

Vol. 2, No. 1 (mayo 2025)



Revista de Fisioterapia en
SALUD MENTAL

Revista de Fisioterapia en Salud Mental, Volumen 2 , Número 1, mayo 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-may25>
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 mayo 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

Producción Editorial

María Eugenia de León Pérez
Moisés Magos
Noé Villagómez
Claudia Belén Aguilar Ruiz

Vol. 2, No. 1 (mayo 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

Editoriales

**Una fisioterapia que habita el tiempo: entre el hacer y el ser
Reflexiones para una práctica más humana, consciente y presente**

07

María Eugenia de León Pérez

Editorial

Carla Oda Moreno

11

Artículos Originales

**La relación entre la función física y los síntomas psicológicos en
la enfermedad de Parkinson: Una encuesta a fisioterapeutas del
Reino Unido**

15

Philip Hodgson, Alastair Jordan, Charikleia Sinani &
Divine Charura



Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes del área de la salud de la Universidad Andrés Bello, Concepción-Talcahuano

39

Jorge Luis Mondaca Silva

Reporte de Casos

Intervención fisioterapéutica con enfoque en atención plena para personal administrativo de educación media superior: Efectos en el estrés laboral y la consciencia interoceptiva. Serie de casos

58

Salma Alejandra Jiménez Juárez

Perspectivas

La importancia de la atención informada en el trauma: Un llamado a la acción para la práctica, educación, investigación y defensa en fisioterapia

76

Rose Marie Pignataro, Joe Tatta, Megan Hamilton, Ginny Moorer & Rachel Stiltner

Aproximaciones epistemológicas a la salud mental comunitaria e intersecciones con la fisioterapia

99

Jhon F. Santos-Gómez & Manuela Monsalve-Urbe





Una fisioterapia que habita el tiempo: entre el hacer y el ser Reflexiones para una práctica más humana, consciente y presente

María Eugenia de León Pérez

1. Editora en jefe, Revista Fisioterapia en Salud Mental.
2. Docente, Universidad Anáhuac México.
3. Docente, Universidad Da Vinci de Guatemala.

✉ Autor de Correspondencia:
María Eugenia de León Pérez
maría_deleonp@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.



Una fisioterapia que habita el tiempo: entre el hacer y el ser

Reflexiones para una práctica más humana, consciente y presente

María Eugenia de León Pérez

1. Editora en jefe, Revista Fisioterapia en Salud Mental.
2. Docente, Universidad Anáhuac México.
3. Docente, Universidad Da Vinci de Guatemala.

Vivimos en un mundo donde todo urge. Hacer, crear, avanzar, no detenerse... a tal grado que la productividad se ha convertido en la religión contemporánea. El descanso se ha patologizado y hoy en día es un privilegio, una pérdida de tiempo, un lujo al que no todas las personas pueden acceder, incluso ni siquiera quienes trabajamos en salud.

El sistema y la sociedad miden el valor en función de lo útil, lo rápido y lo visible. Una sociedad acelerada que exige resultados, y que considera ineficiente todo lo que no es “productivo”. Y en este ritmo, que principalmente ha sido económico pero también simbólico, hemos ido arrastrando una forma de entender y comprender la salud: un “estado” que se logra haciendo más, moviéndose más, logrando más, ocupando todo el tiempo, el cuerpo y el pensamiento. Porque solo “haciendo” y siendo “productivos” es como somos saludables.

Sin querer, incluso desde discursos que pretenden ser integrales, hemos reducido la salud a un hacer constante, tanto que esto lo hemos replicado incluso quienes decimos tener una mirada más humana, más amplia y más sensible.

Si somos profesionales de la “salud” y no de la enfermedad, sería importante entonces preguntarnos ¿Todas las personas necesitan realmente activarse y ser menos sedentarias? ¿Qué pasa si no todos necesitan activarse, sino descansar? ¿Qué tal si la salud no solo se construye desde el movimiento, sino también desde la pausa?

Y esto no es un elogio al sedentarismo. No es un llamado a dejar de moverse... Es, más bien, una invitación a preguntarnos con honestidad clínica y ética: ¿qué necesita realmente esa persona frente a mí? ¿Lo que yo propongo como tratamiento surge desde ella o desde mi urgencia de intervenir? Si me detengo a escuchar con atención a quién está frente a mí ¿Es una pérdida de tiempo?

Hemos confundido la intervención con la acción. Y la fisioterapia con la ocupación constante del cuerpo. Creo con firmeza que nos urge volver a ver que el descanso, parar y detenernos también es salud, que descansar no es lo opuesto a moverse sino más bien es otra forma de movimiento, que parar también es terapéutico, que quedarse quieto un momento, en silencio, podría ser tan transformador y eficaz como una sesión de ejercicio estructurado.

Como fisioterapeutas de manera automática preguntamos cuánto camina, cuántas horas trabaja, si hace ejercicio, si es “activa”... pero pocas veces preguntamos si descansa, si duerme en paz, si tiene tiempo para sí mismo, para contemplar, para parar... Pocas veces validamos el derecho a no poder, a no rendir, a no estar “en forma”.

Nos hemos autoproclamado “expertos del cuerpo y del movimiento”, y la pregunta más importante sería ¿de quién? Porque si las experiencias corporales no son neutras y están llenas de subjetividad, historia, memoria, emociones, violencias y silencios... y no hay un cuerpo universal, ni una única forma de moverse ¿cómo podríamos ser expertos en el cuerpo y el movimiento de alguien más?... Quizá entonces solo podríamos convertirnos en expertos de nuestro propio cuerpo y de nuestro propio movimiento.

Y entonces nuestro rol quizá no es ser expertos en los cuerpos de los demás, sino acompañar a las personas a volverse expertas de sí mismas. A reconocer sus límites, sus posibilidades, sus deseos y sus propios ritmos. A construir, desde el cuerpo, una relación de autoconocimiento real y profundo. Y eso solo es posible si nos detenemos a escuchar, a observar sin prisa, a preguntar sin asumir.

¿Será que hemos confundido la fisioterapia activa con la “hiperocupación”? porque decimos que empoderamos a las personas y hacemos intervenciones activas en salud, pero... ¿quién decide los objetivos? ¿Quién propone los ejercicios? ¿Quién marca el tiempo, el tono, la carga, la meta? ¿Qué tanta escucha hay en nuestras prácticas? ¿Qué tanto espacio damos a lo que esa persona quiere, puede o necesita hoy?

Una fisioterapia verdaderamente activa es aquella donde la persona es protagonista, no meramente obediente.

Promover salud no es solo movilizar y promover que las personas sean “más activas”, también es legitimar el cansancio, permitir el silencio, reconocer que la contemplación también es terapéutica, que el hacer por hacer no siempre cura, y que a veces, solo a veces, lo más transformador es poder decirle a alguien: “Está bien parar”, “Está bien descansar”...

Y esto no se trata de dejar de hacer y convertir el descanso en la receta universal de nuestra sociedad, se trata de saber cuándo no hacer también es hacer. Y esto nos incluye a nosotros como profesionales de la salud, de darnos el permiso de detenernos, de dudar, de revisar nuestras intervenciones, nuestras lógicas, nuestras premisas, de mirar de frente nuestra propia necesidad de control, de protagonismo y de intentar de llenar cada espacio terapéutico con acción.

