

Vol. 2, No. 2 (diciembre 2025)



Revista de Fisioterapia en
SALUD MENTAL

Revista de Fisioterapia en Salud Mental, Volumen 2 , Número 2, diciembre de 2025, es una publicación bianual, editada por Moisés Jonathan Magos Chong, Hacienda el Ciervo 31A, Colonia Hacienda de las Palmas, Huixquilucan, Estado de México. CP. 52763, Tel. (55) 5627 0210 Ext. 8875, correo: moises.magos@anahuac.mx. <https://jptmh.com/index.php/jptmh/issue/view/vol2-No.2-dec25>
Editor responsable: Moisés Jonathan Magos Chong. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2023-111316510800-102, ISSN: Número en trámite, ambos otorgados 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: 31 de diciembre de 2025. Tamaño del archivo: 5.8 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
Ana María Arias Pérez

Producción Editorial

María Eugenia de León Pérez
Moisés Magos

Vol. 2, No. 2 (diciembre 2025)

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

Editorial

Moisés Magos

07

Revisión

Neuromodulación y psicoterapia para el tratamiento de los trastornos del espectro de ansiedad en trastornos otoneurológicos primarios: Una revisión sistemática

11

Carlos Henrique Gonçalves, Marianita Ozorio Neubauer, Júlia Thees Bortolotti, Mônica Andrade Rios and Katia Nunes Sá



Reporte de casos

Trastorno de síntomas somáticos desencadenado por trauma a lo largo de la vida: Reporte de caso

35

Ana Bárbara Siliézar-Marroquín y Ricardo López Melgar

Perspectiva

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

46

Joe Tatta, Jeremy Fletcher, Rose M. Pignataro, Janet R. Bezner, Annette M. Willgens, Kerstin M. Palombaro, David M. Morris y Donald H. Lein





Vol. 2, No. 2 (diciembre 2025)

PP: 8-10

ISSN: En proceso

Editorial

Moisés Magos

1. Director general, Journal of Physiotherapy in Mental Health.
2. Coordinador, profesor e investigador, Licenciatura en 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, Journal of Physiotherapy in Mental Health.
2. Coordinador, profesor e investigador, Licenciatura en Terapia Física y Rehabilitación, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac México.

Hace un tiempo una estudiante me contó una anécdota que llamó mi atención. Me dijo que en la casa en la que se hospedaba, compartida con más estudiantes de nuestra universidad, había una práctica común. Esta consistía en observar series de televisión al doble de la velocidad normal. En esta versión acelerada, las estudiantes transitaban de un capítulo a otro, devorando temporadas enteras. Mi primera impresión fue de incredulidad. ¿Por qué alguien querría ver algo de esta manera, perdiendo absolutamente todo lo que construye una narrativa? ¿Qué es lo que queda tras este *binge-watching*, cuando los escenarios, personajes, historias, contextos... precipitan su avance ante el espectador?

La respuesta que encuentro es: información. Saber qué sigue, conocer qué es lo que pasa después. Todo reducido a los mínimos datos posibles.

Tras confirmar que era un hábito común entre varios estudiantes, no pude sino pensar en la relación entre esta práctica y el *scrolling* de redes sociales, en el que sólo se *sucedan* una serie de datos, uno tras otro, con una ventana de atención mínima. La relación con el mundo, con la vida de los demás... pasa como instantes de información súbita y fragmentada, en los que nos quedamos con la sensación de conocer, aun cuando hayamos sólo contactado con datos superficiales.

Ya comenzamos a ver el reto que esto supone como sociedad al estar entrenando una atención tan rota y dispersa.

Si a esta sociedad de imágenes fugaces le añadimos el hecho de que en las redes sociales uno mismo se convierte en el *producto de venta*, podemos observar otras aristas de la situación. No sólo atestiguo múltiples datos del mundo externo, sino que yo mismo debo convertirme en trozos visuales, retazos multimedia que vuelvan mi información suficientemente atractiva y exitosa, atrayendo los deseados *likes* a lo que *soy*.

Recuerdo a otra estudiante que me compartió que tuvo que cerrar su cuenta de Instagram, porque la abrumaba el peso de sentir que nunca era suficientemente bonita, divertida, exitosa... como todas las demás mujeres y personas que observaba, que siempre parecían estar pasándola mejor que ella.

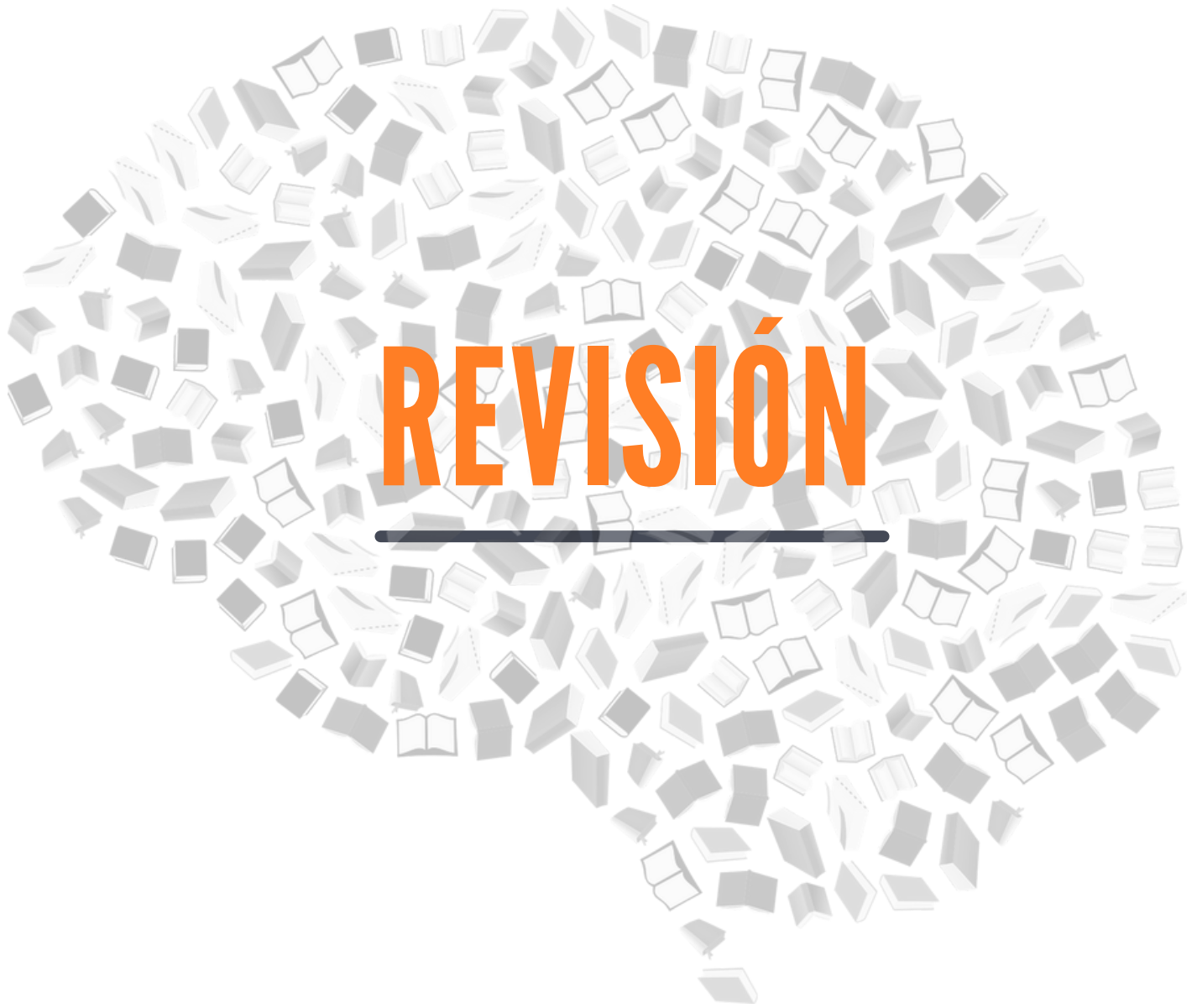
Cada época tiene sus retos y estos son los nuestros. ¿Cómo podemos fomentar el *ser*, más allá del solo *hacer*? ¿De qué forma regresamos la atención, de una manera compasiva y abierta, a nuestro ser corpóreo, en el que habitan nuestra historia y quiénes somos, más allá de la abstracción que hemos querido vender de nosotros mismos? ¿De qué manera recuperamos la capacidad de contemplar, y no sólo pasamos de un estímulo a otro? ¿Cómo recuperamos un sentido de profundidad y trascendencia en un contexto saturado de solo datos? ¿De qué forma creamos vínculos y comunidades que se arraiguen desde el corazón, en contextos en los que los nexos se rompen a la velocidad de un *unfollow*?

No hay respuestas sencillas y a cada uno de nosotros nos toca respondérselas. Vivirlas y *encarnarlas*, más allá de conocerlas como datos.

Sin embargo, esfuerzos como los que realiza esta revista y cada uno de los autores que la construyen, son valiosas semillas que buscan abonar con reflexiones, herramientas, recursos, ideas... este andar compartido.

Deseo que este número, así como los anteriores y los que están por venir, puedan seguir colaborando para construir guías y direcciones, que nos permitan abordar las diferentes preocupaciones que tenemos como sociedad; fortaleciendo nuestro esfuerzo por realmente habitar nuestras vidas con mayor presencia, compasión y sabiduría.

Moisés Magos





Neuromodulación y psicoterapia para el tratamiento de los trastornos del espectro de ansiedad en trastornos otoneurológicos primarios: Una revisión sistemática

Carlos Henrique Gonçalves ¹, Marianita Ozorio Neubauer ¹, Júlia Thees Bortolotti ¹, Mônica Andrade Rios ², Katia Nunes Sá ² ✉

1. Universidad Católica de Petrópolis, Petrópolis, Río de Janeiro, Brasil.
2. Escuela Bahiana de Medicina y Salud Pública, Salvador, Brasil.

✉ Autor de correspondencia: Katia Nunes Sá. Escuela Bahiana de Medicina y Salud Pública. Av. D. João VI, 275, Brotas, código postal 40285-001, Salvador, Bahía, Brasil. Correo electrónico: katia.sa@gmail.com
Teléfono: +55 24 98882-5847

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



Recibido: 05 de mayo de 2025 | Aceptado: 16 de diciembre de 2025

Neuromodulación y psicoterapia para el tratamiento de los trastornos del espectro de ansiedad en trastornos otoneurológicos primarios: Una revisión sistemática

Carlos Henrique Gonçalves ¹, Marianita Ozorio Neubauer ¹, Júlia Thees

Bortolotti ¹, Mônica Andrade Rios ², Katia Nunes Sá ² ✉

1. Universidad Católica de Petrópolis, Petrópolis, Río de Janeiro, Brasil.
2. Escuela Bahiana de Medicina y Salud Pública, Salvador, Brasil.

