological Functioning in Older Adults With Chronic Low Back Pain. *Front Psychol.* 2019;10:1932. doi:10.3389/fpsyg.2019.01932
48. Bisby MA, Chandra SS, Dudeney J, Scott AJ, Titov N, Dear BF. Can Internet-Delivered Pain Management Programs Reduce Psychological Distress in Chronic Pain? Exploring Relationships Between Anxiety and Depression, Pain Intensity, and Disability. *Pain Med.* 2023;24(5):538-546. doi:10.1093/pm/pnac158
49. Tanner JJ, Johnson AJ, Terry EL, et al. Resilience, pain, and the brain: Relationships differ by sociodemographics. *J Neurosci Res.* 2021;99(5):1207-1235. doi:10.1002/jnr.24790
50. Slepian PM, Ankawi B, France CR. Longitudinal Analysis Supports a Fear-Avoidance Model That Incorporates Pain Resilience Alongside Pain Catastrophizing. *Ann Behav Med.* 2020;54(5):335-345. doi:10.1093/abm/kaz051
51. Stevens-Lapsley J, Hicks GE, Zimney K, Slaven EJ, Manal TJ, Jeffries LM. Research Agenda for Physical Therapy From the American Physical Therapy Association. *Physical Therapy.* 2023;103(10):pzad126. doi:10.1093/ptj/pzad126



**“AHORA TENGO UN CUERPO”: UN ENFOQUE
MULTIMODAL DE LA IMAGEN CORPORAL PARA UNA
PACIENTE QUE ENFRENTA TRASTORNO DE LA IMAGEN
CORPORAL – REPORTE DE CASO**

Isis Ferracini Gebara^{1✉}, Eliane Florencio Gama²

1. Fisioterapeuta en Isis Gebara Fisioterapia, Ibiúna, São Paulo, Brazil.
2. Doctorado, Profesor Adjunto - Anatomía Descriptiva y Topográfica, Departamento de Morfología y Genética y Programa de Postgrado en Biología Estructural y Funcional de la Escuela Paulista de Medicina/ Universidad Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

✉ Autor de Correspondencia: Isis Gebara, Isis Gebara Fisioterapia. Dirección: Rua Francisco de Barros,346, Ibiúna, São Paulo, Brasil - CEP: 18150-000. Teléfono: +55 11 963811744. E- mail: isis.gebara@gmail.com.

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.

Aceptación: 04 de junio, 2024



“AHORA TENGO UN CUERPO”: UN ENFOQUE MULTIMODAL DE LA IMAGEN CORPORAL PARA UNA PACIENTE QUE ENFRENTA TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL – REPORTE DE CASO

Isis Ferracini Gebara^{1✉}, Eliane Florencio Gama²

1. Fisioterapeuta en Isis Gebara Fisioterapia, Ibiúna, São Paulo, Brazil.
2. Doctorado, Profesor Adjunto - Anatomía Descriptiva y Topográfica, Departamento de Morfología y Genética y Programa de Postgrado en Biología Estructural y Funcional de la Escuela Paulista de Medicina/ Universidad Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Resumen: La imagen corporal (IC) es la representación del cuerpo en la mente. La distorsión de la imagen corporal (DIC) es la percepción errónea de la imagen corporal. El presente trabajo es un reporte de caso de un tratamiento de fisioterapia (FT) elaborado para una mujer que fue diagnosticada con DIC. **Objetivo:** analizar los efectos de la fisioterapia en DIC. **Métodos:** Se utilizaron el Test de Procedimiento de Marcado de Imágenes, el Cálculo del Índice de Percepción Corporal. Después de la anamnesis, se realizaron tres meses de FT, donde se estimuló la percepción corporal mediante propiocepción, interocepción, exterocepción e instrucciones de anatomía corporal. **Resultados:** La paciente fue diagnosticada con *paraesquematia* e *hipoesquematia* al inicio de la FT. Después de tres meses de terapia, su *paraesquematia* desapareció, pero la *hipoesquematia* permaneció. **Conclusiones:** La FT en DIC afectó positivamente a la imagen corporal. No obstante, al tratarse de un informe de caso, no podemos generalizar los resultados.

Cuadro de Resumen

- **Qué conocimientos aporta este estudio:** El presente estudio añade el conocimiento de la importancia de la presencia de un fisioterapeuta en DIC dentro del equipo multidisciplinario de atención bariátrica. Además, también añade los conocimientos del tratamiento fisioterapéutico en la DIC, independientemente de su etiología.
- **Por qué es importante:** esta investigación demuestra la importancia de la fisioterapia en los trastornos de salud mental, como los trastornos de la imagen corporal.