Porque parar no es pasividad. Parar es presencia.

Y si de algo estoy convencida, es que acompañar de forma humana requiere no solo conocimiento, sino consciencia. Una consciencia que se entrena en la pausa, en el respeto, en la escucha profunda, que no teme al silencio clínico, sino que lo abraza como un lugar posible de encuentro en el que las dos personas podemos nutrirnos.

Tal vez sea momento de recordar que también desde la fisioterapia, podemos habitar el descanso como acto de salud, porque en un mundo que corre todo el tiempo, detenerse es revolucionario. Y porque en una salud que exige tanto, devolverles a las personas el derecho a descansar, también es cuidar.

Deseo que todos los lectores que se acerquen a esta revista puedan encontrar en los escritos una oportunidad de pausa, siendo sostenidos a través de las letras y reflexiones de quienes con su trabajo nos muestran ese compromiso para con la vida y las personas.

Que los autores encuentren aquí la motivación, no solamente para crear más y mejor investigación en salud mental, sino que este espacio sea un lugar que los conecte con la grandeza, la capacidad y la calma interna que habita en cada uno de ustedes.

Y que el equipo que hace posible esta gran hazaña también pueda reconocerse como parte viva de este acto de cuidado. Que el trabajo no nos nuble el sentido.

A ustedes que hacen posible esta publicación, mis más sinceros agradecimientos.



Editorial

Carla Oda Moreno

1. Docente, Universidad Paulista, Brasil.
2. Miembro del Comité Editorial de la Revista de Fisioterapia en Salud Mental.
3. Presidenta y socia fundadora del Instituto Brasileiro de Saúde e Desenvolvimento Integral (IBRASDI).

✉ Autor de Correspondencia:
Carla Oda
carla.oda@uol.com.br

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

Carla Oda

1. Docente, Universidad Paulista, Brasil.
2. Miembro del Comité Editorial de la Revista de Fisioterapia en salud Mental.
3. Presidenta y socia fundadora del Instituto Brasileiro de Saúde e Desenvolvimento Integral (IBRASDI).

Es con gran satisfacción que presentamos la segunda edición de la Revista de Fisioterapia en Salud Mental, una iniciativa importante en la difusión del conocimiento y el fortalecimiento de nuestra área.

Trabajar con Salud Mental es reconocer inicialmente que vivimos en una sociedad compleja, diversa y acelerada, la cual nos exige mucha flexibilidad mental y, por supuesto, también corporal, ya que adaptarse a nuevas situaciones y realidades es una constante.

Avances tecnológicos increíbles, cambios climáticos aterradores, desigualdades socioeconómicas, conflictos globales... En fin, todo esto conforma la realidad que enfrentamos y que se percibe a través de nuestros cuerpos. ¿Cómo reaccionan nuestros cuerpos ante esta realidad?

Considerando que toda persona tiene derecho a la salud, necesitamos urgentemente cuidados y enfoques que consideren al ser humano en su esencia y totalidad.

Esta revista representa un compromiso colectivo para promover la salud integral a escala global, basado en la fuerza de la ciencia, la colaboración internacional y el poder transformador de la inclusión.

El acceso abierto garantiza que el conocimiento producido esté disponible para todos, sin barreras financieras o institucionales. Este modelo no sólo democratiza la información, sino que también amplía el impacto de la producción científica, llegando a estudiantes, profesionales, instituciones y comunidades de todo el mundo. La ciencia sólo avanza cuando se comparte, y el acceso abierto es un pilar fundamental de esta misión.

La diversidad de perspectivas aportadas por la colaboración de autores, revisores y lectores de diferentes países hace de ésta una referencia indispensable. El encuentro global permite un intercambio de experiencias y conocimientos que trasciende fronteras, enriqueciendo nuestra comprensión de las interacciones entre fisioterapia y salud mental. Desde las realidades de los países en desarrollo, hasta las contribuciones de centros de excelencia internacional, todos tienen algo valioso que ofrecer para fortalecer nuestro campo.

Es digno de destacar el encuentro de generaciones. La revista cuenta con un Comité de estudiantes y profesionales en el inicio de su vida profesional y se posiciona como un espacio donde investigadores experimentados, docentes de renombre y jóvenes fisioterapeutas, dialogan y construyen juntos. Este intercambio intergeneracional fortalece el legado de la fisioterapia en la salud mental y fomenta la innovación, inspirando nuevos enfoques e incentivando el entusiasmo de los futuros líderes en el campo.

Este compromiso por el desarrollo profesional temprano es una apuesta por el futuro, asegurando que las próximas generaciones participen en la construcción de un campo científico responsable.

La política editorial de la revista también está alineada con los valores de equidad, diversidad e inclusión. Existe la preocupación de garantizar que todas las voces, independientemente de su género, origen étnico, orientación sexual, creencia religiosa o condiciones socioeconómicas, estén representadas y valoradas. Este es un compromiso que no sólo es ético, sino esencial para producir una ciencia que sea verdaderamente relevante e integral.

Te invitamos a ti lector a explorar esta edición con el mismo entusiasmo que tuvimos al prepararla. Esperamos que los artículos aquí presentados inspiren, desafíen y promuevan una reflexión profunda.

Más que una publicación, esta revista es un punto de encuentro, donde cada uno de nosotros podemos contribuir al avance de la Fisioterapia en Salud Mental y el bienestar de las comunidades a las que servimos. Sabemos cuánto la aceptación, la inclusión, el respeto y la colaboración marcan la diferencia en la construcción de un mundo mejor.

¡Agradecemos a todos los autores, revisores, lectores e instituciones asociadas por ser parte de este viaje!

Sigamos juntos, colaborando, innovando y construyendo un futuro más saludable e inclusivo.

¡Que tengan una buena lectura!

Un abrazo cariñoso desde Brasil,

Carla Oda Moreno



ARTÍCULOS ORIGINALES



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

Una encuesta a fisioterapeutas del Reino Unido

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

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

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

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



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

Una encuesta a fisioterapeutas del Reino Unido

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

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

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

Cuadro de Resumen

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

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

Introducción

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

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

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

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

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

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

Métodos

Diseño del estudio

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

Diseño y desarrollo de la encuesta

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

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

Muestra y reclutamiento

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

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

Análisis de datos

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

Resultados

Características de los encuestados

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

Herramientas de Evaluación Utilizadas

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

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

Tabla 1. Demografía de los encuestados

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

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

Síntomas e interacciones

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

Tabla 2. Herramientas de evaluación usadas en la práctica clínica

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

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

Tabla 3. Síntomas e interacciones

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

Derivaciones

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

Tabla 4. Derivaciones/Orientación

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

Tratamientos

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

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

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

Tabla 5. Tratamientos

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

Discusión

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fortalezas y limitaciones

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

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

Recomendaciones

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

Conclusión

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

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

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

Aprobación ética

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

Financiamiento

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

Declaración de Equidad, Diversidad e Inclusión

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

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

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

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

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

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

Declaración de Conflicto de Intereses

Ninguno declarado.

Agradecimientos

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

Referencias

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

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

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

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

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

ANEXOS**Material Complementario:**

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

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



Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes del área de la salud de la Universidad Andrés Bello, Concepción-Talcahuano

Jorge Luis Mondaca Silva

1. Profesor Adjunto, Universidad Nacional Andrés Bello, Concepción–Chile.
2. Director Nacional, Sociedad Chilena de Fisioterapia en Salud Mental.