Resumen: Se ha explorado el tratamiento de los trastornos del espectro de ansiedad en pacientes con afecciones otoneurológicas primarias mediante psicoterapia y estimulación cerebral no invasiva. Sin embargo, la evidencia fragmentada dificulta la identificación de protocolos clínicos eficaces y seguros. **Objetivo:** El objetivo de este estudio es resumir la evidencia sobre la eficacia de la neuromodulación no invasiva y la psicoterapia en el manejo de los trastornos del espectro de ansiedad asociados a afecciones otoneurológicas. **Materiales y métodos:** Una revisión sistemática registrada, guiada por PRISMA (PROSPERO: CRD420250654796), analizó estudios clínicos de PubMed, LILACS, SciELO, APA y PePsic. Se incluyeron estudios que evaluaban la estimulación cerebral no invasiva y/o la psicoterapia para la ansiedad en afecciones otoneurológicas, sin restricciones de año de publicación ni idioma. Dos investigadores independientes buscaron artículos utilizando la herramienta Ryann. Un tercer investigador participó en la decisión final sobre la inclusión de los estudios preseleccionados. Se utilizó la herramienta Cochrane Risk of Bias 2 (Rob2) para analizar la calidad metodológica de los estudios incluidos. Se extrajeron de los estudios seleccionados datos sobre la población de estudio, las características de las intervenciones realizadas y los resultados obtenidos con sus respectivos tamaños del efecto. **Resultados:** De los 821 estudios examinados, 11 cumplieron los criterios de elegibilidad: siete ensayos clínicos aleatorizados, tres estudios observacionales y un informe de caso. Seis estudios apoyaron la psicoterapia, en particular la terapia cognitivo-conductual (TCC), mientras que cinco destacaron la eficacia y seguridad de la estimulación cerebral no invasiva. De estos, uno evaluó la eficacia y seguridad de la estimulación magnética intermitente Theta Burst (iTBS), uno de la estimulación no invasiva del nervio vago (nVNS) y tres evaluaron la estimulación transcraneal de corriente continua (tDCS). Sin embargo, la heterogeneidad metodológica y el pequeño tamaño de las muestras, así como la diversidad en los diseños y resultados de los estudios, limitaron la posibilidad de realizar un metaanálisis y recomendar estas intervenciones como tratamientos de primera línea. **Conclusión:** La psicoterapia y la neuromodulación no invasiva son prometedoras como enfoques complementarios en la rehabilitación vestibular, para el tratamiento de la ansiedad en afecciones otoneurológicas. Sin embargo, la evidencia actual es insuficiente para emitir una recomendación clínica generalizada. Se necesitan más estudios de alta calidad a gran escala para establecer protocolos estandarizados y confirmar su eficacia y seguridad.

Cuadro de Resumen

- Hasta donde sabemos, esta es la primera revisión sistemática que sintetiza estudios clínicos sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad asociados a trastornos otoneurológicos.
- Los hallazgos de esta revisión tienen una relevancia clínica significativa, ya que ofrecen perspectivas basadas en la evidencia que podrían refinar las estrategias terapéuticas para el manejo de los trastornos de ansiedad en pacientes con trastornos otoneurológicos, mejorando así los resultados y la calidad de vida de los pacientes.

Keywords: Vértigo; Mareo; Trastornos de ansiedad; Psicoterapia; Estimulación cerebral no invasiva.

Introducción

El mareo, caracterizado por una sensación de desequilibrio corporal, inestabilidad o alteración de la percepción del entorno, y el vértigo, definido como la ilusión de movimiento del propio cuerpo o del entorno, son síntomas prevalentes que experimentan tanto la población general como personas con diversas afecciones neurológicas o psiquiátricas.¹ Se estima que aproximadamente entre el 20 % y el 30 % de los adultos experimentan mareo o vértigo en algún momento de su vida.² Entre las afecciones más comunes asociadas con estos síntomas se encuentran el vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB), la enfermedad de Ménière, la migraña vestibular, el mareo postural perceptivo persistente (PPPD), la neuritis vestibular y el síndrome de Débarquement.³

Ciertos grupos tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos relacionados con el equilibrio, también conocidos como síndromes otoneurológicos. Estos incluyen a personas mayores, mujeres y personas con comorbilidades como cardiopatías, diabetes, hipertensión, infecciones, estrés, ansiedad, depresión, trastornos de pánico y alteraciones del sueño.⁴ Cabe destacar que los trastornos del espectro de ansiedad se asocian frecuentemente con disfunciones otoneurológicas.⁵ El impacto de estos síntomas en la calidad de vida es significativo y a menudo provoca una reducción de la productividad, aislamiento social y deterioro funcional general.⁶⁻⁸

Los síndromes otoneurológicos surgen de diversos mecanismos subyacentes, como la desintegración sensorial, la reducción del flujo sanguíneo cerebral,⁹ la disfunción de las redes límbicas —en particular las que afectan al hipocampo y la amígdala— y anomalías en el reflejo vestíbulo-ocular o la motilidad ocular.¹⁰ Si bien los tratamientos de primera línea, como los ejercicios de rehabilitación vestibular, las intervenciones farmacológicas y las maniobras de reposicionamiento de cristales laberínticos (p. ej., la maniobra de Epley), han mostrado resultados favorables, un subgrupo de pacientes experimenta un alivio incompleto de los síntomas.¹¹ Esto pone de relieve la necesidad de enfoques terapéuticos complementarios para abordar la naturaleza multifacética de estas afecciones, en particular en los casos en que coexisten la ansiedad y los trastornos del equilibrio. Dada la naturaleza compleja y multidimensional de las disfunciones otoneurológicas y los trastornos del espectro de ansiedad, los enfoques interdisciplinarios son esenciales. La psicoterapia y las técnicas de neuromodulación no invasiva, basadas en la neurociencia aplicada, ofrecen vías prometedoras para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida. Estos enfoques pueden

complementar las intervenciones biopsicosociales tradicionales, proporcionando un marco terapéutico más holístico.

Las técnicas de neuromodulación no invasiva, como la tDCS,¹² la rTMS,¹³ la taVNS,¹⁴ y las intervenciones psicoterapéuticas como la TCC,¹⁵ han surgido como vías prometedoras. Varias revisiones sistemáticas han evaluado estas intervenciones en contextos diferentes, aunque estrechamente relacionados. Por ejemplo, las revisiones sistemáticas existentes han sintetizado la evidencia sobre la neuromodulación para el trastorno de ansiedad generalizada¹⁶ o para el tinnitus,¹⁷ y sobre la TCC para el vértigo y el mareo o los trastornos vestibulares.¹⁸ Sin embargo, estas revisiones se han centrado en poblaciones psiquiátricas sin un diagnóstico otoneurológico primario, así como en poblaciones otoneurológicas sin un enfoque específico en la cuantificación de los resultados sobre la ansiedad. Es crucial que, hasta la fecha, ninguna revisión sistemática haya evaluado de forma específica y simultánea los efectos de la neuromodulación y la psicoterapia, específicamente dirigidas a los síntomas de ansiedad, en pacientes con síndromes otoneurológicos primarios. Esto representa una brecha significativa, ya que los mecanismos neurofisiológicos y cognitivos subyacentes a afecciones como el trastorno depresivo mayor (MDD) o la migraña vestibular sugieren que el análisis combinado o comparativo de estas intervenciones dirigidas al cerebro no solo es lógico, sino que resulta necesario.

Basándose en la pregunta de la estrategia PICO "¿Cuáles son los efectos de la neuromodulación no invasiva (p. ej., tDCS, rTMS, taVNS) y la psicoterapia (p. ej., TCC) en comparación con las condiciones de control (p. ej., estimulación simulada, atención estándar, otras terapias) sobre los síntomas de ansiedad y los resultados otoneurológicos en personas con síndromes otoneurológicos primarios (p. ej., PPPD, migraña vestibular, enfermedad de Ménière)?", la presente revisión sistemática pretende llenar este vacío sintetizando la evidencia disponible sobre los efectos de la neuromodulación no invasiva y la psicoterapia, específicamente para los síntomas del espectro de ansiedad en personas con afecciones otoneurológicas primarias. Al comparar y consolidar directamente los hallazgos en estos dos dominios terapéuticos innovadores, buscamos aclarar su eficacia relativa, identificar posibles mecanismos sinérgicos, así como evaluar la seguridad y viabilidad de su aplicación en otoneurología. Este enfoque específico proporcionará a los profesionales clínicos una base de evidencia matizada para guiar la integración de estas terapias en estrategias de tratamiento personalizadas, abordando los componentes vestibulares y emocionales interrelacionados de estas afecciones discapacitantes.

Métodos

Esta revisión sistemática de la literatura se realizó de acuerdo con las directrices PRISMA (Ítems de Informe Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis) y está registrada en PROSPERO bajo el número de registro CRD420250654796.

Proceso de selección de datos

Para garantizar la transparencia metodológica y el cumplimiento de las directrices PRISMA, esta revisión incluyó una subsección dedicada a la descripción del proceso de selección de datos. La búsqueda se realizó en cinco bases de datos: Medline (vía PubMed), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), SciELO (Biblioteca Electrónica Científica en Línea), APA PsycInfo (Asociación Americana de Psicología) y PePsic (Periódicos Eletrônicos em Psicologia), utilizando estrategias combinadas de vocabulario controlado y palabras clave de texto libre relacionadas con afecciones otoneurológicas, trastornos del espectro de ansiedad e intervenciones terapéuticas. Dos revisores independientes realizaron la selección a través de la plataforma Rayyan, aplicando criterios de inclusión y exclusión predefinidos. Se eliminaron los duplicados, seguidos de la selección del título y el resumen, y la evaluación del texto completo. Un tercer revisor resolvió cualquier desacuerdo. El diagrama de flujo PRISMA (Figura 1) ilustra las fases de identificación, selección, elegibilidad e inclusión del proceso de selección.

Criterios de inclusión

Se incluyeron los siguientes tipos de estudios clínicos:

1. **Diseños de estudios:** Informes de casos, estudios observacionales, series de casos, ensayos clínicos de un solo brazo y ensayos controlados aleatorizados (ECA).
2. **Intervenciones:** Estudios que evaluaron los efectos de:
 - **Técnicas de neuromodulación no invasivas:** Estimulación eléctrica transcraneal (TES), ETCD, EMT, taVNS y estimulación focal por ultrasonido (EFU).
 - **Psicoterapia:** TCC de primera, segunda y tercera generación, Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR), psicoanálisis, psicodrama y terapia analítica.

3. **Población:** Personas con trastornos del espectro de ansiedad (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno de estrés postraumático, agorafobia o fobias específicas) y afecciones otoneurológicas primarias, incluyendo:
 - Vértigo posicional paroxístico benigno (VPP)
 - TPPP
 - Migraña vestibular
 - Laberintitis
 - Enfermedad de Parkinson
 - Enfermedad de Ménière
 - Trastorno de desbarquement
 - Cinetosis
 - Acúfenos
 - Neuritis vestibular

4. **Idioma y fecha de publicación:** Se consideraron estudios publicados en cualquier idioma y sin restricciones en cuanto al año de su publicación.

5. **Disponibilidad:** Los estudios deben ser accesibles a través de las bases de datos consultadas.

Criterios de exclusión

Se excluyeron los siguientes estudios:

- Estudios experimentales con animales o cultivos celulares.
- Estudios mecanicistas o estudios centrados únicamente en los mecanismos subyacentes.
- Artículos de revisión, estudios de protocolo o estudios piloto.
- Estudios observacionales o intervencionistas centrados en trastornos otoneurológicos secundarios a otras enfermedades (p. ej., ictus, esclerosis múltiple o tumores cerebrales).

Search information

Se consultaron las siguientes bases de datos:

- Medline (vía PubMed)

- LILACS
- SciELO
- APA PsycInfo
- PePsic

Estrategias de búsqueda

Las estrategias de búsqueda se adaptaron a cada base de datos, utilizando una combinación de vocabulario controlado (p. ej., términos MeSH) y palabras clave de texto libre. Se adoptó el siguiente enfoque general:

1. Términos de población:

- Afecciones otoneurológicas: "Vértigo posicional paroxístico benigno", "Mareo postural perceptivo persistente", "Migraña vestibular", "Laberintitis", "Enfermedad de Parkinson", "Enfermedad de Ménière", "Mal de Débarquement", "Mareo por movimiento", "Acúfenos", "Neuritis vestibular".
- Trastornos del espectro de ansiedad: "Trastorno de ansiedad generalizada", "Trastorno de pánico", "Trastorno obsesivo-compulsivo", "Trastorno de estrés postraumático", "Agorafobia", "Fobias específicas".