Palabras clave: imagen corporal, fisioterapia, alteración de la imagen corporal, cirugía bariátrica, trastornos de la conducta alimentaria

Introducción

Varias especialidades de Fisioterapia son reconocidas e implementadas en programas de tratamiento multidisciplinarios. Sin embargo, cuando se tienen en cuenta los trastornos relacionados con la salud mental, el papel del fisioterapeuta puede estar subestimado. La Fisioterapia en Psiquiatría ha sido una práctica común desde hace más de 50 años en países como Bélgica y Escandinavia. No obstante, el uso del propio cuerpo (sus movimientos, su relación con el entorno) como estrategia fisioterapéutica en condiciones psicopatológicas aún no es significativo.¹

Una de las condiciones en las que la Fisioterapia en Psiquiatría puede ser útil es en casos de distorsiones de la imagen corporal, ya que este trastorno puede tener consecuencias negativas sobre la calidad del movimiento, la función diaria, los hábitos y la salud.^{2,3}

La Imagen Corporal (IC) es la representación del cuerpo en la mente.⁴ Según Corno y sus colegas,⁵ es el componente clave de la identidad personal y la autoconciencia. La IC se construye por múltiples aspectos que son interdependientes; sin embargo, en la actualidad, la definición de IC se ha ampliado, respetando su naturaleza multidimensional. Banfield y Maccabe,⁴ y Allen y sus colegas,³ han demostrado en sus estudios definiciones complementarias de IC, lo que pone de manifiesto una nueva visión de este tema. Existen: IC funcional, que se relaciona con la funcionalidad corporal⁶; el aspecto cognitivo, que se vincula con las creencias y el pensamiento sobre la IC; el aspecto afectivo de la imagen corporal, que se conecta con los sentimientos sobre el cuerpo; el componente conductual, que es el resultado de los aspectos anteriores de la imagen corporal, dando luz a cómo se comporta la persona con respecto a su cuerpo; la perceptiva, que está vinculada a la estimación del tamaño corporal.⁴ Es importante mencionar que el componente perceptivo de la imagen corporal es inconsciente, y su papel en la guía del cuerpo a través del espacio es bien conocido.⁷ La evaluación consciente de la IC también puede denominarse como su componente actitudinal.^{8,9}

El aspecto perceptivo de la imagen corporal se construye mediante información multisensorial, la cual es proporcionada por entradas del sistema nervioso, originadas a través de estímulos visuales, táctiles, vestibulares, auditivos y exteroceptivos. Ésta se construye a través de la percepción del propio cuerpo de la persona y también por el espacio circundante, dando la información primordial de la orientación del cuerpo

en diferentes entornos. Es automodificable, una vez que siempre hay nuevas experiencias corporales de la vida diaria que deben ser monitoreadas constantemente por el cerebro.^{8,9}

Los aspectos inconscientes y conscientes de la IC se vinculan a sí mismos por una red interdependiente de una compleja vía neuroanatómica. La construcción perceptiva se localiza en la circunvolución supramarginal y angular del lóbulo parietal inferior, correlacionándose con las áreas motoras del cerebro, mientras que el aspecto consciente del IC está conectado con el sistema límbico.⁹

De acuerdo con Hosseini y Padhy,⁸ la distorsión de la imagen corporal (DIC) es la percepción errónea de la imagen corporal y puede ser afectada por el mal funcionamiento familiar y los comentarios sobre el cuerpo, el estándar de belleza inalcanzable de las redes sociales, la baja autoestima, los medios de comunicación, las presiones sociales, y otros factores, como el abuso sexual. Dependiendo de las concepciones de sí mismo frente a estos escenarios, el sujeto puede desarrollar DIC, lo que a su vez puede desencadenar insatisfacción corporal.

Además de que la mayoría de los estudios sobre la DIC están relacionados a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, parece ser común encontrar alteraciones de la imagen corporal e insatisfacción entre los pacientes de cirugía bariátrica postoperatoria, ya que experimentan cambios rápidos en la forma corporal en un corto período de tiempo, lo que puede comprometer la percepción corporal del paciente.^{10,11} Alegría y Larsen observaron en su estudio cualitativo que, en condiciones posteriores a la cirugía de pérdida de peso, los participantes presentaban referencias confusas sobre su cuerpo reciente.¹²

Una paciente en particular en el mismo estudio informó que sabía que estaba más delgada, pero aún percibía su cuerpo como “gordo”. A partir de estos datos, los autores sugieren la necesidad de informar a los profesionales de la salud que manejan este tipo de pacientes, sobre las posibles alteraciones de la imagen corporal en la cirugía post bariátrica, con la finalidad de que puedan estar preparados para explicar esta posible afección y elaborar estrategias terapéuticas para ayudarles.