✉ Autor de Correspondencia: Jorge Luis Mondaca Silva,
Universidad Nacional Andrés Bello. Autopista
Concepción – Talcahuano No. 7100, Talcahuano, Chile.
Jorge.mondaca.silva@gmail.com

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



Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes del área de la salud de la Universidad Andrés Bello, Concepción-Talcahuano

Jorge Luis Mondaca Silva

1. Profesor Adjunto, Universidad Nacional Andrés Bello, Concepción-Chile.
2. Director Nacional, Sociedad Chilena de Fisioterapia en Salud Mental.

Resumen: Antes del desarrollo de la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ), ningún instrumento psicométrico estaba disponible para medir específicamente la empatía en el contexto de la atención al usuario. Aunque algunas herramientas de investigación para la medición de la empatía existían en la población general, ninguna de ellas poseía contenido específico y el contexto relevante para el usuario. Sin embargo, a pesar de ser aplicada la EEMJ en Chile, no ha sido validada para profesionales no médicos, por lo tanto, los resultados obtenidos a través de estas evaluaciones no son del todo confiables.

Objetivos: Validar la Escala de Empatía Médica de Jefferson (versión HPS), en estudiantes que pertenecen al área de la salud de las carreras no médicas de la Universidad Andrés Bello. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal con una muestra de 212 estudiantes, utilizando un muestreo probabilístico estratificado. Se aplicaron análisis factoriales y pruebas estadísticas como Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), Bartlett, alfa ordinal y pruebas no paramétricas (Wilcoxon-Mann-Whitney y Kruskal-Wallis). **Resultados:** Los resultados indican que la EEMJ mostró alta validez y consistencia interna. A través de un

análisis factorial exploratorio se identificaron tres componentes principales. Así mismo, se observó una tendencia general hacia la disminución de la empatía conforme los estudiantes progresaban en sus carreras. En cuanto al género, no se encontraron diferencias significativas en los puntajes generales. **Conclusiones:** La EEMJ, versión HPS, es un instrumento válido y confiable para medir la empatía en estudiantes de carreras de salud no médicas en Chile. Su validación representa un aporte significativo, ya que permite evaluar de manera específica una competencia crucial en la relación clínico-paciente, contribuyendo a mejorar la formación en educación superior en el área de la salud.

Cuadro de Resumen

- Este estudio valida la Escala de Empatía Médica de Jefferson (versión HPS) en estudiantes de salud no médicos en Chile, confirmando su confiabilidad y relevancia. Se identificaron tres dimensiones de la empatía: toma de perspectiva, cuidado con compasión y ponerse en los zapatos del paciente.
- La validación de esta escala permite evaluar la empatía de manera precisa, facilitando el diseño de estrategias educativas para su fortalecimiento. Dado que la empatía tiende a disminuir a lo largo de la formación académica, es fundamental integrarla en los planes de estudio. Mejorar la empatía en la educación en salud puede impactar positivamente en la calidad de la atención y la relación clínico-paciente.

Palabras clave: Empatía, educación médica, validez, confiabilidad, relación clínico-paciente

Introducción

Empatía suele definirse como la capacidad de comprender las experiencias de la otra persona, teniendo la posibilidad de ver el mundo desde la perspectiva del otro¹, ya sea a un nivel verbal (ya veo que te sientes mal) o no verbal (por ejemplo, una expresión facial acorde a la situación). La empatía es una pieza crucial en la relación profesional de la salud-paciente. A pesar de las recomendaciones, la empatía sigue siendo un área de investigación poco explorada en la educación en salud.²

Desde una visión práctica, la empatía requiere mucha mayor atención, siendo relevante en aspectos como el rendimiento laboral, el trato que se le da a las personas o el trabajo en equipo, especialmente desde el ámbito concreto de los profesionales de la salud, puesto que un buen profesional, además de acreditar conocimiento teórico y un manejo propio de su disciplina, es importante que tenga un nivel empático suficiente que le ayude a comprender a sus pacientes. Esta reflexión establece que los estudiantes de las carreras del área de la salud deban adquirir de modo teórico-práctico durante su formación una competencia cognitivo emocional básica.³ Para ello, se debe contemplar el cultivo de la empatía en los programas de formación de profesionales de la salud.

Investigaciones relacionadas con el tema han demostrado que la presencia de empatía en el profesional de la salud mejora la satisfacción del paciente⁴, incrementa la habilidad en el diagnóstico y tratamiento⁵ e, incluso, reduce los niveles de estrés de los pacientes.⁶ La relación clínico-paciente a nivel profesional, envuelve un conjunto de habilidades complejas; es común ver a los alumnos del área de la salud, siguiendo al docente y colocarse alrededor de la camilla de un paciente, con el fin de que los estudiantes aprendan las técnicas de interrogatorio, exploración y análisis del padecimiento que afecta al usuario.⁷

Se hace entonces necesario investigar sobre empatía, si ésta mejora a través de los años de formación, y establecer alguna relación con las demás carreras de la salud. Por este medio, podemos encaminarnos hacia descifrar los elementos que favorezcan la promoción de esta capacidad y las estrategias que pueden diseñarse con base en estos hallazgos.

Diversos expertos han argumentado que los avances tecnológicos en el tratamiento de los usuarios dejaron de lado a la persona que vive la experiencia de la enfermedad, sustituyéndola por la patología, el órgano o

sistema dañado. En este proceso la empatía quedó relegada, al igual que la escucha y la conversación, las cuales fueron sepultadas.⁸ Un elemento importante en la atención humanitaria es el proceso de interconexión subjetiva entre el paciente y el médico tratante, en el cual la empatía funge como la facilitadora de tal interconexión.⁹ Oseguera Rodríguez¹⁰ señala que los aspectos más significativos que promueven el humanismo en el trato con los pacientes son: el afecto, el apoyo, el respeto y la solidaridad.

Perales¹¹ manifiesta que el reclamo mundial hacia poder enfatizar los ejes ético y humanista en la formación médica del siglo XXI se apoya no sólo en la observación repetida de conductas profesionales inadecuadas de los clínicos en ejercicio, sino también en las inequidades existentes dentro del sistema de atención de salud, ya que frecuentemente encontramos situaciones en las que se violan los derechos de los pacientes. Es por ello que en la educación médica se aspira al logro de tres fines: a) cognitivos, mediante la transmisión de conocimientos para enseñar al alumno cómo, cuándo y por qué realizar los procedimientos médicos; b) destrezas y habilidades, para instruirlo en la forma adecuada de realizarlos; c) actitudes y conductas profesionales, para que desarrolle el comportamiento que corresponde al trabajo médico; sin embargo, cuando de actitudes y conductas profesionales se trata, se requiere no sólo de la presencia del profesor que modela, sino también del tiempo, espacio y condiciones necesarias para el establecimiento de una relación emocional específica entre docente y estudiante.¹² Sin esta condición esencial, la posibilidad de que el docente influya en el modelaje de la conducta profesional del estudiante se torna incierta. La empatía es una competencia esperada desde la etapa de formación en todos los profesionales de la salud, a quienes se les atribuye un papel significativo en el proceso salud – enfermedad, tanto en los resultados para la persona y su familia, como en el impacto general sobre los costos del sistema sanitario. Sin embargo, pese a todo lo anteriormente mencionado, el proceso de enseñanza aprendizaje continúa siendo inconstante desde el punto de vista humanista, ya que aún se prioriza al modelo biomédico, sin integrarlo con lo humanístico y su puesta en práctica durante el desempeño profesional.¹³