2. Términos de intervención:

- Neuromodulación no invasiva: "Estimulación eléctrica transcraneal", "Estimulación magnética transcraneal", "Estimulación transauricular del nervio vago", "Estimulación focal por ultrasonido".
- Psicoterapia: "Terapia Cognitivo-Conductual", "EMDR", "Psicoanálisis", "Psicodrama", "Terapia Analítica".

3. Términos del diseño del estudio:

- "Informe de Caso", "Estudio Observacional", "Serie de Casos", "Ensayo Clínico de un Solo Brazo", "Ensayo Controlado Aleatorizado", "Ensayo Clínico Aleatorizado".

4. Combinación de términos:

- Se utilizaron operadores booleanos (AND, OR) para combinar términos relacionados con la población, las intervenciones y los diseños del estudio. Por ejemplo:
 - ("Vértigo Posicional Paroxístico Benigno" O "Migraña Vestibular") Y ("Estimulación Magnética Transcraneal" O "Terapia Cognitivo-Conductual") Y ("Ensayo Controlado Aleatorizado" O "Serie de Casos").

Las estrategias completas aplicadas para el cribado con sus respectivos resultados se pueden consultar en el Apéndice 1.

Filtros:

No se aplicaron filtros por idioma ni fecha de publicación para garantizar una búsqueda exhaustiva.

Resumen

Esta revisión sistemática tiene como objetivo resumir la evidencia disponible sobre la eficacia de la neuromodulación no invasiva y la psicoterapia en el manejo de los trastornos del espectro de ansiedad en personas con afecciones otoneurológicas primarias. Mediante rigurosos estándares metodológicos y una estrategia de búsqueda exhaustiva, esta revisión busca proporcionar información valiosa sobre protocolos de tratamiento eficaces y seguros para esta compleja población de pacientes. La recopilación de datos fue desarrollada por dos investigadores independientes y revisada por otros dos investigadores entre febrero y mayo de 2025.

Resultados

La búsqueda inicial identificó 821 artículos: 15 de PubMed, 791 de LILACS, 13 de SciELO, 2 de APA y ninguno de PePsic. Dos revisores independientes ingresaron los estudios identificados en la plataforma Rayyan (disponible en <https://new.rayyan.ai/reviews/1282038/overview>). También se consultaron las listas de referencias de los estudios preseleccionados para ampliar el alcance de la recopilación. El diagrama de flujo de la recopilación de datos puede verse en la Figura 1.

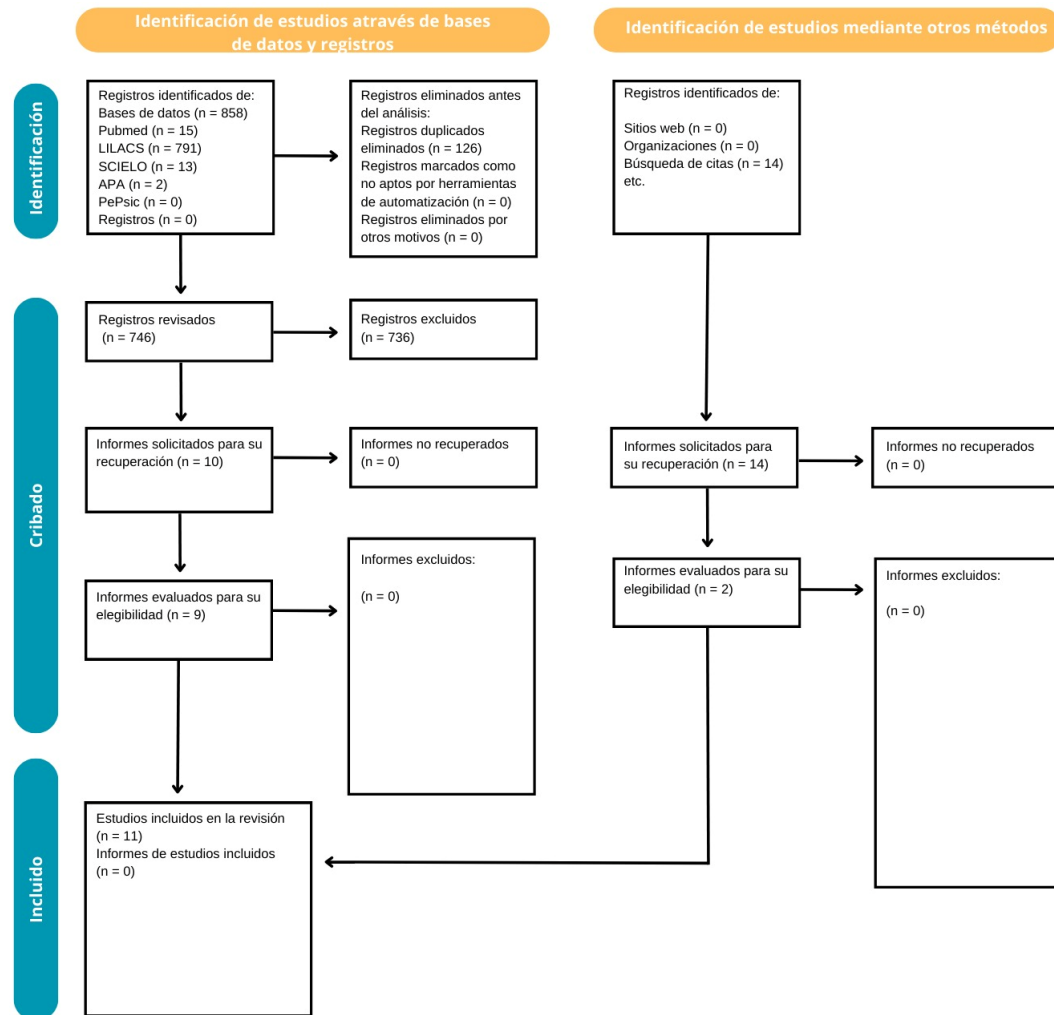


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios según la guía PRISMA.

Nota: Este diagrama de flujo se adaptó del diagrama de flujo PRISMA 2020 para nuevas revisiones sistemáticas, con licencia CC BY 4.0. Se modificaron el formato de las tablas, el tamaño del texto, el relleno de los cuadros de texto y se eliminaron las notas editoriales.

Selección y características de los estudios

Tras aplicar los criterios de elegibilidad y eliminar los artículos duplicados, se seleccionaron once estudios para la extracción y el análisis de datos. De estos, cuatro habían declarado su registro en bases de datos de ensayos clínicos. Los estudios incluidos comprendieron siete ensayos clínicos, tres estudios observacionales y un informe de caso. Geográficamente, los estudios se distribuyeron de la siguiente manera: tres realizados en Alemania, dos en Suecia, dos en Suiza y uno en China, Bélgica, Australia y Brasil.

Trastornos otoneurológicos y población de pacientes

Los trastornos otoneurológicos investigados en los estudios seleccionados incluyeron: un estudio sobre el mal de desembarquement, con 20 pacientes; dos estudios sobre el TPPP, con 103 pacientes; tres estudios sobre el mareo general, con un total de 75 pacientes; dos estudios sobre el vértigo fóbico, con 78 pacientes; dos estudios sobre el tinnitus, con 57 pacientes; y un estudio de caso con 2 pacientes con TOC y síntomas de mareo asociados. En total, esta revisión sistemática examinó datos de 335 pacientes con trastornos otoneurológicos y síntomas de ansiedad.

Intervenciones terapéuticas evaluadas

Las intervenciones terapéuticas evaluadas en los estudios incluyeron: un estudio que evaluó la estimulación magnética theta-burst; un estudio que investigó la estimulación magnética repetitiva clásica; dos estudios que examinaron los efectos de la tDCS; un estudio que exploró la taVNS; y seis estudios centrados en la psicoterapia; todos ellos utilizaron un enfoque de TCC. En la Tabla 1 se presenta un resumen de las características de los estudios seleccionados.

Los protocolos terapéuticos (Tabla 2) se aplicaron desde cuatro semanas hasta un año de intervención. Los resultados obtenidos con los enfoques examinados presentaron tamaños del efecto que oscilaron entre 0,54 y 4,6 en la diferencia entre las medias en la comparación intra e intergrupo (d de Cohen o g de Hedges).

La herramienta RoB 2 detectó un riesgo de sesgo de bajo a moderado en todos los estudios, excepto en un estudio²⁰ que presentó poca información sobre el proceso de aleatorización, la desviación de los resultados principales y las medidas de resultado. Dos estudios^{19,29} se realizaron sin riesgo de sesgo (Figura 2).

Tabla 1. Características de los estudios seleccionados

| Estudios | País | Diseño | Grupo de Prueba | Grupo Compativo | Condición Otoneurológica |
|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------|
| Browne et al., 2024 ¹⁹ | Australia | ECA | 10 | 10 | Mal de Debarquement |
| Yu et al., 2018 ²⁰ | China | ECA | 46 | 45 | PPPD |
| Schaaf & Hesse, 2015 ²¹ | Alemania | Cohorte | 18 | 5 | Chronic Dizziness |
| Schmid et al., 2020 ²² | Suiza | Cohorte Retrospectiva | 20 | 20 | PPPD |
| Silva et al., 2016 ²³ | Brasil | Estudio de Caso | 2 | N/A | OCD |
| Holmberg et al., 2007 ²⁴ | Alemania | Estudio de Seguimiento de ECA | 24 | N/A | PPV |
| Holmberg et al., 2005 ²⁵ | Suecia | EC | 16 | 15 | PPV |
| Dale et al., 2023 ²⁶ | Suecia | ECA | 81 | 78 | PPPD |
| Eren et al., 2018 ²⁷ | Alemania | ECA | 12 | 11 | PPPD |
| Pal et al., 2015 ²⁸ | Suiza | ECA | 21 | 21 | Tinnitus |
| Faber et al., 2012 ²⁹ | Bélgica y EEUU | ECA | 8 | 7 | Tinnitus |

Leyenda: EC = Ensayo clínico sin grupo control; N/A = no aplicable; ECA = Ensayo clínico aleatorizado; EE. UU. = Estados Unidos de América; TOC = Trastorno obsesivo-compulsivo; PPPD = Mareo postural-perceptual persistente; PPV - Vértigo postural fóbico; ECA = Ensayo clínico aleatorizado.