La “Terapia de Consciencia Corporal Basal”, la “Fisioterapia Psicomotriz Noruega”, y el “Programa de fisioterapia a medida”, se describen en la literatura como estrategias terapéuticas corporales para diversos trastornos mentales y también se utilizan específicamente para la distorsión de la imagen corporal en casos

de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria.¹³⁻¹⁵ Cuando se trata de pacientes obesos, las estrategias corporales más citadas en la literatura son la danzaterapia, utilizada para mejorar la imagen corporal; así como la fisioterapia, como estrategia para ayudar a la pérdida de peso.^{16,17} Hasta donde sabemos, no existe ninguna descripción en la literatura de un abordaje fisioterapéutico centrado en la Imagen Corporal para pacientes sometidos a cirugía bariátrica, aunque Souza et al.,¹¹ en su reciente artículo sobre los cambios de imagen corporal en pacientes post bariátricos, sugieren la necesidad de un abordaje corporal perceptual para estos pacientes.

El objetivo del presente trabajo es reportar una estrategia de fisioterapia en la alteración de la imagen corporal de una mujer joven post cirugía bariátrica.

Presentación del caso

Una mujer brasileña de 27 años acudió a fisioterapia con la queja de que no conocía las dimensiones de su cuerpo. Pasó por una cirugía bariátrica y no se ha sometido a ninguna cirugía de reparación de la piel. Utilizando la prueba IMP y BPI, se le diagnosticó como *paraesquematia* con *hipoesquematia*, debido a que sus segmentos corporales se habían presentado desorientados y subestimó sus dimensiones corporales. La fisioterapia se realizó una vez por semana, en modalidad presencial, en el consultorio del fisioterapeuta, ubicado en la ciudad de Ibiúna, São Paulo.

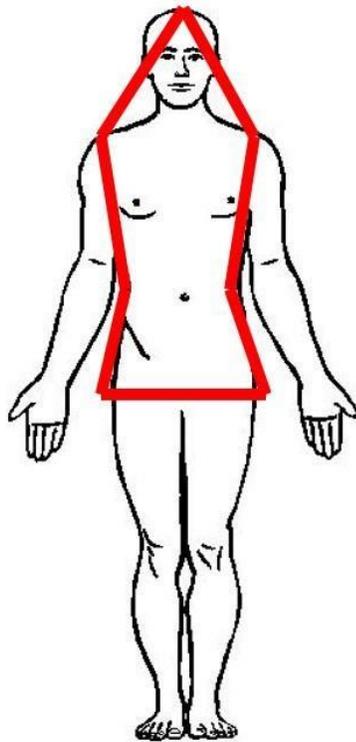
Evaluación diagnóstica

El inicio y la finalización del tratamiento se realizaron mediante la prueba “Image Marking Procedure” (IMP).¹⁸⁻²⁰ La prueba IMP es ampliamente utilizada para evaluar la estimación del tamaño corporal.²¹⁻²⁶

El Procedimiento de “Image Marking Procedure” (IMP) es una prueba proyectiva, en la que se pide a los sujetos que se imaginen a sí mismos como si estuvieran frente a un espejo. La prueba consiste en que el paciente permanezca a una distancia de sus brazos extendidos frente a una pared, con los ojos vendados, y se le solicita que señale la pared donde el examinador encuentra las partes de su cuerpo bajo contacto en el mismo punto de su cuerpo. Las partes del cuerpo que son puntiagudas componen la silueta del cuerpo y están en la parte superior de la cabeza; tanto el acromion, la cintura, justo debajo de la última costilla, como los trocánteres (figura 1). La prueba se repite tres veces para obtener resultados más precisos. Después de

la marca de la pared, el paciente se coloca cuidadosamente lo más cerca posible de la pared, donde las dimensiones reales del cuerpo se comparan con un cuadrado.¹⁸⁻²⁰ Las herramientas utilizadas para esta prueba fueron: etiquetas cromáticas amarillas, verdes, azules y rojas de 30 mm; trajes de ojos; cuadrado.

Figura 1: Vista esquemática del Procedimiento de Marcado de Imágenes y su correlación de segmentos corporales.