Algunos estudios realizados en Chile han descrito el comportamiento empático, utilizando la escala de Jefferson en estudiantes de Kinesiología: en la Universidad de Chile en Santiago¹⁴; en la Universidad de las Américas en Concepción¹⁵ y en Santiago¹⁶; en la Universidad Mayor en Temuco¹⁷; en la Universidad de Magallanes en Punta Arenas¹⁸; en docentes de Kinesiología de la Universidad de Chile¹⁹; en estudiantes de medicina, dentro de la Universidad del Desarrollo en Santiago²⁰; en un quinto año de alumnos de Medicina

en la Universidad de Chile en Santiago²¹; en estudiantes de odontología, en la Universidad de Concepción en Concepción²²⁻²³; en la Universidad San Sebastián en Concepción²⁴; en la Universidad Finis Terrae en Santiago²⁵; en la Universidad Andrés Bello²⁶; y en enfermeras en la Universidad Mayor en Temuco.²⁷

Si bien a nivel nacional se han propuesto adaptaciones lingüísticas a la escala de empatía, éstas no se han aplicado muestras suficientemente representativas como para someter el instrumento a un análisis psicométrico riguroso. Además, la escala no ha sido validada en escalas no médicas, por lo que los resultados obtenidos a través de estas evaluaciones no pueden considerarse plenamente confiables ni válidos para un análisis legítimo. En concordancia con lo anterior, y ante la ausencia de un instrumento culturalmente adaptado y validado para medir los niveles de empatía en estudiantes del área de la salud de carreras no médicas, se procedió a realizar la adaptación cultural de la Escala de Empatía Médica de Jefferson (versión HPS), así como a evaluar su confiabilidad y validez en una muestra de estudiantes del área de la salud de la Universidad Andrés Bello sede Concepción-Talcahuano, en Chile.

Material y métodos:

Tipo y diseño del estudio: El presente trabajo es de tipo transversal, con un diseño de carácter observacional; de alcance exploratorio-descriptivo, ya que intenta visualizar características de los sujetos, a través de variables, para analizarlas.

Población y muestreo: La población o universo objetivo está compuesta por estudiantes del área de la salud de carreras no médicas de la Universidad Andrés Bello, sede Concepción- Talcahuano, Chile. La teoría señala que ésta debe ser mayor a 200 personas; es decir, el error permisible máximo en la estimación de la proporción es del 7 %²⁸. La muestra se seleccionó mediante un muestreo probabilístico estratificado proporcional con base en el cumplimiento de criterios de participación, con un nivel de confianza del 95 %, y un margen de error del 6 %. La muestra del estudio se conformó por con mínimo de 209 estudiantes de primero a quinto año de las carreras de Kinesiología, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, y Nutrición y Dietética, que cumplieran con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión: Ser estudiantes pertenecientes a la Universidad Andrés Bello sede Concepción. Pertenecer a la carrera de Kinesiología, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, o Nutrición y Dietética, de la

Universidad Andrés Bello sede Concepción. Aceptación de realización de la prueba a través de consentimiento informado (Anexo). Capacidad para comprender instrucciones de la encuesta.

Procedimiento: Se realizaron análisis previos a la validación de la escala. En primer lugar, se llevó a cabo una traducción inversa del instrumento mediante un traductor nativo de habla inglesa. Para ello se utilizó la guía para la adaptación de instrumentos de evaluación psicológicas²⁹, con el objetivo de poder asegurar la equivalencia entre el instrumento original y la traducción al español.³⁰⁻³¹ En segundo lugar, para la adaptación cultural se realizó una revisión por un grupo de ocho jueces³², donde se entregó la definición operativa del constructor y la batería de ítems traducidos para que, de esta manera, pudieran evaluar la pertinencia y coherencia de la traducción. En tercer lugar, se finalizó con una prueba piloto del instrumento en estudiantes de Kinesiología de los niveles II y IV de la Universidad Andrés Bello³³, lo anterior con la finalidad de poder analizar la comprensión de los ítems.²⁸

Tras este proceso inicial, se envió la Escala de Empatía Médica de Jefferson (versión HPS) a los estudiantes de las carreras de Kinesiología, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, y Nutrición y Dietética de la Universidad Andrés Bello sede Concepción-Talcahuano.

Instrumento: La escala incluye veinte ítems medidos en una escala de siete puntos tipo Likert. De los veinte ítems, diez se encuentran en sentido positivo y diez en sentido inverso, que corresponden a los ítems 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18 y 19. Con el fin de facilitar el análisis de los resultados, las preguntas “negativas” de la EEMJ (versión HPS), se transformaron utilizando la fórmula $8-x$, donde “x” es el valor asignado a la pregunta, de esta manera poder dar un valor positivo al resultado, logrando que el promedio final de la encuesta tenga correlación directa con el grado de empatía.

Consideraciones éticas: Todos los estudiantes participaron sin la presencia de presiones y/o incentivos, firmando de manera voluntaria un consentimiento informado (anexo). Los encuestados debían responder al menos dieciséis de las veinte preguntas porque, de lo contrario, el formulario se considera incompleto y se excluye del análisis de datos. Si un encuestado no respondía cuatro o menos elementos, los valores que faltaran se reemplazarían por la puntuación media calculada a partir de los elementos completados por el encuestado. Los sujetos que participaron en el estudio fueron codificados con un número correlativo y no con datos personales. Además, se les aseguró a los participantes que sus respuestas eran confidenciales e

individuales, siendo utilizadas sólo con fines de investigación. Se les comunicó a los encuestados que todas las respuestas eran posibles y que no había ninguna que fuera incorrecta, existiendo sólo diferentes estilos de respuestas, tal como especificaba la hoja de instrucciones generales.

Resultados:

Descriptivos: La escala fue respondida por 212 alumnos, divididos en 4 carreras (Kinesiología, Fonoaudiología, Nutrición y Dietética y Terapia Ocupacional), de los cuales 175 alumnos son mujeres y 37 alumnos son hombres. Los puntajes obtenidos en la EEMJ variaron entre un mínimo de 79 puntos y un máximo de 135 puntos, con un puntaje promedio de 114,55 puntos (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados descriptivos para la variable de género

| Nivel | Género | Media | Desviación estándar | N |
|----------|--------------|----------------|---------------------|-----------|
| 1er. año | Femenino | 115.896 | 11.973 | 58 |
| | Masculino | 117.153 | 12.422 | 13 |
| | Total | 116.126 | 11.976 | 71 |
| 2do. año | Femenino | 111.965 | 13.728 | 29 |
| | Masculino | 115.000 | 11.832 | 06 |
| | Total | 112.485 | 13.309 | 35 |
| 3er. año | Femenino | 111.400 | 15.316 | 40 |
| | Masculino | 114.555 | 10.596 | 09 |
| | Total | 111.979 | 14.520 | 49 |
| 4to. año | Femenino | 115.031 | 12.688 | 32 |
| | Masculino | 118.833 | 12.890 | 06 |
| | Total | 115.631 | 12.622 | 38 |
| 5to. año | Femenino | 116.500 | 11.905 | 16 |
| | Masculino | 119.666 | 13.3166 | 03 |
| | Total | 117.000 | 11.799 | 19 |

Confiabilidad: En primer lugar, se realizó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la Prueba de esfericidad de Bartlett con el programa FACTOR ANALYSIS, para determinar si era apropiado realizar un análisis factorial. Como se observa en la Tabla 2, el determinante de la matriz de correlaciones arroja un valor 0,00002, lo que indica que el grado de intercorrelación de las variables es muy alto. Este valor es confirmado por la significatividad asociada a la prueba de esfericidad de Bartlett, la cual es de 0,0001. También el KMO arroja un valor superior a 0,70, por lo que, según este indicador, la matriz de datos resulta apropiada para realizar sobre ella la factorización.