Tabla 2. Protocolos terapéuticos y resultados obtenidos.

| Estudio | Estrategia PICO | Seguimiento | Parámetros | Tamaño del efecto | Resultados (+ o -) |
|-------------------------------------|---|---|---|---|--|
| Browne et al., 2024 ¹⁹ | P = Mal de Debarquement I = tTBS + VOR vs. VOR C = Sham O = DHI, BDI, HADS-A, HADS-D, MSQ, MdDS-SQ | 16 semanas | 5 sesiones por día 4 días Bobina en 8 CPFDL-Esquerdo 50Hz Intervalo 200ms 2 temblores 600 pulses/temblor | F (3,54) = 9,201 | Ambos + Sin diferencia entre los grupos |
| Yu et al., 2018 ²⁰ | P = PPPD I = CBT + Sertraline C = Sertraline O = HARS+HDRS+DHI* | 8 semanas | Sertralina + TCC diaria 2 sesiones por semana | g = 1,5 | Ambos +, pero TG > CG |
| Schaaf & Hesse, 2015 ²¹ | P = Chronic Dizziness I = Psychotherapy C = Not Applicable O = HADS | 1 año | Asesoramiento neurológico en dos ocasiones, TCC Educación para la salud individual y grupal Ejercicio Tai Chi Chuan Relajación Entrenamiento de equilibrio | g = 3,1 | Ambos + Sin diferencia entre los grupos |
| Schmid et al., 2014 ²² | P = Persistent dizziness I = CBT + VOR + Psychoeducation C = Not applicable O = DHI* + BSI + QoL + SoH | N/R | CBT 8 sesiones | HADS g = 3,9 | Solo análisis intragrupos |
| Silva et al., 2016 ²³ | P = OCD resistant I = tDCS + SSRI C = Sham + SSRI O = Y-BOCS*, BAI, BDI | 4 semanas por 6 meses | 20 sesiones diarias durante 30 minutos (2 h) Cátodo en SMA bilateral Ánodo en músculo deltoides | g = 0.59 un paciente con mejoría significativa, reducción del 50% en las puntuaciones BDI y BAI; mejoría del 17% en las puntuaciones YBOCS y el resto permaneció sintomático. | Ambos + |
| Holmberg et al., 2007 ²⁴ | P = PPV I = CBT+VR C = Not Applicable O = DHI, VSS, VHQ, HADS | 1 año | 10 sesiones de TCC (entre 8 – 12); estar de pie en situaciones que provoquen mareos | NR | Seguimiento: efecto limitado a largo plazo |
| Holmberg et al., 2005 ²⁵ | P = PPV I = CBT C = SVR + vestibular exercises O = Reduction in dizziness handicap, vertigo symptoms (VHQ and DHI), anxiety (HAS), and depression (HDS) | 8-12 sesiones | 10 sesiones de TCC Vs. Ejercicios diarios de 15 minutos 2 veces al día | VHQ = 2,79 HAS = 2,99 HDS = 2,36 | Ambos + TG > CG |
| Dale et al., 2023 ²⁶ | P = Patients with functional vertigo or dizziness I = Integrative Psychotherapeutic Group C = Treatment (IPGT) O = Self-Help Group (SHG) Active control VHQ | 16 semanas | Una vez a la semana 90 minutos 6-10 participantes 2 terapeutas por grupo | VHQ = 2,09 (síntomas físicos) | Ambos + |
| Eren et al., 2018 ²⁷ | P = PPPD I = Nvns + SOC C = SOC O = Improved quality of life | Part I = 4 semanas Part II = 4 semanas | Señal eléctrica de baja tensión (ondas sinodales de 5 kHz cada una durante 1 ms, 40 ms cada una (25 Hz) 3 estimulaciones durante 2 minutos 5 minutos de intervalo 2 veces al día en el lado derecho del cuello (sobre el nervio vago) | Cohen's f ² = 0,853 | Ambos + Después de 2 fases |
| Pal et al., 2015 ²⁸ | P = Tinnitus I = tDCS C = Sham O = THI | 5 días 1 mes 3 meses | 5 días consecutivos Á en PFC 2 mA 20 minutos (grupo de prueba) 1 mA 90 segundos (grupo simulado) | Primer mes = 0,08 Tercero mes = 0,18 | Ambos + |
| Faber et al., 2011 ²⁹ | P = Tinnitus I = Á tDCS on Left DLPFC C = Sham (n = 8) and Right DLPFC (n=7) O = HADS + VAS | 2 semanas 8 semanas de washout | Á tDCS en la CPFDL izquierda Cátodo en la CPFDL derecha 1 mA 20 minutos 6 sesiones | Tinnitus S = - 2,06 Depression U = 8 Anxiety S = - 0,27 (p = 0,78) | Ambos + |

Leyenda: BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; BDI = Inventario de Depresión de Beck; CBT = Terapia Cognitivo Conductual; CG = Grupo Control; NR = No informado; PICO = Paciente/Población, Intervención/Exposición, Comparación, Resultados; tDCS = Estimulación Transcranial de Corriente Directa; DHI = Inventario de Incapacidad por Mareo; DLPFC = Corteza Prefrontal Dorsolateral; DO = Solo Mareo; HADS = Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; HARS = Escala de Calificación de Ansiedad de Hamilton; HDRS = Escala de Calificación de Depresión de Hamilton; IPGT = Tratamiento Grupal Psicoterapéutico Integrativo; MdDS-SQ = Cuestionario de Síntomas del Síndrome de Mal de Debarquement; QBD = Déficit de Equilibrio Cuantificado; QoL = Calidad de Vida; rTMS = Estimulación Magnética Transcranial Repetitiva; SHG = Grupo de Autoayuda; SoH = Estado de Salud; SMA = Área Motora Suplementaria; ISRS = inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina; SoH = estado de salud; SOC = estándar de atención; SVR = rehabilitación vestibular autoadministrada; taVNS = estimulación del nervio vago transauricular; THI = Inventario de discapacidad por tinnitus; VHQ = Cuestionario de discapacidad por vértigo; TG = grupo de prueba; VR = rehabilitación vestibular; VSS = puntuación de síntomas de Vancouver; Y-BOCS = escala obsesiva compulsiva amarillo-marrón.

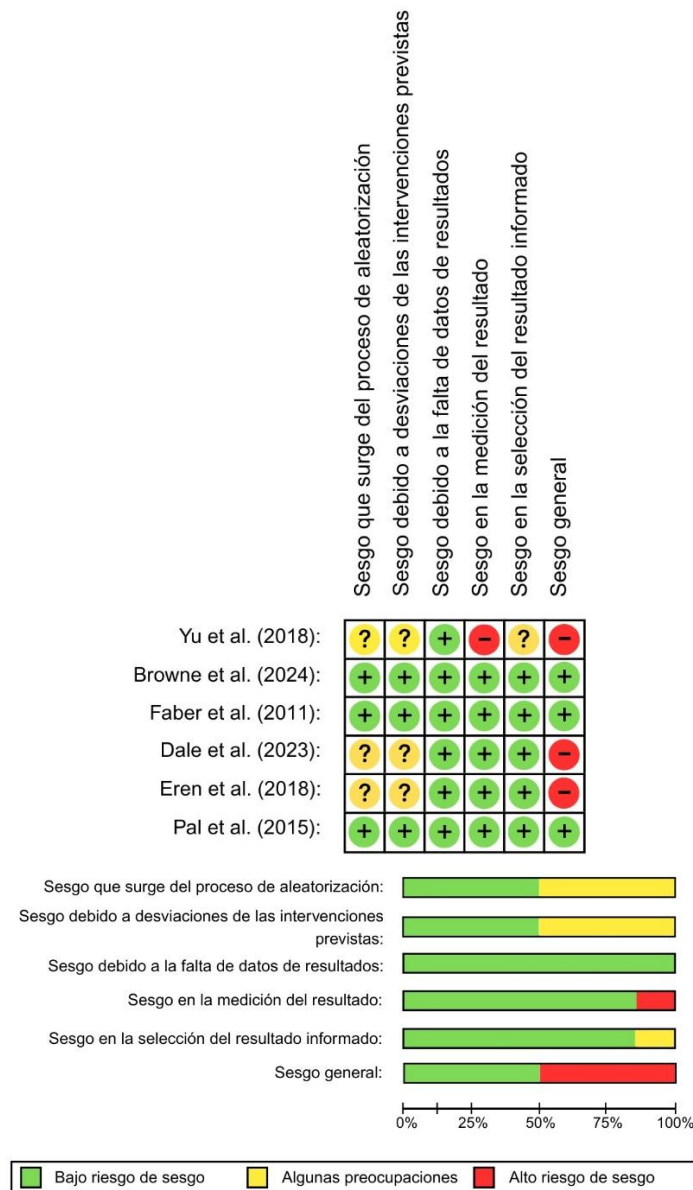


Figura 2. Análisis de riesgo de sesgo según la guía Cochrane.

Discusión

Esta revisión tuvo como objetivo resumir la evidencia sobre la eficacia y seguridad de la psicoterapia, así como la neuromodulación no invasiva en el tratamiento de las afecciones otoneurológicas asociadas con la ansiedad. Sin embargo, el número de estudios que cumplían los criterios de elegibilidad predefinidos fue limitado. Se identificaron estudios clínicos únicamente para poblaciones con mareos inespecíficos, vértigo fóbico, tinnitus y síndrome de Débarquement. Estas afecciones, que afectan principalmente el equilibrio, se caracterizan por síntomas como mareos y vértigo. Cabe destacar que no se encontraron estudios que

abordaran el tratamiento de la pérdida auditiva u otras disfunciones otoneurológicas mediante estos enfoques terapéuticos.

Los tratamientos de primera línea para el mareo y el vértigo incluyen intervenciones farmacológicas,³⁰ maniobras de reposicionamiento para cristales laberínticos y rehabilitación vestibular, la cual incluye adaptación, habituación, ejercicios de sustitución, biorretroalimentación y realidad virtual.³¹ En casos refractarios, se han explorado terapias complementarias como inyecciones timpánicas,³² punción seca,³³ psicoterapia,³⁴ y neuromodulación no invasiva,³⁵ aunque con evidencia de apoyo limitada. Esta revisión identificó seis estudios clínicos que demuestran resultados favorables consistentes para la psicoterapia como intervención. Sin embargo, estos estudios carecían de descripciones detalladas de las técnicas empleadas, sin suficiente evidencia exhaustiva, como metaanálisis o ensayos clínicos a gran escala, para respaldar la psicoterapia como tratamiento de primera línea. La evidencia para la neuromodulación no invasiva es aún más limitada, con solo un estudio sobre rTMS, uno sobre estimulación magnética continua Theta Burst (cTBS), dos sobre tDCS y un estudio de caso sobre taVNS. La escasez de evidencia a menudo conduce al uso fuera de indicación en la práctica clínica o a la reticencia de los profesionales a prescribir estas terapias.

El Consenso Brasileño sobre Tinnitus recomienda varios tratamientos para el manejo del tinnitus,³⁶ incluyendo terapia de sonido, audífonos, medicamentos para mejorar la circulación del oído, antidepresivos o ansiolíticos, TCC, técnicas de relajación, biorretroalimentación, terapia láser y tratamiento de la disfunción temporomandibular. Los hallazgos de esta revisión resaltan resultados controvertidos con respecto al uso de la tDCS para el tinnitus. Por ejemplo, un estudio²⁸ no encontró diferencias significativas entre los grupos activos y simulados que utilizaron tDCS bifrontal dirigida a la corteza prefrontal dorsolateral. Por el contrario, otros autores²⁹ informaron resultados positivos para el tinnitus y los síntomas de depresión con tDCS, aunque no se observaron efectos significativos sobre la ansiedad. Un metaanálisis reciente con 1031 participantes¹⁷ confirmó efectos beneficiosos, de leves a moderados, de la neuromodulación no invasiva, en particular con la tDCS aplicada a la región temporoparietal o la corteza prefrontal dorsolateral para el tratamiento del tinnitus. Estos hallazgos subrayan la necesidad de realizar más ensayos clínicos a gran escala para resolver las controversias existentes y establecer directrices más claras para el uso de la tDCS en el tratamiento del tinnitus.