A partir del IMP, se calculó el Índice de Percepción Corporal (IPB), con el objetivo de diagnosticar la imagen corporal del paciente. Según la fórmula: $IPB [(Talla\ percibida\ 1 + Talla\ percibida\ 2 + Talla\ percibida\ 3)/3]/Talla\ real \times 100$. También se calcula un valor total de IBP para todo el cuerpo (valor medio de los valores de IBP en las diferentes regiones corporales).²⁸ Siguiendo la nominación de Bonnier de las distorsiones de IC, los resultados de IBP pueden llamarse *schematia*, cuando no hay distorsión de IC; *aschematia*, cuando hay una falta de percepción del cuerpo, se denomina como anestesia de la sensación corporal y la topografía; *hipoesquematia*, cuando hay una subestimación del tamaño del cuerpo; *hiperesquematia*, cuando hay una sobreestimación del tamaño corporal; y *paraesquematia*, la desorientación de los segmentos corporales.²⁹ Se considera que el Índice de Percepción Corporal $\geq 99,4\%$ y $\leq 112,3\%$ tiene una percepción corporal adecuada, como *schematia*; El Índice de Percepción Corporal

inferior a 99,4% se clasificó como *hipoesquemata*, y superior a 112,3% como *hiperesquemata*, según la clasificación propuesta por Segheto y sus colegas.³⁰ La tabla 1 muestra un esquema de los diagnósticos de imagen corporal.

Tabla 1: Esquema de la imagen corporal los diagnósticos

Índice de Percepción Corporal	Resultados de la IPB – Clasificación de la Imagen Corporal
$\geq 99,4\%$ y $\leq 112,3\%$	Schematia
Superior al 112,3%	Hiperesquemata
Inferior al 99,4	Hipoesquemata

Intervención terapéutica

Las herramientas utilizadas fueron: una pelota de 25 cm de diámetro, cuerda, esterilla para cubrir el suelo y dyna-disk. Los ejercicios variaban entre ejercicios de estimulación perceptiva y ejercicios de fuerza con resistencia libre.

Al final de cada ejercicio, se invitaba al paciente a realizar un ejercicio de exploración corporal,³¹ que consistía en que la paciente se colocara en posición supina, ojos cerrados, respiración profunda, dirigiendo su atención a las partes del cuerpo estimuladas y a las sensaciones corporales.

La primera sesión se destinó a la anamnesis. La DIC perceptiva se diagnosticó mediante la prueba IMP. El segundo encuentro comenzó con un ejercicio táctil que se realizó pasando una pelota por las delimitaciones corporales de la paciente. Estaba acostada en el suelo cubierto de una colchoneta, en posición supina, con los ojos cerrados. Después, la paciente mantuvo los ojos cerrados y se le pidió que rodara por el suelo, de izquierda a derecha y de derecha a izquierda, con los brazos y los hombros extendidos, con el objetivo de percibir las dimensiones de su cuerpo.

La tercera sesión estaba orientada a darle información perceptiva a la paciente de sus miembros inferiores. En primero lugar, en decúbito supino, la fisioterapeuta utilizó diferentes herramientas de texturas, como el dyna-disc, para que la paciente prestara atención a sus piernas.

En seguida se utilizó el ejercicio de medición, que consiste en que los fisioterapeutas pidan a la paciente que dibuje la circunferencia percibida de una parte concreta de su cuerpo con una cuerda, empezando por los muslos. Tras el primero dibujo, el fisioterapeuta realizaba la medición real y se comparaban ambas. El mismo ejercicio se utilizó en otras partes del cuerpo, como la cintura, el pecho y los brazos.

La cuarta sesión se orientó a que la paciente percibiera su cuerpo de forma funcional. Se utilizaron ejercicios de fuerza, mediante el uso de la fuerza combinada a la atención a los músculos estimulados antes, durante y después del ejercicio, utilizando el recurso del escáner.³¹ Para el abdomen se emplearon los ejercicios de plancha abdominal y crunch abdominal; para las piernas, el ejercicio de sentadilla; y para los brazos, el ejercicio de flexiones.

En la quinta sesión se realizó un ejercicio sensorial, que se desarrolló cuando la paciente se colocó contra la pared, sosteniendo una pelota por la cintura y girando su cuerpo en 360° sin dejar caer la pelota. Se realizó otro ejercicio, que consistió en que la paciente se acostara en el suelo en decúbito supino con los ojos cerrados, mientras el fisioterapeuta pasaba la pelota a la región de la cintura.

Posteriormente, en la misma sesión se realizaron ejercicios de fuerza, como abdominales. Se llevaron a cabo ejercicios de tacto en la zona del abdomen, utilizando una pelota que pasaba por su cintura, de lado a lado, haciendo una circunferencia, con el objetivo de precisar la aferencia de su cintura. Las sesiones siguientes mantuvieron el mismo patrón que las anteriores, con el objetivo de mantener el progreso de la rehabilitación de IC. En la Tabla 2 se muestra un resumen de las sesiones.