Tabla 2. Resultados KMO y Prueba de Bartlett

| | |
|--|---------|
| Determinante de la matriz de correlación policórica | .000028 |
| Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. | ,757 |
| Prueba de esfericidad de Bartlett | 190 |
| Sig. | .000010 |

La dimensionalidad de los 20 reactivos se realizó mediante un análisis factorial con extracción de componentes principales y rotación ortogonal. El análisis factorial exploratorio permitió identificar tres factores, los cuales detallamos a continuación. Todos los reactivos que registraron cargas mayores a 0.40 y que integraron el factor 1 (“Toma de perspectiva”), corresponden a los reactivos redactados de manera positiva (2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20). Por otra parte, 7 de las 10 preguntas redactadas de manera negativa (1, 7, 8, 11, 12, 14, 19) determinaron al segundo factor (“Cuidado con compasión”) con altas cargas. Por último, el tercer factor con los últimos reactivos (3, 6, 18) corresponde al dominio “Habilidad para ponerse en los zapatos del paciente”.

Si bien el coeficiente alfa de Cronbach es ampliamente utilizado, su aplicación puede no ser adecuada cuando la escala de respuesta tiene una naturaleza ordinal. En tales casos, como ocurre con la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ), la matriz de correlaciones apropiada para el análisis debería ser la de correlaciones policóricas. Por ello se evaluó la fiabilidad de la EEMJ a través del alfa ordinal, estimando previamente la matriz de correlaciones policóricas sobre la cual se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) para obtener la estructura factorial del instrumento, utilizando el programa FACTOR ANALYSIS (Tabla 3).

Tabla 3. Ponderaciones de factores para el análisis factorial exploratorio de la Escala de Empatía Médica de Jefferson (Versión HPS)

| | Toma de perspectiva | Cuidado con compasión | Ponerse en los zapatos del paciente |
|---|---------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| Rango | 1-7 | 1-7 | 1-7 |
| Media | 68,87 | 34,45 | 11,23 |
| Desviación estándar | 8,19 | 6,08 | 3,58 |
| Sesgo | -1,35 | -1,14 | 0,16 |
| Alfa ordinal | 0.926 | 0.899 | 0.975 |
| Reactivo | Carga factorial | | |
| 1. La comprensión por parte de los profesionales de la salud de los sentimientos de sus pacientes y los sentimientos de sus familias no influye en los resultados del tratamiento. | 0.039 | 0.364 | -0.023 |
| 2. Los pacientes se sienten mejor cuando el profesional de salud entiende sus sentimientos. | 0.783 | 0.236 | 0.013 |
| 3. Es complejo para el profesional de salud ver las cosas desde la perspectiva de los pacientes. | -0.026 | 0.179 | 0.511 |
| 4. Comprender el lenguaje corporal es tan importante como la comunicación verbal en la relación entre profesional de la salud y el paciente. | 0.503 | 0.403 | 0.020 |
| 5. El sentido del humor de un profesional de la salud contribuye a obtener mejores resultados clínicos. | 0.734 | 0.025 | -0.004 |
| 6. Debido a que las personas son diferentes, es difícil ver las cosas desde la perspectiva de los pacientes. | 0.073 | 0.019 | 0.672 |
| 7. Prestar atención a las emociones del paciente no es importante durante la anamnesis. | 0.246 | 0.558 | 0.008 |
| 8. Considerar las experiencias personales de los pacientes no influye en los resultados del tratamiento. | 0.093 | 0.701 | -0.010 |
| 9. Los profesionales de la salud deben tratar de ponerse en el lugar de sus pacientes cuando los están atendiendo. | 0.608 | 0.172 | 0.055 |
| 10. Los pacientes valoran la comprensión de sus sentimientos por parte del profesional de la salud, lo que es terapéutico por sí solo. | 0.621 | 0.319 | 0.153 |
| 11. Las enfermedades de los pacientes solo pueden ser curadas mediante un tratamiento específico; por lo tanto, los vínculos emocionales entre los profesionales de salud y sus pacientes no tienen influencia en los resultados del tratamiento. | 0.288 | 0.520 | -0.112 |

| | | | |
|---|--------------|---------------|---------------|
| 12. Preguntar a los pacientes sobre lo que está sucediendo en sus vidas personales no ayuda en la comprensión sus problemas físicos. | 0.295 | 0.708 | 0.030 |
| 13. Los profesionales de la salud deben tratar de comprender lo que ocurre en la mente de sus pacientes prestando atención a los aspectos no verbales y al lenguaje corporal. | 0.576 | 0.375 | 0.140 |
| 14. Creo que las emociones no tienen relevancia en el tratamiento de las enfermedades. | 0.332 | 0.742 | 0.065 |
| 15. La empatía es una habilidad terapéutica, sin ella, el éxito del profesional de la salud es limitado. | 0.586 | 0.131 | -0.149 |
| 16. La comprensión del profesional de salud del estado emocional de sus pacientes, como también el de sus familias, es un componente importante en la relación entre el profesional de la salud - paciente. | 0.568 | 0.427 | 0.131 |
| 17. Los profesionales de la salud deben tratar de pensar como sus pacientes con el fin de otorgar una mejor atención. | 0.580 | 0.089 | 0.134 |
| 18. Los profesionales de la salud no deben permitirse ser influenciados por lazos personales con sus pacientes o las familias de éstos. | 0.021 | -0.055 | 0.206 |
| 19. No me agrada leer literatura no médica o las artes. | 0.103 | 0.263 | 0.135 |
| 20. Creo que la empatía es un factor importante en el tratamiento de los pacientes. | 0.713 | 0.376 | -0.114 |

Nota. Las cifras en negritas indican las cargas factoriales más altas.

Con el fin de determinar la existencia de diferencias entre los puntajes obtenidos en la Escala de Empatía Médica de Jefferson (versión HPS), según la variable de género, se utilizó el programa estadístico SPSS 20, aplicándose la prueba no paramétrica de Wilcoxon-Mann-Whitney. Así mismo, para determinar diferencias entre los niveles por carrera, se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis.