Los trastornos neurotológicos se entienden cada vez más como alteraciones desadaptativas dentro del sistema neuronal multimodal, que afectan particularmente los mapas cerebrales vestibulares, espaciales y temporales.⁸ Investigaciones recientes han identificado correlatos neuronales que vinculan los sistemas vestibular y auditivo con los circuitos del miedo,³⁷ lo que subraya el papel neuropsicológico crucial de estos sistemas en la cognición, la percepción del movimiento, la memoria espacial y la imagen corporal.⁷ Además, la red neuronal responsable del equilibrio postural está intrínsecamente conectada con las funciones cognitivas, emocionales y autónomas.³⁷

Las observaciones clínicas revelan que los pacientes con trastornos de pánico, fobia social, trastorno de estrés postraumático (TEPT), TOC y trastornos por consumo de sustancias, reportan con frecuencia mareos como un síntoma prominente.³⁸ Síndromes como el trastorno de ansiedad postraumática (TPPP) suelen responder favorablemente a los tratamientos ansiolíticos,⁸ aunque los medicamentos psicotrópicos pueden inducir mareos como efecto secundario.³⁹ El miedo a caer, exacerbado por mareos o vértigo, puede empeorar los síntomas al alterar la activación muscular postural, el control autónomo y el equilibrio, creando un ciclo autoperpetuante de disfunción.³⁸

Esta comprensión neurocientífica resalta la importancia de explorar la psicoterapia y la neuromodulación no invasiva como enfoques terapéuticos complementarios. Las intervenciones dirigidas a la corteza cerebral, como la estimulación eléctrica o magnética, pueden promover la reorganización neurofuncional de los circuitos neuronales afectados, lo que conduce al alivio de los síntomas.¹⁹ La psicoterapia cognitiva, por otro lado, facilita la autorregulación de los neurotransmisores dentro de los circuitos sinápticos, mejorando los resultados clínicos. Estos enfoques, al combinarse con tratamientos farmacológicos y fisioterapéuticos, ofrecen opciones complementarias o alternativas prometedoras, especialmente para pacientes que no responden a las terapias de primera línea.

La neuromodulación no invasiva, basada en los principios de la neuroplasticidad, ha ganado un importante reconocimiento clínico en las últimas décadas.⁴⁰ Por ejemplo, algunos autores¹⁹ demostraron que la cTBS alivia significativamente los síntomas del síndrome de Débarquement, lo que sugiere su posible integración en protocolos de rehabilitación vestibular. Sin embargo, la tDCS ha mostrado una eficacia limitada en comparación con la rTMS en el tratamiento de los trastornos de ansiedad,¹⁶ lo que podría explicar la falta de mejoría sintomática observada en trastornos psicológicos con tDCS en otros estudios.¹⁷

La estimulación del nervio vago se ha convertido en una alternativa prometedora, con beneficios demostrados en el tratamiento de la depresión.⁴¹ Aunque aún falta evidencia exhaustiva, esta modalidad tiene potencial para abordar los problemas de control postural asociados con la ansiedad en pacientes con PPPD,²⁷ así como otras disfunciones otoneurológicas. Su bajo riesgo, rentabilidad y tolerabilidad la convierten en una opción atractiva para modular el sistema nervioso autónomo y apoyar la recuperación funcional en trastornos otoneurológicos.⁷

La integración de la psicoterapia, en particular la TCC, ha demostrado ser un componente crucial en el manejo de la ansiedad y el estrés, que a menudo se asocian con síntomas otoneurológicos. Un estudio²⁰ demostró la eficacia de la TCC, ya sea administrada individualmente o en grupo, para reducir la dependencia de la sertralina en pacientes con TPPP. De igual manera, otros autores²⁶ realizaron un ensayo clínico con 159 pacientes y descubrieron que la TCC alivió significativamente el vértigo, la ansiedad y la depresión, independientemente de si se administró individualmente o en grupo. Cabe destacar que un estudio⁴² informó que, incluso, una intervención breve de tres sesiones individuales de TCC produjo reducciones mensurables de los síntomas físicos y psicológicos. Además, la TCC grupal ha demostrado una eficacia consistente en el tratamiento de casos refractarios de trastornos neurotológicos.⁴³ Si bien la TCC ha demostrado resultados favorables integrales, aún existe una brecha en la literatura sobre la efectividad de otros enfoques psicoterapéuticos en este contexto, como la EMDR o las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación.

Se ha demostrado que la combinación de psicoterapia con tratamiento farmacológico produce efectos beneficiosos en el manejo del mareo crónico.²¹ De igual manera, la integración de la psicoterapia con la rehabilitación vestibular ha sido eficaz para abordar el mareo, el vértigo, la ansiedad, la depresión y la somatización.³⁴ Sin embargo, no todos los estudios han reportado resultados uniformemente favorables. Por ejemplo, un estudio²⁴ no encontró beneficios significativos de la TCC en el tratamiento del vértigo postural fóbico, posiblemente debido a factores como la edad de los participantes o protocolos de TCC insuficientemente detallados. Por el contrario, otro estudio²² destacó que tanto la TCC como la rehabilitación vestibular mejoraron los resultados clínicos y funcionales, así como la calidad de vida, en pacientes con mareo. Estos hallazgos subrayan el valor de un enfoque terapéutico multidimensional, donde los efectos sinérgicos de diferentes modalidades terapéuticas pueden mejorar los resultados generales.

Los pacientes que presentan mareos, tinnitus o vértigo relacionados con la ansiedad requieren una atención terapéutica empática e integral, que debe ser un esfuerzo colaborativo entre todos los miembros del equipo de atención médica.⁴⁴ La psicoeducación desempeña un papel fundamental en este proceso, ya que ayuda a los pacientes a comprender la interacción entre los factores psicológicos y los síntomas otoneurológicos. Esta comprensión facilita la modulación endógena guiada por las funciones cognitivas.²⁶ Las técnicas de TCC, como el establecimiento de objetivos terapéuticos claros y compartidos, el uso de preguntas socráticas y la asignación de tareas cognitivas para la práctica en casa, empoderan a los pacientes para gestionar de forma autónoma sus desafíos emocionales y de equilibrio. La evidencia revisada aquí subraya el papel crucial de la TCC en el tratamiento de los trastornos neurotológicos, con tamaños de efecto de moderados a altos que respaldan su incorporación como enfoque terapéutico de primera línea.

Si bien la neuromodulación no invasiva se muestra prometedora como tratamiento complementario para ciertas afecciones otoneurológicas, la evidencia actual es insuficiente para respaldar su adopción generalizada como terapia de primera línea. Es esencial realizar más investigaciones con metodologías integrales y muestras más grandes para validar su eficacia y seguridad, mejorando así la confianza clínica en su aplicación.

Esta revisión no está exenta de limitaciones. La heterogeneidad de las muestras de estudio y las intervenciones, sumada a la falta de descripciones detalladas de los protocolos terapéuticos, impidió la posibilidad de realizar un metanálisis. Además, no pudimos encontrar otras revisiones sistemáticas, con o sin metanálisis, con las que pudiéramos comparar nuestros hallazgos. Estas limitaciones resaltan la necesidad de metodologías más estandarizadas en futuras investigaciones.

Un metanálisis reciente⁴² proporciona evidencia de alto nivel de que la TCC adicional, al combinarse con tratamientos convencionales como la rehabilitación vestibular o el inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, mejora significativamente los resultados en pacientes con PPPD, como se refleja en las reducciones en las puntuaciones del Inventario de Discapacidad por Mareo, la Escala de Ansiedad de Hamilton, la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada 7 y el Cuestionario de Salud del Paciente 9. Por el contrario, la revisión sistemática del manuscrito principal sintetiza intervenciones más amplias para la ansiedad asociada a trastornos otoneurológicos, destacando la TCC como un complemento prometedor, pero enfatizando la escasez de ensayos sólidos y la heterogeneidad metodológica. Si bien ambos estudios coinciden en la relevancia terapéutica de la TCC, este estudio ofrece una confirmación cuantitativa de su beneficio adicional en el TPPP, mientras que la revisión principal subraya la necesidad de protocolos

estandarizados y más investigación a gran escala para validar estos hallazgos en diversos trastornos otoneurológicos.

Conclusión

La psicoterapia, en particular la TCC, y la neuromodulación no invasiva representan complementos prometedores para la rehabilitación vestibular y el tratamiento del tinnitus. Sin embargo, la evidencia actual es insuficiente para justificar una recomendación clínica generalizada. Entre las modalidades examinadas la TCC, ya sea individual o grupal, ha demostrado consistentemente resultados favorables. No obstante, es fundamental realizar más ensayos clínicos controlados bien diseñados para fortalecer la evidencia y refinar las recomendaciones para estos enfoques. Un marco de tratamiento multidimensional, que integre la psicoterapia con otras modalidades terapéuticas, tiene un potencial significativo para mejorar los resultados en pacientes con ansiedad asociada a disfunciones otoneurológicas primarias.

Declaración sobre Inteligencia Artificial Generativa (IA) y tecnologías asistidas por IA en el proceso de escritura

El texto, originalmente escrito por los autores en portugués y posteriormente traducido al inglés, fue revisado mediante la herramienta Deepseek con la frase "¿Podría ayudarme a mejorar este texto en un inglés elegante?" (disponible en <https://chat.deepseek.com/>).

Conflicto de intereses

Todos los autores declaran que no se han identificado posibles conflictos de intereses en la realización de la investigación ni en su presentación. Ningún autor recibió apoyo, financiación, bienes, servicios ni ventajas para la elaboración de este estudio.

Declaración de Equidad, Diversidad e Inclusión

Esta revisión se realizó con un compromiso con la equidad, la diversidad y la inclusión (EDI) en múltiples niveles. En primer lugar, nuestro equipo de investigación representa diversos orígenes académicos, geográficos y profesionales, promoviendo perspectivas inclusivas en el diseño y análisis de los estudios. En segundo lugar, priorizamos una estrategia de búsqueda exhaustiva para recopilar estudios clínicos globales

sobre ansiedad y trastornos otoneurológicos, garantizando la representación de todas las poblaciones, independientemente de su género, etnia o nivel socioeconómico. En tercer lugar, el rigor metodológico incluyó el análisis de posibles sesgos en los estudios originales, con especial atención a los grupos subrepresentados en la literatura. Finalmente, la interpretación de los hallazgos se guió por la conciencia de su aplicabilidad clínica en diversos entornos, con el objetivo de promover la equidad en la atención de la salud mental. Se reconocen las limitaciones de los datos disponibles sobre poblaciones marginadas, lo que resalta la necesidad de futuras investigaciones para abordar estas deficiencias.