Resultados

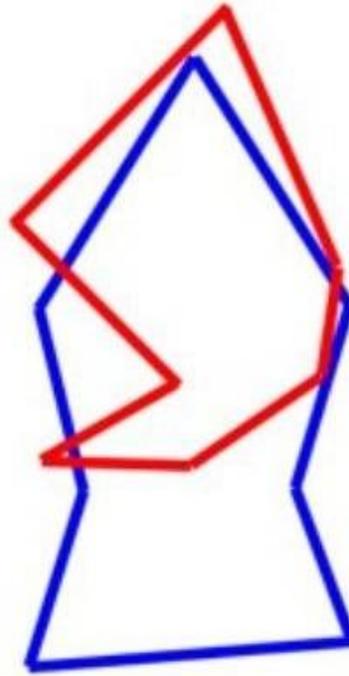
Mediante la prueba IMP, se diagnosticó *paraesquematia* con *hipoesquematia* (IPB) total=74,4%) en la primera sesión (figura 2). La percepción de un IC más saludable se fue creando sesión a sesión. Con cada nueva sesión, la paciente refirió avances y dificultades en la vida cotidiana, las cuales orientaban la dirección del tratamiento junto con el plan del fisioterapeuta. Al observar la diferencia de lo que se percibía

Tabla 2: Resumen de las sesiones

Primera sesión	Prueba IMP.
Segunda sesión	Pasar una pelota a través de las delimitaciones corporales de la paciente; rodar por el suelo; ejercicio de escáner corporal.
Tercera sesión	Uso de diferentes herramientas de textura para llevar el intento a las piernas de la paciente; medir el ejercicio para las piernas y otras áreas del cuerpo con un cordel; ejercicio de escáner corporal.
Cuarta sesión	Ejercicios de estiramiento para abdomen y piernas; ejercicio de escáner corporal.
Quinta sesión	Hacer girar una pelota contra la pared; tumbada en el suelo en decúbito supino, mientras el fisioterapeuta pasaba la pelota a la región de la cintura; ejercicio abdominal; hacer una circunferencia con una bola en el cuerpo de la paciente, mientras está acostada en el suelo; ejercicio de escáner corporal.
Siguientes sesiones	Igual que los anteriores.

en el DIC y reconocer que el cuerpo ya no formaba parte de él, la paciente empezó a comprender su cuerpo real. Algunas sesiones fueron más notables que otras, desde el punto de vista del desencadenamiento de un nuevo concepto corporal. Las sesiones segunda y quinta fueron pertenecen a este caso.

Figura 2: Resultado de los dibujos adquiridos a través de la prueba del primer paciente IMP. El dibujo rojo representa la dimensión corporal percibida y el dibujo azul representa la dimensión real del cuerpo. Observa que los segmentos corporales bajos se perciben de forma confusa.

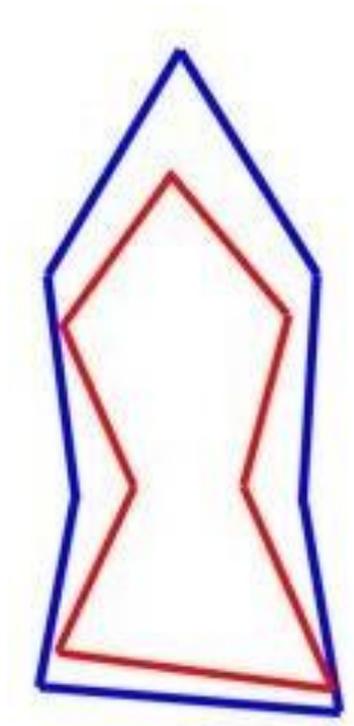


En la segunda sesión, la paciente comenzó a notar que tenía un cuerpo diferente al que pensaba. En esa ocasión informó que percibió su cuerpo más delgado de lo que ella pensaba, una vez que todavía percibía su cuerpo como antes de la cirugía bariátrica. Esta experiencia fue desencadenada por la percepción de la protuberancia frontal de las costillas 9 y 10.

En la quinta sesión, la paciente informó que no podía hacer un cuerpo completo de arcilla, ya que no tenía ningún sentido preciso de su cintura y abdomen. Esto se deducía claramente del cuerpo arcilloso, dividido en cuadrantes superior e inferior. Luego, el fisioterapeuta orientó la terapia para que el paciente percibiera la región de la cintura y entendiera la comunicación de los cuadrantes por medio de ella.