Discusión:

El resultado de este estudio confirmó tres componentes. El primer factor puede considerarse como el gran componente de la escala, tal como lo indica el valor de la media (68.87). Este primer factor es el de "Toma

de perspectiva”, el cual es un componente que en la literatura ha sido descrito como el ingrediente cognitivo central de la empatía, así como el “trampolín” para el compromiso empático con los demás³⁴; incluyó 10 elementos con un coeficiente de factor igual o superior a 0.50. El Alfa ordinal para este factor fue de 0.92. El segundo factor “Cuidado con compasión”, incluye seis elementos con un coeficiente igual o superior a 0.36. El Alfa ordinal para este factor fue de 0.89. El último factor “Ponerse en los zapatos del paciente” incluyó dos elementos con coeficientes 0.51 y 0.972. El Alfa ordinal para este tercer factor fue de 0.97. Esto es similar a lo presentado por Hojat³⁵, donde se encontró que el primer factor (coeficientes mayores a 0.35) estaba conformado por diez elementos redactados de manera positiva (Alfa de Cronbach 0.80); el segundo factor (coeficientes mayores a 0.52) estuvo compuesto por seis preguntas redactadas de manera negativa (Alfa de Cronbach 0.71); y un tercer factor (con coeficientes 0.77 y 0.72) constituido por dos preguntas (Alfa de Cronbach 0.71). Del mismo modo, es similar a lo presentado por Alcorta-Garza², quien reportó un primer factor (coeficientes mayores a 0.30) conformado por diez elementos redactados de manera positiva; un segundo factor (coeficientes mayores a 0.40) compuesto por siete preguntas redactadas de manera negativa; y un tercer factor (con cargas altas) integrado por dos preguntas redactadas de manera negativa. En lo que respecta a la confiabilidad, la consistencia interna se calculó mediante el Alfa Ordinal, ello debido a que la naturaleza de la escala es de respuesta ordinal³⁶. Por lo tanto, la matriz de correlaciones es policórica³⁷ dando un resultado un Alfa Ordinal de 0,907. Por otro lado, al calcular el Alfa de Cronbach (0.77) se encontró dentro del rango aceptable para pruebas de personalidad. Este último valor es similar a lo encontrado por Alcorta-Garza², con un valor de consistencia interna de 0.74, así como a lo observado por Hojat M.³⁴ con un valor de consistencia interna de 0.80.

Con relación al género para el total de encuestados, los estudiantes masculinos tienen un puntaje mayor (117.04) que los estudiantes femeninos (114.15), diferencia que no resulta significativa ($p=0,053$). Estos resultados difieren de los esperados debido a que, en la mayoría de los estudios, las mujeres obtienen puntajes mayores que sus contrapartes masculinas en medidas de empatía.⁹⁻³⁸ Algunos autores han sugerido que el estilo conductual de las mujeres es generalmente más “empático” que el estilo de los hombres. Al estudiar las carreras de manera individual, se observa que en la carrera de Nutrición y Dietética los estudiantes masculinos tienen puntajes mayores que su contraparte, siendo esta diferencia significativa (0,005). Sin embargo, se requieren más pruebas para relacionar estas diferencias entre la empatía y el género, relacionándolas tanto a factores intrínsecos como extrínsecos. Una respuesta a esta interrogante

podría ser lo mencionado por Alcorta-Garza², donde señala una limitación por parte de los docentes al asumir que el desarrollo de la empatía es logrado solo mediante referencias culturales o teóricas.

En relación con los resultados obtenidos al realizar la comparación entre los estudiantes de los distintos años de carrera, la tendencia muestra que el nivel de empatía al iniciar la carrera es mayor que al término de ésta, lo cual concuerda con lo ya señalado por Hojat.³⁹ Sin embargo, no se observa en la gran mayoría, una disminución gradual y constante de la empatía, más bien se aprecian fluctuaciones con ascensos y descensos. En el caso particular de Kinesiología se observa un aumento de la empatía en el último año, con puntajes mayores que el primer, pero esta diferencia no resulta ser estadísticamente significativa ($p= 0.210$). Estas fluctuaciones de orientación empática podrían deberse, como menciona Abarca²⁰, a la complejidad de los tratamientos clínicos y las altas demandas técnicas, las cuales podrían provocar que los estudiantes se enfoquen más en sus necesidades que en las de los pacientes; por lo tanto, como mencionan Carrasco, Bustos, & Díaz²³, la baja en los niveles de empatía sería el resultado de la adquisición de una personalidad profesional, como parte del proceso de aprendizaje. Esta disminución que los alumnos experimentan también podría ser producto de un estado de defensa, acompañado por miedo e inseguridad, que posiblemente los alumnos novatos sientan cuando empiezan por primera vez a enfrentarse a los pacientes.⁴⁰ Sería interesante poder investigar en futuros estudios si es que existe alguna asignatura a la cual poder adjudicar la disminución o ascenso de la empatía en los diferentes niveles.

Los resultados señalan confiabilidad y validez de la EEMJ (versión HPS) en su versión en español, similar a los resultados obtenidos por Sergio Serrada.⁴¹ Con base en ello se corrobora la hipótesis inicial. La EEMJ (versión HPS) aplicada en estudiantes pertenecientes a las carreras de salud no médicas, logra los indicadores psicométricos que le dan validez.

Conclusiones y limitaciones:

Este estudio constituye un primer acercamiento para el proceso de formación, ya que el hecho de conocer la orientación empática de los estudiantes permite a los docentes buscar estrategias concretas para mejorar esta habilidad, así como generar cambios que puedan resultar en un aumento de los niveles empáticos de los estudiantes a lo largo de su carrera. Esto resulta relevante ya que, el reconocimiento de los factores

sociales y afectivos influirá en el resultado final de la terapia, ayudando de manera positiva en la rehabilitación de los pacientes.

Las limitaciones de esta investigación se relacionan con el muestreo. Este estudio fue realizado de manera transversal, sólo expone el comportamiento de esta muestra, y no compara a los mismos individuos durante su progreso en la carrera. Tampoco se consideraron para este estudio, aspectos sociodemográficos, actitudinales, religiosos... ni el estado de ánimo de los estudiantes al momento de contestar la EEMJ (versión HPS). Por lo que se sugiere que en el futuro se realice un estudio longitudinal el cual permita un mayor análisis, así como poder observar si los cambios en la empatía ocurren durante el transcurso de su formación académica. Además, sería importante poder complementar con otros instrumentos que permitan medir el impacto de las demás variables, para de esta manera poder explorar los elementos que promueven la empatía. Estas modificaciones podrían ayudar a dar respuestas a preguntas como, ¿qué relación existe entre logros del perfil de egreso con el desarrollo de la empatía?

Por último, este trabajo de investigación sólo buscó demostrar asociación y no causalidad; tampoco pretendía identificar los factores de la empatía que eran modificables, lo cual requeriría un nuevo tipo de estudio y un mayor análisis.

Consentimiento informado y consideraciones éticas

En este estudio se respetaron los principios éticos en investigación, debido a que no presenta datos como los nombres de los estudiantes, quedando su identidad bajo absoluta privacidad. Se consideró la base de datos como un suministro de números, los cuales guardan relación con el nivel de empatía que poseen los estudiantes de carreras de la salud no médicas, pertenecientes a la Facultad de Ciencias de Rehabilitación de la Universidad Andrés Bello. Todos los participantes de este estudio debieron firmar voluntariamente un consentimiento informado, basado en los cuatro principios de bioética fundamentales de Childress y Beauchamp.⁴² Esta investigación fue elaborada en total cumplimiento de la Ley 20.120 y su Reglamento N°114, la cual fue aprobada 22 septiembre 2010.⁴³

Declaración de Equidad, Diversidad e Inclusión:

Este estudio se desarrolló bajo los principios de equidad, diversidad e inclusión, asegurando una representación justa y equilibrada en todas sus etapas. En la selección de la población de estudio, se adoptó un enfoque inclusivo al considerar estudiantes de diversas carreras del área de la salud, sin distinción de género, edad o antecedentes socioeconómicos. Se aplicó un muestreo probabilístico estratificado que permitió una representación equitativa de los diferentes niveles académicos y disciplinas, asegurando que los resultados reflejaran la realidad de los estudiantes de salud no médicos de manera amplia y diversa.