Referencias

1. Lempert T, Bronstein A. Management of common central vestibular disorders. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010 Oct;18(5):436–440. <https://doi.org/10.1097/MOO.obo13e32833dbd69>
2. Murphy C, Reinhardt C, Linehan D, et al. A review of primary care referrals for patients with dizziness and vertigo: prevalence and demographics. *Ir J Med Sci.* 2022 Feb;191(1):385–389. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02575-6>
3. Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, et al. Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo (update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017 Mar;156(3 Suppl):S1–S47. <https://doi.org/10.1177/0194599816689667>
4. Agrawal Y, Carey JP, Della Santina CC, et al. Disorders of balance and vestibular function in US adults. *Arch Intern Med.* 2009 May 25;169(10):938–944. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.66>
5. Staab JP. Chronic dizziness: the interface between psychiatry and neurootology. *Curr Opin Neurol.* 2006 Feb;19(1):41–48. <https://doi.org/10.1097/01.wco.0000198102.95294>
6. Bisdorff A, Bosser G, Gueguen R, et al. The epidemiology of vertigo, dizziness, and unsteadiness and its links to co-morbidities. *Front Neurol.* 2013;4:29. <https://doi.org/10.3389/fneur.2013.00029>
7. Beh SC. The neuropsychology of dizziness and related disorders. *Otolaryngol Clin North Am.* 2021 Oct;54(5):989–997. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2021.05.016>
8. Breinbauer HA, Arévalo-Romero C, Villarroel K, et al. Functional dizziness as a spatial cognitive dysfunction. *Brain Sci.* 2024 Jan;14(1):16. <https://doi.org/10.3390/brainsci14010016>
9. Brandt T, Dieterich M. The vestibular cortex: its locations, functions, and disorders. *Ann N Y Acad Sci.* 1999 May;871(1):293–312. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb09193.x>
10. Smith PF. The vestibular system and cognition. *Curr Opin Neurol.* 2017 Feb;30(1):84–89. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000403>
11. McDonnell MN, Hillier SL. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Jan 13;(1):CD005397. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005397.pub4>
12. Brunoni AR, Nitsche MA, Bolognini N, et al. Clinical research with transcranial direct current stimulation (tDCS): challenges and future directions. *Brain Stimul.* 2012 Jul;5(3):175–195. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2011.03.002>
13. Lefaucheur JP, Aleman A, Baeken C, et al. Corrigendum to “Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS): an update (2014–2018)”. *Clin Neurophysiol.* 2020 May;131(5):1168–1169. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2020.02.003>
14. Frangos E, Ellrich J, Komisaruk BR. Non-invasive access to the vagus nerve central projections via electrical stimulation of the external ear: fMRI evidence in humans. *Brain Stimul.* 2015 May;8(3):624–636. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2014.11.018>
15. Cima RFF, Andersson G, Schmidt CJ, et al. Cognitive-behavioral treatments for tinnitus: a review of the literature. *J Am Acad Audiol.* 2014 Jan;25(1):29–61. <https://doi.org/10.3766/jaaa.25.1.4>
16. Sá KN, Baptista RF, Shirahige L, et al. Evidence-based umbrella review of non-invasive brain stimulation in anxiety disorders. *Eur J Psychiatry.* 2023 Jul;37(3):167–181. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2023.01.001>

17. Martins ML, Souza DS, Cavalcante MEOB, et al. Effect of transcranial direct current stimulation for tinnitus treatment: a systematic review and meta-analysis. *Neurophysiol Clin.* 2022 Feb;52(1):1–16. <https://doi.org/10.1016/j.neucli.2021.12.005>
18. Zang J, Zheng M, Chu H, et al. Additional cognitive behavior therapy for persistent postural-perceptual dizziness: a meta-analysis. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2024 May–Jun;90(3):101393. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2024.101393>
19. Browne CJ, Sheeba SR, Astill T, et al. Assessing the synergistic effectiveness of intermittent theta burst stimulation and the vestibular ocular reflex rehabilitation protocol in the treatment of mal de débarquement syndrome: a randomized controlled trial. *J Neurol.* 2024 May;271(5):2615–2630. <https://doi.org/10.1007/s00415-024-12215-5>
20. Yu YC, Xue H, Zhang YX, et al. Cognitive behavior therapy as augmentation for sertraline in treating patients with persistent postural-perceptual dizziness. *Biomed Res Int.* 2018;2018:8518631. <https://doi.org/10.1155/2018/8518631>
21. Schaaf H, Hesse G. Patients with long-lasting dizziness: a follow-up after neurotological and psychotherapeutic inpatient treatment. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2015 Jun;272(6):1529–1535. <https://doi.org/10.1007/s00405-014-3447-y>
22. Schmid DA, Allum JHJ, Sleptsova M, et al. Relation of anxiety and other psychometric measures, balance deficits, impaired quality of life, and perceived state of health to dizziness handicap inventory scores. *Health Qual Life Outcomes.* 2020;18:204. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01445-6>
23. Silva RM, Brunoni AR, Miguel EC, et al. Transcranial direct current stimulation for treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: report on two cases and proposal for a randomized, sham-controlled trial. *Sao Paulo Med J.* 2016 Sep–Oct;134(5):446–450. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0155010716>
24. Holmberg J, Karlberg M, Harlacher U, et al. One-year follow-up of cognitive behavioral therapy for phobic postural vertigo. *J Neurol.* 2007 Sep;254(9):1189–1192. <https://doi.org/10.1007/s00415-007-0499-6>
25. Holmberg J, Karlberg M, Harlacher U, et al. Experience of handicap and anxiety in phobic postural vertigo. *Acta Otolaryngol.* 2005;125(3):270–275. <https://doi.org/10.1080/00016480410023001>
26. Dale R, Limburg K, Schmid-Mühlbauer G, et al. Somatic symptom distress and gender moderate the effect of integrative group psychotherapy for functional vertigo on vertigo handicap. *J Psychosom Res.* 2023 Apr;167:111175. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111175>
27. Eren OE, Filippopoulos F, Sönmez K, et al. Noninvasive vagus nerve stimulation significantly improves quality of life in patients with persistent postural-perceptual dizziness. *J Neurol.* 2018 Oct;265(Suppl 1):63–69. <https://doi.org/10.1007/s00415-018-8894-8>
28. Pal N, Maire R, Stephan MA, et al. Transcranial direct current stimulation for the treatment of chronic tinnitus: a randomized controlled study. *Brain Stimul.* 2015 Nov;8(6):1101–1107. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2015.06.014>
29. Faber M, Vanneste S, Fregni F, et al. Top-down prefrontal affective modulation of tinnitus with multiple sessions of tDCS of dorsolateral prefrontal cortex. *Brain Stimul.* 2012 Oct;5(4):492–498. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2011.09.003>
30. Renner V, Geißler K, Boeger D, et al. Inpatient treatment of patients admitted for dizziness: a population-based healthcare research study. *Otol Neurotol.* 2017 Dec;38(10):e460–e469. <https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000001568>

31. Hall CD, Herdman SJ, Whitney SL, et al. Vestibular rehabilitation for peripheral vestibular hypofunction: an updated clinical practice guideline. *J Neurol Phys Ther.* 2022 Apr;46(2):118–177. <https://doi.org/10.1097/NPT.0000000000000382>
32. Wang Y, Zhao J, Wu J, et al. Comparison of side effects of different steroids used in intratympanic injections. *Am J Otolaryngol.* 2024 May;45(3):104258. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2024.104258>
33. Rosenblum O, Yehoshua I, Adler L, et al. Procedural skills workshops for primary care physicians in Israel: a comprehensive analysis. *BMC Med Educ.* 2024 Apr 10;24:381. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05381-7>
34. Radziej K, Schmid-Mühlbauer G, Limburg K, et al. Psychotherapie bei Schwindelerkrankungen: eine störungsorientierte Gruppenbehandlung. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2017 Jun;67(6):245–251. <https://doi.org/10.1055/s-0043-104768>
35. Chen Y, Cha YH, Gleghorn D, et al. Brain network effects by continuous theta burst stimulation in mal de débarquement syndrome. *J Neural Eng.* 2021 Dec;18(6):066025. <https://doi.org/10.1088/1741-2552/ac314b>
36. Onishi ET, Coelho CC, Oiticica J, et al. Tinnitus and sound intolerance: evidence and experience of a Brazilian group. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2018;84:135–149. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.12.002>
37. Neumann N, Fullana MA, Radua J, et al. Common neural correlates of vestibular stimulation and fear learning: an fMRI meta-analysis. *J Neurol.* 2023 Apr;270(4):1843–1856. <https://doi.org/10.1007/s00415-023-11568-7>
38. Staab JP. Psychiatric considerations in the management of dizzy patients. In: *Adv Otorhinolaryngol.* Basel: S Karger AG; 2019. p. 170–179. <https://doi.org/10.1159/000490286>
39. Pimentel BN, Rosa RR, Filha VAVS. Impacto da cefaleia no equilíbrio postural e na percepção da tontura em mulheres. *Res Soc Dev.* 2020 Jan;9(2):e165922161. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i2.2161>
40. Moreno-Duarte I, Morse LR, Alam M, et al. Targeted therapies using electrical and magnetic neural stimulation for the treatment of chronic pain in spinal cord injury. *Neuroimage.* 2014 Jan;85:1003–1013. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.05.097>
41. Tan C, Qiao M, Ma Y, et al. The efficacy and safety of transcutaneous auricular vagus nerve stimulation in depressive disorder. *J Affect Disord.* 2023 Sep 15;337:37–49. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.048>
42. Edelman S, Mahoney AEJ, Cremer PD. Cognitive behavior therapy for chronic subjective dizziness: a randomized controlled trial. *Am J Otolaryngol.* 2012 Jul;33(4):395–401. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2011.10.009>
43. de Barros ACS, Furlan AER, Marques LHN, et al. Effects of a psychotherapeutic group intervention in patients with refractory mesial temporal lobe epilepsy and comorbid psychogenic nonepileptic seizures. *Seizure.* 2018 May;58:22–28. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2018.03.023>
44. Walker A, Kantaris X, Chambers M. Understanding therapeutic approaches to anxiety in vestibular rehabilitation: a qualitative study of specialist physiotherapists in the UK. *Disabil Rehabil.* 2018 Apr;40(7):829–835. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1277393>

APÉNDICES**Material complementario**

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

- Apéndice 1 - Estrategias de búsqueda y resultados de cribado



REPORTE DE CASOS



Trastorno de síntomas somáticos desencadenado por trauma a lo largo de la vida: Reporte de caso

Ana Bárbara Siliézar-Marroquín ^{1,2}✉ y Ricardo López Melgar ^{2,3}

1. Universidad de San Carlos de Guatemala
2. Mental Health Center TMS Guatemala
3. Universidad de San Pablo de Guatemala

✉ Autor de correspondencia: Ana Bárbara Siliézar-Marroquín.
Sexta avenida 4-01, Clínica 403, Edificio Medika 10, zona 10,
Ciudad de Guatemala, Guatemala, C.P. 01010.
Correo electrónico: 3008057480101@medicina.usac.edu.gt
Teléfono: +502 4738 6197.

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



Recibido: 02 de julio de 2025 | Aceptado: 09 de diciembre de 2025

Trastorno de síntomas somáticos desencadenado por trauma a lo largo de la vida: Reporte de caso

Ana Bárbara Siliézar-Marroquín ¹✉ y Ricardo López Melgar ²

1. Universidad de San Carlos de Guatemala
2. Mental Health Center TMS Guatemala
3. Universidad de San Pablo de Guatemala

Resumen: El Trastorno de Síntomas Somáticos (TSS) se caracteriza por síntomas físicos persistentes y de angustia que no pueden explicarse completamente por una condición médica. El trauma acumulado a lo largo de la vida es un factor de riesgo bien establecido para el TSS, aunque con frecuencia se pasa por alto en las evaluaciones biomédicas tradicionales. **Objetivo:** Describir un caso complejo de TSS desencadenado por trauma psicológico de larga duración y resaltar el valor diagnóstico y terapéutico de un enfoque interdisciplinario informado por trauma. **Materiales y métodos:** Se presenta el caso de una mujer guatemalteca de 40 años con dolor lumbar crónico incapacitante y múltiples hallazgos negativos en estudios estructurales y neurofisiológicos. Su historia clínica reveló abuso físico en la infancia, un embarazo producto de violación y violencia de pareja prolongada. A pesar del manejo neuroquirúrgico, la paciente reportaba una intensidad de dolor de 9/10 en la Escala Numérica del Dolor (NRS), deterioro funcional significativo y síntomas depresivos. Una evaluación psiquiátrica integral respaldó el diagnóstico de TSS según los criterios del DSM-5-TR. La paciente recibió psicoeducación, terapia cognitivo-conductual enfocada en trauma y rehabilitación física progresiva. El programa de rehabilitación fue diseñado y supervisado por un fisioterapeuta licenciado, con énfasis en movilización progresiva, fortalecimiento de la musculatura del tronco y recuperación de la funcionalidad diaria. **Resultados:** Tras ocho semanas de tratamiento interdisciplinario, el nivel de dolor de la paciente disminuyó a 5/10 en la NRS, el puntaje del PHQ-9 descendió de 18 (moderadamente severo) a 8 (leve), y se observó una mejoría marcada en la movilidad y el funcionamiento cotidiano. **Conclusiones:** Este caso subraya la importancia de identificar el trauma como un componente central en los síndromes de dolor crónico. El TSS continúa siendo subdiagnosticado en poblaciones expuestas a trauma, particularmente en entornos con recursos limitados. La referencia psiquiátrica temprana y la atención integrada pueden prevenir intervenciones innecesarias y mejorar los resultados a largo plazo.