Después de tres meses, se rehicieron la prueba IMP y el IPB. Los paraesquemas se curaron, pero los hipoesquemas (IPB=79,1%) se mantuvieron. El objetivo del presente tratamiento fue hacer que la paciente percibiera sus segmentos corporales, de una manera real, lo cual se logró a pesar de que aún subestimaba sus dimensiones corporales. El resultado de la prueba IMP se puede comprobar en la figura 3.

Figura 3: Resultado de los dibujos adquiridos a través de la última prueba del paciente IMP. El dibujo rojo representa la dimensión corporal percibida y el dibujo azul representa la dimensión real del cuerpo. Observa que los segmentos corporales se perciben bien, aunque se subestiman sus dimensiones.



Discusión

Se realizó un tratamiento de tres meses de DIC con el objetivo de devolver la precisión de la percepción corporal a una mujer que presentaba *paraesquematia* e *hipoesquematia*. Analizamos la IC mediante la prueba IMP. Como su diagnóstico mostraba DIC de diferentes formas, valió la pena trabajar de forma integrada, utilizando ejercicios sensoriales y de fuerza, fomentando así la reorganización esquemática a través de diferentes estímulos aferentes.

Este tratamiento se desarrolló por tres componentes principales: propiocepción, exterocepción e interocepción, guiados por la atención a cada estímulo. ^{34, 32} Dichos estímulos proporcionaban a la paciente medios para experimentar su cuerpo, con el fin de percibir sus límites, tamaño y dimensiones. El ejercicio

del escáner fue un intento de guiar esto,³¹ ya que era una forma voluntaria de prestar atención a dicha percepción, promoviendo que la percepción del cuerpo se acercara más a la realidad.

Los tres componentes anteriormente mencionados fueron estimulados a través de vías aferentes táctiles, visuales y también a través de la acción muscular, exploradas respectivamente en la segunda, tercera, cuarta y quinta sesión. Aunque todas las sesiones trabajaron a través de las vías aferentes táctiles, es importante destacar que la propiocepción originada por la actividad muscular también estuvo presente, así como la reorganización sensorial, a través de la comparación visual entre el tamaño percibido y el real, lo cual fue presentado en la tercera sesión.

Aunque la subestimación de su cuerpo permaneció, la imprecisión de la percepción de sus segmentos corporales fue restablecida. En la literatura, no se encontró ningún tratamiento fisioterapéutico semejante que trabajase específicamente la *parasquematia*, a través del abordaje IC, aunque se encontraron formas de diagnosticarla.³³

La literatura establece que los trastornos de la imagen corporal pueden acompañar a diferentes situaciones psiquiátricas, como la epilepsia,³³ y los Trastornos de la Conducta Alimentaria.⁸ Sin embargo, los conocimientos emergentes también apuntan al aumento de la DIC en mujeres expuestas a los medios de comunicación,³⁴ además de en personas que se han sometido a cirugía bariátrica.¹¹

Por lo tanto, la necesidad de una reconexión real y saludable con el propio cuerpo está presente en varias situaciones clínicas. La fisioterapia puede ser una alternativa de tratamiento no farmacológico para los trastornos mentales que presentan síntomas como el DIC.

A la vista de los resultados de este estudio, se abre la reflexión acerca de la necesidad de incluir el tratamiento fisioterapéutico para las personas que se someten a cirugía bariátrica, como parte de su proceso de rehabilitación.

Consentimiento informado y consideraciones éticas

El presente informe de caso se llevó a cabo de acuerdo con los estándares éticos y las pautas de CARE para informes de casos. El paciente proporcionó su consentimiento informado por escrito para la publicación de su información médica y cualquier imagen asociada.

Declaración de Equidad, Diversidad e Inclusión

Las autoras están comprometidas con la promoción de la equidad, la diversidad y la inclusión a lo largo de todo el proceso de intervención clínica. Estos principios se aplicaron en cada etapa de la atención, desde la evaluación y la planificación del tratamiento hasta el seguimiento.

Perspectiva del paciente

Al final del estudio, la paciente relató una mejoría en su calidad de vida diaria y comenzó a realizar actividad física, con el objetivo de seguir creando experiencias corporales. Dijo que se reconocía a sí misma, y destacó el hecho de que tenía un cuerpo, lo que fue reportado por sus propias palabras: "Ahora tengo un cuerpo".