La metodología empleada contempló un diseño que respetó los principios de equidad en la recopilación y análisis de datos, evitando sesgos de género, disciplina o nivel académico. Además, se utilizaron herramientas estadísticas que permitieron un análisis objetivo y basado en evidencia, asegurando que la interpretación de los resultados reflejara de manera precisa las experiencias y percepciones de todos los participantes.

Finalmente, en la interpretación de los resultados se garantizó una perspectiva equitativa, reconociendo la diversidad de factores que influyen en la empatía y evitando generalizaciones que pudieran invisibilizar diferencias importantes entre grupos.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Referencias

1. Ulloque MJ, Villalba S, Foscarini G, Quinteros S, Calzadilla-Núñez A, Reyes-Reyes A, Díaz-Narváez V. Family functioning as an explanatory factor of empathic behavior in Argentine medical students. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20.
2. Alcorta-Garza, González-Guerrero JF, Tavitas-Herrera SE, Rodríguez-Lara J, Hojat. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina Mexicanos. *Salud Ment*. 2005;28(5):57-63.
3. Huerta-González S, Meléndez-Chávez S, Barrios-Melchor AR, De las Salas R, Reyes-Reyes A, Díaz-Narváez VP. Caracterización psicométrica y distribución empática entre las áreas académicas en estudiantes de enfermería. *Rev Investig Innov Cienc Salud*. 2024;6(2):94-112.
4. Díaz-Narváez VP, Silva-Vetri MG, Stocklin B, González-Díaz E, Calzadilla-Núñez A, Torres-Martínez P, et al. Empathy levels among dental students and professors from a dental school in the Dominican Republic. *Rev Fac Med*. 2022;70(2):e90850.
5. Barsky AJ. Hidden Reasons Some Patients Visit Doctors. *Ann Intern Med*. 1981;94(1):492-8.
6. Díaz-Narváez V, Miranda-Carreño F, Galaz-Guajardo S, Sepúlveda-Navarro W, Zúñiga-Mogollones M, Calzadilla-Núñez A, et al. Variabilidad empática en estudiantes de odontología. Consecuencias aún no entendidas en América Latina. *Rev Fac Med*. 2022;70(1):e91207.
7. Moreno Vilet. Empatía en Medicina: Enseñarla o adquirirla. *Glosa Rev Divulg*. 2015;3(4).
8. Ramiro H, Cruz AE. Empatía, relación médico-paciente y medicina basada en evidencias. *Med Int Méx*. 2017;33(3):299-302.
9. Díaz-Narváez V, Dávila Pontón Y, Marín Dávila M, Carbone Paz B, Reyes-Reyes A, Calzadilla Núñez A. Empatía con el paciente en médicos especialistas que trabajan en un Hospital de Cuenca (Ecuador). *Rev Cienc Salud*. 2024;22(2):1-14.
10. Oseguera Rodríguez J. El humanismo en la educación médica. *Rev Educ*. 2006;30(1):51-63.
11. Perales C. Ética y humanismo en la formación médica. *Acta Bioeth*. 2008;14(1):30-8.
12. Alvarado-Galarce AA, Faúndez-Maureira CB, Alarcón-Ureta C, Nakouzi Momares J, Salas-Aguayo CD, Díaz-Narváez VP. Estudio factorial exploratorio de empatía en docentes de una facultad de odontología. *Rev Investig Innov Cienc Salud*. 2024;6(2):151-61.
13. Mejía de Díaz MA. Conducta empática en los estudiantes de las ciencias de la salud. Universidad de los Andes. Mérida-Venezuela. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina; 2012.
14. Castañeda B, Parraguez I. Orientación empática de los estudiantes de Kinesiología de dos escuelas de la Región Metropolitana. Tesis de grado. Santiago: Universidad de Chile; 2006.
15. Mondaca-Silva JL. Valoración de la empatía en alumnos de la carrera de Kinesiología, Universidad de las Américas. Sede el Boldal. Estudio piloto. Concepción: Universidad de las Américas; 2013.
16. Mondaca-Silva JL, González-Maldonado IA. Valoración de la empatía en estudiantes de Kinesiología en dos sedes UDLA. Estudio descriptivo. Tesis de grado. Santiago: Universidad de las Américas; 2016.
17. Díaz-Narváez VP, Salas-Alarcón D, Bracho-Milic, Ocaranza-Ozímica J. Empatía en estudiantes de kinesiología. Universidad Mayor, sede Temuco, Chile. *Rev Cienc Salud*. 2015;13(3):383-93.

18. Contreras T, Sebatián G, Guenchugaray L, Fernández A. Orientación empática de los estudiantes de la carrera de Kinesiología de la Universidad de Magallanes, de la ciudad de Punta Arenas, en el año 2014. *Rev Educ Cienc Salud*. 2015;12(2):125-33.
19. Gamboa-Caichá, Yávar Del Pino. Orientación empática de los docentes kinesiólogos de la Escuela de Kinesiología de la Universidad de Chile. Tesis de grado. Santiago: Universidad de Chile; 2007.
20. Abarca C, Eltit I, Casas-Cordero PJ, Tolosa A, Bianchi S, Koch R, et al. Niveles de orientación empática en estudiantes de medicina Universidad del Desarrollo, sede Santiago, Chile. *Rev Confluencia*. 2019;1(1):20-4.
21. Carvajal A, Miranda C, Martinac T, García C, Cumsille F. Análisis del nivel de empatía en un curso de quinto año de medicina, a través de una escala validada para este efecto. *Rev Hosp Clín Univ Chile*. 2004;15(4):302-6.
22. Morales HS. Estudio del nivel de empatía y motivación de logro de los alumnos de la carrera de odontología de la Universidad de Concepción. *Rev Educ Cienc Salud*. 2012;9(2):121-5.
23. Carrasco D, Bustos A, Díaz V. Orientación empática en estudiantes de odontología chilenos. *Rev Estomatol Hered*. 2012;22(3):146-51.
24. Torres-Martínez P, Barrios-Penna C, Fonseca-Molina J, Díaz-Narváez V, González-Cruz S. Niveles de empatía en estudiantes de Odontología de la Universidad San Sebastián, Concepción, Chile. *Rev Fac Med*. 2017;65(2):219-25.
25. Urday HS, Rivera Ugalde I, Zamorano Arancibia, Díaz Narváez V. Evaluación de los niveles de orientación empática en estudiantes de odontología de la Universidad Finis Terrae de Santiago, Chile. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2013;6(3):130-3.
26. Sepúlveda Puga AI, Botello Romo JO, López Tagle E, Díaz-Narváez VP. Empatía y ecualización en estudiantes de odontología en una universidad chilena. *Rev Fac Med*. 2023;39(3):857-73.
27. Díaz-Narváez V, Muñoz-Gámbaro G, Duarte-Gómez N, Reyes-Martínez M, Caro S, Calzadilla-Núñez A, et al. Empatía en estudiantes de enfermería de la Universidad Mayor, Sede Temuco, IX región, Chile. *Aquichan*. 2014;14(3):388-402.
28. Paniagua E. Metodología para la validación de una escala o instrumento de medida. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2015.
29. Geisinger KF. Cross-cultural normative assessment: Translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instrument. *Psychol Assess*. 1994;6(4):304-12.
30. Hambleton RK. Adaptación de tests para su uso en diferentes idiomas y culturas: fuentes de error, posibles soluciones y directrices prácticas. En: Muñiz J, editor. Madrid: Universitas; 1996.
31. Carretero H, Pérez C. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *Int J Clin Health Psychol*. 2005;5(3):521-51.
32. Lynn M. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*. 1986;35:382-5.
33. Fuentealba, Balboa, Sáez J. Niveles de empatía en dos cohortes de estudiantes pertenecientes a la carrera de Kinesiología de la Universidad Andrés Bello sede Concepción, 2020. Tesis de pregrado. Concepción: Universidad Andrés Bello, Facultad de Ciencias de la Rehabilitación, Escuela de Kinesiología; 2020.
34. Hojat M. *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. New York: Springer; 2016.
35. Hojat M, DeSantis, Shannon, Mortensen L, Speicher MR, Bragan, et al. The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Adv Health Sci Educ*. 2018;23(5):899-920.
36. Oliden P, Zumbo. Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenada. *Psicothema*. 2008;20(4):896-901.