Cuadro de Resumen

- Este caso resalta la superposición clínica entre la psicopatología relacionada con el trauma y los trastornos de síntomas somáticos.
- Ilustra cómo las historias de trauma no reconocidas pueden retrasar el diagnóstico en contextos de dolor crónico.
- La integración de psiquiatría, fisioterapia y medicina del dolor permitió la recuperación funcional.
- La atención dirigida al trauma redujo la severidad de los síntomas y mejoró la calidad de vida.
- Se enfatiza la necesidad de enfoques interdisciplinarios en síndromes médicamente inexplicados, especialmente en entornos de bajos recursos.

Palabras clave: Trastorno de síntomas somáticos; trauma; dolor crónico; trastornos psicossomáticos; síndrome funcional

Introducción

El Trastorno de Síntomas Somáticos (TSS), según lo descrito en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, Revisión del Texto (DSM-5-TR)*,¹ se caracteriza por uno o más síntomas somáticos persistentes que generan malestar clínicamente significativo o deterioro funcional, acompañados de pensamientos, emociones o conductas excesivas relacionadas con dichos síntomas.² La prevalencia anual del TSS en atención primaria se estima entre el 4 y 6%. La evidencia metaanalítica indica que la exposición a experiencias traumáticas incrementa de manera sustancial el riesgo de dolor crónico y de síndromes somáticos funcionales.³⁻⁴ Entre los mecanismos propuestos se incluyen la sensibilización central y la disfunción de los ejes neuroendocrinoinmunológicos.⁵ Este reporte de caso ilustra cómo el trauma acumulado a lo largo de la vida puede manifestarse como quejas somáticas crónicas refractarias y sitúa la discusión dentro de la literatura contemporánea.

Presentación del caso

Una mujer guatemalteca de 40 años fue admitida en una clínica multidisciplinaria de dolor con un historial de 12 años de dolor lumbar crónico incapacitante. Sus antecedentes médicos incluían dos discectomías L4-L5 (2013 y 2017), una fractura de cadera derecha secundaria a un accidente de motocicleta a los 22 años y alteraciones crónicas del sueño. A pesar de recibir manejo neuroquirúrgico y farmacológico adecuado, la paciente reportaba dolor persistente con una intensidad de 9/10 en la Escala Numérica del Dolor (NRS),⁶⁻⁷ afectando de manera significativa su movilidad, desempeño laboral y calidad de vida.

La paciente también refirió antecedentes de abuso físico durante la infancia, violencia de pareja en la adultez y un embarazo producto de violación a los 22 años. Evaluaciones diagnósticas repetidas, incluyendo resonancia magnética (RM), electromiografía (EMG) y marcadores inflamatorios, no evidenciaron patología estructural ni neuropática activa. La discordancia entre la severidad subjetiva de los síntomas y la ausencia de hallazgos objetivos motivó la referencia a servicios de psiquiatría.

La evaluación psiquiátrica reveló ansiedad elevada relacionada con la salud, creencias catastróficas respecto al dolor y conductas de evitación. Estas características, junto con la cronicidad de los síntomas, cumplían criterios del DSM-5-TR para Trastorno de Síntomas Somáticos. El tamizaje adicional mostró un puntaje de 18 en el PHQ-9,⁸⁻⁹ consistente con síntomas depresivos moderadamente severos.

Este caso evidencia la relevancia clínica del tamizaje informado en trauma en pacientes con síntomas médicamente inexplicados y resalta el valor de la referencia psiquiátrica temprana en síndromes complejos de dolor crónico.

Evaluación diagnóstica

El proceso diagnóstico integró exclusión biomédica, tamizaje psiquiátrico estandarizado y observación clínica. Las causas estructurales del dolor fueron descartadas mediante RM y EMG seriados, sin evidencia de discopatía progresiva, compresión nerviosa ni radiculopatía. Los estudios de laboratorio, incluyendo hemograma, proteína C reactiva, velocidad de eritrosedimentación, vitamina D y función tiroidea, se encontraron dentro de rangos normales.

La paciente describía el dolor como constante, urente e incapacitante, con intensidad basal de 9/10 en la NRS. A pesar del tratamiento farmacológico, evitaba la actividad física por temor a exacerbar los síntomas y por la percepción de deterioro espinal progresivo. Estas conductas contribuyeron a la reducción progresiva de la movilidad y al incremento en el uso de servicios de salud.

La evaluación psiquiátrica se realizó utilizando los criterios del DSM-5-TR, con el apoyo de instrumentos validados. El Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) arrojó un puntaje de 18, indicativo de síntomas depresivos moderadamente severos. Si bien la Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8)^{10,11} no estaba disponible en su entorno clínico, la valoración del profesional y el reporte sintomático fueron consistentes con una alta carga de síntomas somáticos y un deterioro psicosocial significativo.

Su presentación cumplía con los tres criterios nucleares del Trastorno de Síntomas Somáticos (TSS): (A) uno o más síntomas somáticos angustiantes; (B) pensamientos, emociones o conductas excesivas relacionadas con dichos síntomas; y (C) un curso crónico con duración mayor a 12 meses. Estos hallazgos fueron documentados y posteriormente resumidos en una tabla de criterios del DSM-5-TR (véase Tabla 1).

La integración de la exclusión objetiva con los criterios subjetivos permitió una formulación diagnóstica clara y evitó la realización de intervenciones repetidas e innecesarias.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM-5-TR para Trastorno de Síntomas Somáticos y aplicación clínica

| Criterio DSM-5-TR | Definición operativa | Evidencia en la paciente |
|--|--|--|
| Síntomas somáticos Uno o más síntomas somáticos que resultan angustiantes o causan una alteración significativa de la vida diaria. | Dolor musculoesquelético crónico que interfiere con el trabajo, el sueño y las actividades de la vida diaria durante más de > 10 años. | Dolor lumbar persistente descrito como “incapacitante”, que condujo a discapacidad laboral y sueño fragmentado. |
| B. Pensamientos, emociones o conductas excesivas relacionadas con los síntomas somáticos (al menos uno de los siguientes): • Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los síntomas • Nivel persistentemente elevado de ansiedad relacionada con la salud • Dedicación excesiva de tiempo y energía a los síntomas | Es suficiente cumplir con uno de los subcriterios; las manifestaciones pueden fluctuar a lo largo del tiempo. | Consultas repetidas con múltiples especialistas a pesar de hallazgos no concluyentes; preocupación persistente por un supuesto “deterioro” de la columna; rumiación diaria y evitación de actividades temidas. |
| C. Cronicidad: El estado sintomático persiste (típicamente por más de 6 meses). | El criterio de duración diferencia el TSS de las reacciones somáticas transitorias. | El dolor ha persistido durante 12 años, con empeoramiento subjetivo durante el último año. |

Especificador: Con dolor predominante, persistente, severo aplicable dada la intensidad, cronicidad, y el impacto funcional sustancial de la queja dolorosa.

Intervención terapéutica

La paciente fue incluida en un programa de tratamiento multimodal diseñado para abordar tanto la discapacidad física como la psicopatología relacionada con el trauma. El manejo fue coordinado entre psiquiatría, fisioterapia y medicina del dolor, bajo un modelo escalonado informado en trauma.

Las sesiones de psicoeducación, conducidas por un psiquiatra con licencia, se centraron en la naturaleza biopsicosocial del dolor y en la influencia del trauma sobre la percepción somática. Estas sesiones tuvieron como objetivo reducir las creencias catastróficas y promover estrategias de afrontamiento adaptativas.

Se inició terapia cognitivo-conductual enfocada en trauma (TF-CBT) para abordar cogniciones desadaptativas y conductas de evitación. Las sesiones semanales (60 minutos cada una) fueron realizadas por un psicólogo clínico capacitado. Las técnicas específicas incluyeron reestructuración cognitiva, exposición gradual a movimientos evitados y el desarrollo de estrategias personalizadas de prevención de recaídas.

De forma paralela, la paciente realizó rehabilitación física progresiva, iniciando con actividad aeróbica de bajo impacto bajo supervisión (15–20 minutos de caminata y ejercicios de fortalecimiento de la musculatura del tronco, tres veces por semana). Las sesiones progresaron gradualmente en intensidad y complejidad a lo largo de ocho semanas, con objetivos funcionales como subir escaleras y mejorar la tolerancia a las actividades domésticas. El programa de rehabilitación fue diseñado y supervisado por un fisioterapeuta con licencia, con énfasis en la movilización progresiva, el fortalecimiento del core y la recuperación de la función cotidiana.

El tratamiento farmacológico se mantuvo sin cambios durante este período y consistió en acetaminofén y duloxetina en dosis baja (30 mg/día), prescritos previamente para el manejo del dolor neuropático y los síntomas del estado de ánimo.

La paciente fue monitoreada semanalmente por el equipo multidisciplinario. La adherencia al tratamiento fue alta y no se reportaron eventos adversos ni exacerbación de los síntomas durante toda la intervención.

Este enfoque integral priorizó la restauración funcional, la resiliencia psicológica y el procesamiento del trauma, en concordancia con la evidencia actual que respalda la atención interdisciplinaria en los trastornos de síntomas somáticos.

Resultados

Al finalizar el período de intervención de ocho semanas, la paciente presentó mejorías clínicamente significativas en múltiples dominios. La intensidad del dolor, inicialmente valorada en 9/10 en la Escala Numérica del Dolor (NRS), disminuyó a 5/10. Esta reducción se asoció con una mayor tolerancia al movimiento, menor dependencia de dispositivos de asistencia y la reanudación gradual de actividades básicas del hogar.

El puntaje del Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) descendió de 18 (síntomas depresivos moderadamente severos) a 8 (leves), lo que indica una reducción significativa del deterioro relacionado con el estado de ánimo. La paciente reportó una disminución de los pensamientos rumiativos en torno al dolor y una mayor sensación de control sobre las fluctuaciones de los síntomas.

La capacidad funcional mostró una mejoría evidente, reflejada en la posibilidad de realizar ejercicio físico de baja intensidad sin miedo anticipatorio ni exacerbación sintomática. La asistencia a las sesiones terapéuticas fue constante y la adherencia a los ejercicios domiciliarios fue confirmada tanto por el fisioterapeuta como por la paciente.

Durante este período no se reportaron eventos adversos, cambios en la medicación ni exacerbaciones del dolor que requirieran visitas a servicios de emergencia o ingreso hospitalario.

En conjunto, estos resultados sugieren que la estrategia interdisciplinaria informada por trauma contribuyó de manera significativa tanto al alivio sintomático como a la recuperación funcional.

Discusión

Este caso ilustra cómo el trauma psicológico acumulado puede moldear la presentación clínica, la persistencia y la severidad de la sintomatología somática. Los antecedentes de adversidad temprana, trauma sexual y violencia de pareja de la paciente constituyen un perfil de alto riesgo para el desarrollo del Trastorno de Síntomas Somáticos (TSS), en concordancia con la evidencia metaanalítica existente que vincula la exposición a trauma con una mayor vulnerabilidad a los síndromes somáticos funcionales.^{3,12} Desde una perspectiva fisiopatológica, el trauma crónico altera el desarrollo y la regulación de los circuitos corticolímbicos, sensibiliza las vías descendentes de modulación del dolor y desregula el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA).¹³⁻¹⁴ Estos cambios neurobiológicos reducen el umbral para la percepción nociceptiva y amplifican la hipervigilancia corporal, perpetuando el malestar somático en ausencia de patología identificable.