Conclusiones

El presente estudio refuerza que la fisioterapia puede ser eficiente en el tratamiento de la salud mental, particularmente en los pacientes que enfrentan trastornos de la imagen corporal. Sin embargo, los resultados no se pueden ampliar a la población general, ya que la muestra de este estudio es pequeña.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses.

Referencias

1. ROBST, Michel. Physiotherapy and mental health. *Clinical physical therapy*, v. 230, p. 59-68, 2017.
2. Mehling W, Wrubel J, Daubenmier J, Price C, Kerr C, Silow T, Gopisetty V, Stewart, A. Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philos Ethics Humanit Med*. 2011; 6:6. doi: 10.1186/1747-5341-6-6
3. LONGO, Matthew R. Distortion of mental body representations. *Trends in Cognitive Sciences*, v. 26, n. 3, p. 241-254, 2022.
4. Banfield SS, McCabe MP. An evaluation of the construct of body image. *Adolescence*. 2002 Summer;37(146):373-93. PMID: 12144166.
5. Corno G, Serino S, Cipresso P, Baños RM, Riva G. Assessing the Relationship Between Attitudinal and Perceptual Component of Body Image Disturbance Using Virtual Reality. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2018 Nov;21(11):679-686. doi: 10.1089/cyber.2018.0340. PMID: 30421995.
6. Allen CP, Telford RM, Telford RD, Olive LS. Sport, physical activity and physical education experiences: Associations with functional body image in children. *Psychology of Sport and Exercise*. 2019 Nov;45:1-7. 101572. doi: 10.1016/j.psychsport.2019.101572
7. Medina J, Coslett HB. From maps to form to space: touch and the body schema. *Neuropsychologia*. 2010 Feb;48(3):645-54. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2009.08.017. Epub 2009 Aug 20. PMID: 19699214; PMCID: PMC2813960.
8. Hosseini SA, Padhy RK. Body Image Distortion. 2023 Feb 12. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 31536191.
9. Thurm BE, Pereira ES, Fonseca CC, Cagno MJS, Gama EF. Neuroanatomical aspects of the body awareness. *Journal of Morphological Sciences: Functional Anatomy and Cell Biology*. 2011;28(4):296-299.
10. Perdue TO, Schreier A, Neil J, Carels R, Swanson M. A Concept Analysis of Disturbed Body Image in Bariatric Surgery Patients. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2020;31(1):74-81. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12220>
11. Souza, A. L. L., de Souza, P. M., Mota, B. E. F., Xavier, C. L. F., Santiago, F. G., Oliveira, J. S., Borges, S. A., Bearzoti, E., Gama, E. F., & Souza, G. G. L. (2023). Ghost Fat: Altered Female Body Perception After Bariatric Surgery. *Perceptual and Motor Skills*, 130(1), 301–316. <https://doi.org/10.1177/00315125221133868>
12. Alegría, Christine Aramburu PhD, APRN, FNP-BC1,a; Larsen, Barbara MA2,b. "That's who I am: A fat person in a thin body": Weight loss, negative self-evaluation, and mitigating strategies following weight loss surgery. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 27(3):p 137-144, March 2015. | DOI: 10.1002/2327-6924.12158
13. Catalan-Matamoros D, Helvik-Skjaerven L, Labajos-Manzanares MT, Martínez-de-Salazar-Arboleas A, Sánchez-Guerrero E. A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in