El proceso diagnóstico en este caso subrayó la importancia de una evaluación psiquiátrica estructurada ante reportes de dolor desproporcionados y hallazgos negativos extensos. Los criterios del DSM-5-TR¹ para TSS se cumplieron con claridad, y el uso de escalas clínicas como la Escala Numérica del Dolor (NRS) y el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) proporcionó parámetros objetivos para el seguimiento sintomático y la evaluación de la respuesta al tratamiento.

Desde el punto de vista terapéutico, el modelo interdisciplinario que integró psiquiatría, fisioterapia y psicoterapia produjo mejoras sustanciales tanto en los resultados funcionales como en los síntomas

afectivos. Esto es coherente con intervenciones de atención escalonada que han demostrado eficacia en el tratamiento del TSS.¹⁵ El caso también pone de relieve las limitaciones de los enfoques exclusivamente biomédicos y el potencial daño asociado a la demora diagnóstica o a la sobremedicación. La literatura reciente respalda además este abordaje, destacando la efectividad clínica y costo-efectividad de los modelos interdisciplinarios en los trastornos de síntomas somáticos.

Considerando el contexto de un entorno con recursos limitados, este caso enfatiza la viabilidad y el impacto de la atención colaborativa e informada por trauma en el tratamiento del TSS. La Tabla 1 resume los criterios del DSM-5-TR y su aplicación clínica en la paciente, ofreciendo un marco transparente que puede facilitar la replicación del enfoque y su utilización con fines formativos.

Conclusión

El Trastorno de Síntomas Somáticos continúa siendo sistemáticamente infradiagnosticado en pacientes expuestos a trauma, lo que conduce a retrasos diagnósticos y a intervenciones potencialmente iatrogénicas. La implementación rutinaria de tamizaje estructurado para trauma a lo largo de la vida, incluyendo adversidad en la infancia y violencia de pareja durante la evaluación del dolor crónico, puede revelar determinantes psicosociales que las valoraciones exclusivamente biomédicas suelen pasar por alto. La identificación temprana debe facilitar la referencia oportuna a servicios de salud mental y promover la toma de decisiones compartidas.

La atención interdisciplinaria informada por trauma, que integra psiquiatría, medicina del dolor, fisioterapia y psicoterapia basada en la evidencia, ha demostrado mayor precisión diagnóstica, recuperación funcional y satisfacción del paciente en comparación con enfoques fragmentados y centrados en procedimientos.¹⁵ La implementación de vías de atención integradas resulta especialmente pertinente en entornos con recursos limitados, donde las ineficiencias del sistema y las intervenciones repetidas incrementan la carga para el paciente.

La investigación futura debería priorizar ensayos pragmáticos que evalúen modelos de atención escalonada y herramientas de tamizaje culturalmente adaptadas para el Trastorno de Síntomas Somáticos en países de ingresos bajos y medianos.

Consentimiento informado y consideraciones éticas

Toda la información identificable ha sido anonimizada para proteger la confidencialidad de la paciente. El presente reporte se adhiere a las guías CARE (CAse REport) y cumple con los estándares éticos institucionales para la publicación de estudios de caso clínicos.

Perspectiva del paciente

La paciente expresó que, por primera vez a lo largo de su trayectoria asistencial, se sintió “escuchada más allá del dolor”. Destacó que comprender la base psicológica de sus síntomas le permitió reestructurar su sufrimiento y recuperar una sensación de control. Señaló que las sesiones de psicoeducación y terapia le ayudaron a liberar sentimientos de vergüenza y vulnerabilidad mantenidos durante largo tiempo. Asimismo, enfatizó que contar con un equipo multidisciplinario que validara su historia de trauma sin juicios representó un punto de inflexión crítico en su proceso de recuperación.

Declaración de equidad, diversidad e inclusión

Este estudio incorporó enfoques sensibles al género y prácticas informadas en trauma a lo largo de la evaluación y el tratamiento de la paciente. El equipo de investigación refleja una composición multidisciplinaria e inclusiva. Los factores culturales relevantes del contexto guatemalteco fueron integrados en las decisiones terapéuticas, el estilo de comunicación y la planificación del seguimiento. El contexto socioeconómico de la paciente y su acceso limitado a recursos de salud mental fueron considerados al diseñar un modelo de atención ambulatoria factible.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de interés financieros, profesionales ni personales relacionados con el contenido o la publicación de este reporte de caso.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Text rev. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2022.
2. Creed F, Henningsen P. Somatic symptom disorder: a state-of-the-art review. *J Psychosom Res.* 2018;111:94–101.
3. Afari N, Ahumada SM, Wright LJ, et al. Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med.* 2014;76(1):2–11.
4. Liao Y, Xie X, Wang Z, et al. Childhood trauma and risk of chronic pain in adulthood: a meta-analysis. *Pain.* 2022;163(5):851–864. doi:10.1097/j.pain.0000000000002405.
5. Fillingim RB, Loeser JD, Baron R, et al. Assessment of chronic pain: domains, methods, and mechanisms. *Lancet Neurol.* 2021;20(10):769–784.
6. Krebs EE, Carey TS, Weinberger M. Accuracy of the Numeric Rating Scale for pain intensity in clinical practice. *Pain Med.* 2020;21(2):289–294.
7. García-Pérez S, Pérez-Martínez C, López-García A, et al. Assessment of chronic pain in Spanish patients using the Numeric Rating Scale. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2021;68(4):197–204.
8. Picardi A, Lega I, Tarsitani L, et al. The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): a review of its psychometric properties in clinical populations. *Front Psychiatry.* 2021;12:713087. doi:10.3389/fpsy.2021.713087.
9. Muñoz-Navarro R, Cano-Vindel A, Moriana JA, et al. The PHQ-9: reliability, validity and factorial structure in a Spanish clinical sample. *J Affect Disord.* 2017;208:68–75.
10. Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, et al. The somatic symptom scale-8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Intern Med.* 2014;174(3):399–407. doi:10.1001/jamainternmed.2013.12179.
11. López-Martínez AE, Ramírez-Maestre C, Esteve R, et al. Psychometric properties of the Spanish version of the Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8). *J Psychosom Res.* 2020;134:110120.
12. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, et al. The relationship between trauma exposure and somatic symptom severity across development. *J Trauma Stress.* 2020;33(1):1–11.
13. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry.* 2001;49(12):1023–1039.
14. Tracey I, Bushnell MC. How neuroimaging studies have challenged us to rethink: is chronic pain a disease? *J Pain.* 2009;10(11):1113–1120. doi:10.1016/j.jpain.2009.09.001.
15. Kroenke K, Joo J, Wu J, et al. Stepped care for somatic symptom disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2019;76(11):1193–1201.





Vol. 2, No. 2 (diciembre 2025)

PP: 47-65

ISSN: En proceso

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Cuadro de Resumen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

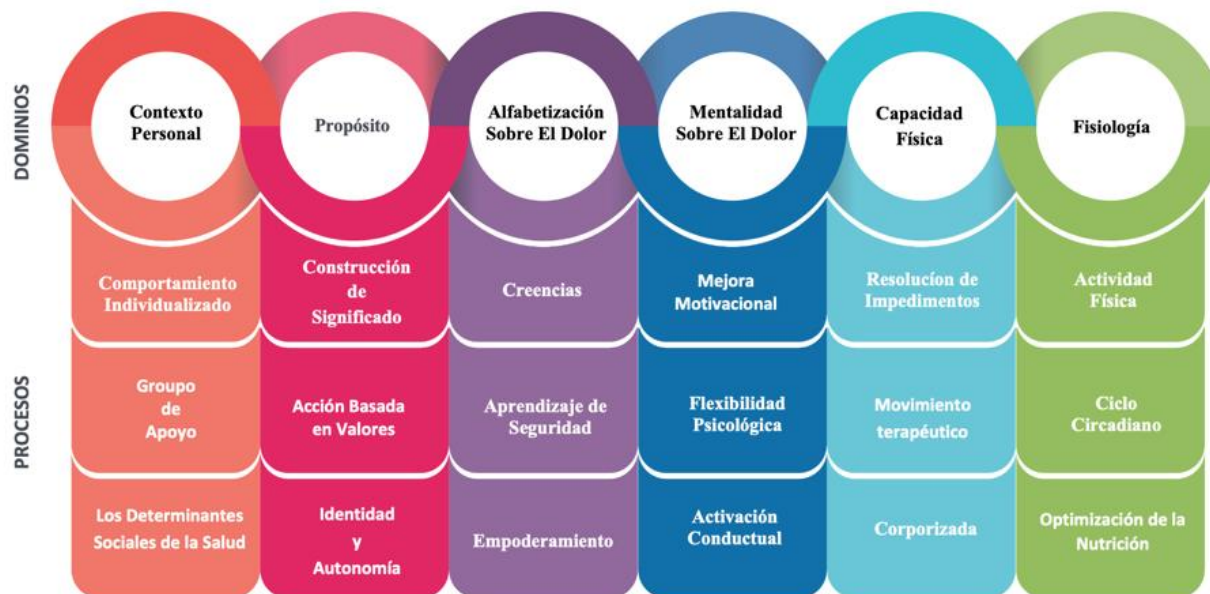


Figura 1. Modelo de Recuperación del Dolor y Sistemas Integrativos (PRISM)¹²

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

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

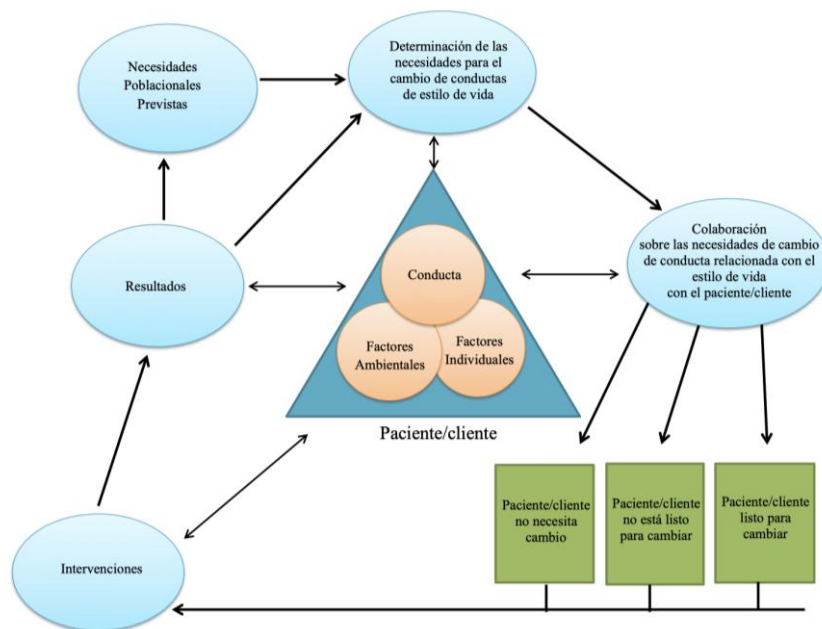


Figura 2. Modelo de Cambio de Comportamiento Centrado en la Salud¹⁴

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sección 3: Recomendaciones y direcciones futuras para la profesión

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

Tabla 4. Recomendaciones para actores clínicos

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

Tabla 5. Recomendaciones para actores educativos

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

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

Declaración de Equidad, Diversidad e Inclusión

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

Conflicto de interés

Todos los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

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

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

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

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

Instituciones Aliadas



INSTITUTO NACIONAL DE
NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA
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

Diciembre 2025