- patients with eating disorders: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2011 Jul;25(7):617-26. doi: 10.1177/0269215510394223. Epub 2011 Mar 14. PMID: 21402650.
14. WALLIN, Ulf; KRONOVALL, Per; MAJEWSKI, Marie-Louise. Body awareness therapy in teenage anorexia nervosa: outcome after 2 years. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, v. 8, n. 1, p. 19-30, 2000.
 15. Albertsen MN, Natvik E, Råheim M. Patients' experiences from basic body awareness therapy in the treatment of binge eating disorder -movement toward health: a phenomenological study. *J Eat Disord*. 2019 Oct 21;7:36. doi: 10.1186/s40337-019-0264-0. PMID: 31641506; PMCID: PMC6802330.
 16. Muller-Pinget S, Carrard I, Ybarra J, Golay A. Dance therapy improves self-body image among obese patients. *Patient Educ Couns*. 2012 Dec;89(3):525-8. doi: 10.1016/j.pec.2012.07.008. Epub 2012 Sep 30. PMID: 23031613.
 17. Haire-Joshu D, Hill-Briggs F. Treating Obesity—Moving From Recommendation to Implementation. *JAMA Intern Med*. 2018;178(11):1447–1449. doi:10.1001/jamainternmed.2018.5259
 18. Muller-Pinget S, Carrard I, Ybarra J, Golay A. Dance therapy improves self-body image among obese patients. *Patient Educ Couns*. 2012 Dec;89(3):525-8. doi: 10.1016/j.pec.2012.07.008. Epub 2012 Sep 30. PMID: 23031613.
 19. Thurm BE. Perfil da percepção corporal e a insatisfação corporal em mulheres com transtornos alimentares: uma proposta de intervenção corporal. São Paulo: São Judas University;2012. Doctorate Degree.
 20. Finn Askevold; Measuring Body Image: Preliminary Report on a New Method. *Psychother Psychosom* 1 February 1975; 26 (2): 71–77. <https://doi.org/10.1159/000286913>
 21. Thurm BE, Miranda ML de J, Salzano FT, Cangelli Filho R, Cordás TA, Gama EF. Revisão dos métodos empregados na avaliação da dimensão corporal em pacientes com transtornos alimentares. *J Bras Psiquiatr* 2011;60:331–6. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000400015>.
 22. RICA, Roberta L. et al. Body-image and-size perception after a single session of HIIT body work in healthy adult men. *Motricidade*, v. 14, n. 4, p. 66-73, 2018.
 23. Formaggio, E., Bertuccelli, M., Rubega, M., Di Marco, R., Cantele, F., Gottardello, F., ... & Masiero, S. (2022). Brain oscillatory activity in adolescent idiopathic scoliosis. *Scientific Reports*, 12(1), 1726
 24. THULO, Lesawana Eliza. An investigation of the relationship between body image and westernisation: a comparison of black rural and urban women. 2017. Tese de Doutorado.
 25. PICADO, S.; ALMEIDA, G.; PEREIRA, C. Perception of Body Image and Body Scheme in post-Stroke patient. *European Journal of Public Health*, v. 29, n. Supplement_1, p. ckz034. 047, 2019.
 26. Pivotto, L. R., Schmit, E. F., Candotti, C. T., Rodrigues, A. P., Neto, E. S., Souza, C., & Loss, J. F. (2022). Effect of 30 pilates sessions on body posture, perception and dynamic balance in healthy women. *Brazilian Journal of Motor Behavior*, 16(1), 36-46.

27. Schmit, E. F. D., Rodrigues, A. P., Souza, C., Candotti, C. T., & Loss, J. F. (2017). Repeatability and intra-rater reproducibility of a digitalized test of body image perception. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 19(2), 214-223.
28. Slade PD, Russell GFM. Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: cross-sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine*. Cambridge University Press; 1973;3(2): 188–199. DOI:10.1017/S0033291700048510
29. Vallar G, Rode G. Commentary on Bonnier P. L'aschématie. *Rev Neurol (Paris)* 1905; 13: 605–9. *Epilepsy & Behavior*. 2009;16(3):397-400. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2009.09.001>.
30. Segheto W, Segheto KJ, Gama EF, Silva CB. Esquema corporal e nível de atividade física em adultos jovens universitários. *Revista Brasileira de Ciência & Movimento*. 2011;19(3):29-36. <https://doi.org/10.18511/rbcm.v19i3.2828>
31. Marchesini, Simone. (2022). Intervenção baseada em atenção plena e imagem corporal em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. 17-39. 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/pacientes.
32. Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspect Psychol Sci*. 2011 Nov;6(6):537-59. doi: 10.1177/1745691611419671. PMID: 26168376.
33. Mehta UM, Thippeswamy H, Bharath RD, Satishcandra P. Paraşemazinin Fenomenolojik ve Tanısal Kapsamı: Bir Olgu Sunumu [Phenomenological and Diagnostic Implications of Paraschemazia: A Case Report]. *Türk Psikiyatri Derg*. 2015 Summer;26(2):138-41. Turkish. PMID: 26111290.
34. TREMBLAY, Simon C.; ESSAFI TREMBLAY, Safae; POIRIER, Pierre. From filters to fillers: an active inference approach to body image distortion in the selfie era. *AI & society*, v. 36, p. 33-48, 2021.

Instituciones Aliadas



INSTITUTO NACIONAL DE
NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ



Universidad
del Gran Rosario



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA



Western Norway
University of
Applied Sciences



ESCUELA COLOMBIANA DE REHABILITACIÓN

Facultad de Medicina



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

1933

Patrocinadores



DIPLOMADO
FISIOTERAPIA EN
SALUD MENTAL



FISIOTERAPIA
EN SALUD
MENTAL

Salud en Movimientos



Revista de Fisioterapia en
SALUD MENTAL

Noviembre 2024