37. Flora D, Curran P. An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychol Methods*. 2004;9:466-91.
38. Díaz-Perez A, Fernández Aragón SP, Díaz Narváez VP, Fernández Beleño A, Navarro-Quiroz E, Mendoza Cataño CL. Empathy in the Curriculum for Patient Care. *Glob J Health Sci*. 2018;10(4):93-104.
39. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*. 2004;38(9):934-41.
40. Sherman JJ, Cramer A. Measurement of changes in empathy during dental school. *J Dent Educ*. 2005;69(3):338-45.
41. Serrada-Tejeda S, Sánchez-Herrera-Baeza P, Rodríguez-Pérez MP, Máximo-Bocanegra N, Martínez-Piédrola RM, Trugeda-Pedrajo N, et al. Cultural adaptation and psychometric properties of the Jefferson empathy scale health professions students' version in Spanish occupational therapy students. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):472.
42. Siurana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*. 2010;(22):121-57.
43. Ministerio de Salud. leychile.cl [Internet]. 2013 [cited 2020 Jun 1]. Available from: <http://bcn.cl/1vge5>

ANEXO**Material Complementario:**

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

- Anexo – Consentimiento informado



REPORTE DE CASOS



**Intervención fisioterapéutica con enfoque en atención plena
para personal administrativo de educación media superior:
Efectos en el estrés laboral y la consciencia interoceptiva.
Serie de casos**

Salma Alejandra Jiménez Juárez

Sin afiliación institucional

✉ Autor de Correspondencia: Salma Alejandra Jiménez
Juárez, +52 5618240982. sajj.ft@gmail.com

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



Recibido: 20 de enero de 2024 | Aceptado: 01 de julio de 2024

Intervención fisioterapéutica con enfoque en atención plena para personal administrativo de educación media superior: efectos en el estrés laboral y la consciencia interoceptiva.

Serie de casos

Salma Alejandra Jiménez Juárez

Sin afiliación institucional

Resumen: Los fisioterapeutas pueden desempeñar un papel relevante en el abordaje de problemáticas de salud pública, como el estrés laboral, el cual ha generado importantes consecuencias negativas para la salud de los trabajadores en México. **Objetivo:** Describir los efectos de una intervención con enfoque en atención plena en los niveles de estrés laboral y consciencia interoceptiva de personal administrativo de educación media superior (n = 12). **Descripción de los casos:** Se incluyen 12 administrativos de un centro educativo. Antes de la intervención, los casos presentaron niveles de estrés que oscilaban entre 'sin estrés' y 'estrés moderado', según los resultados obtenidos en el Test del Estrés Laboral del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); así mismo, cada individuo manifestó niveles variados de consciencia interoceptiva, los cuales fueron medidos con la Evaluación Multidimensional de la Consciencia Corporal Interoceptiva (MAIA). **Intervención:** Se implementaron doce sesiones que incorporaron herramientas de atención plena, tanto estáticas como en movimiento, realizadas en el centro de trabajo y durante el horario laboral. **Resultados:** Al finalizar la intervención, se observó una disminución en los niveles de estrés laboral en 11 de los 12 casos, así como un incremento en los niveles de consciencia interoceptiva en otros 11 participantes. **Conclusión:** Las intervenciones fisioterapéuticas basadas en la atención plena, podrían ser un recurso terapéutico de gran utilidad para impactar positivamente en el estrés laboral y la consciencia corporal en trabajadores del área educativa.

Cuadro de Resumen

La fisioterapia basada en atención plena podría representar una estrategia valiosa para promover la salud física y mental de los trabajadores del sector público. Los fisioterapeutas pueden desempeñar un papel fundamental en la prevención y el abordaje de problemáticas sociales y de salud pública, como el estrés laboral, cuyas consecuencias en México se han vuelto cada vez más graves y evidentes.

Palabras clave: Atención plena, estrés laboral, consciencia interoceptiva, fisioterapia, salud mental

Introducción

La problemática del estrés laboral y las soluciones emergentes son de interés para todos los profesionales de la salud. En este contexto, el fisioterapeuta ocupa una posición estratégica para contribuir a la implementación y difusión de estrategias que promuevan el bienestar y la salud mental en diversos grupos poblacionales, particularmente en personas trabajadoras; Para ello, puede apoyarse en el modelo biopsicosocial y en la aplicación de recursos terapéuticos como la atención plena, una intervención mente-cuerpo que forma parte de los dos pilares fundamentales de la fisioterapia en salud mental: la consciencia corporal y la actividad física.¹ Los niveles elevados y persistentes de estrés, contribuyen a la aparición de trastornos mentales, entre los que destacan la depresión, la ansiedad y el síndrome de Burnout; y como afecciones en la salud física, se pueden desarrollar enfermedades cardiovasculares, trastornos musculoesqueléticos y trastornos del sistema gastrointestinal, entre otros; adicionalmente y como consecuencia, también se pueden desarrollar comportamientos de afrontamiento como el abuso en el consumo de sustancias tóxicas como el alcohol, tabaco y drogas, así como la aparición de hábitos de riesgo y cambios desfavorables en el estilo de vida que actúan como factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles.²⁻⁴

Actualmente el estrés laboral se considera como una epidemia de la vida moderna.⁴⁻⁵ Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que México ocupa el primer lugar a nivel mundial en prevalencia de estrés laboral, con un 75 %, superando a economías como China y Estados Unidos.⁶ Esto significa que aproximadamente 8 de cada 10 personas en México viven con estrés relacionado con su trabajo.⁷ El estrés laboral no solo representa un problema de salud pública sino que trasciende a un problema económico y social, con pérdidas económicas de hasta el 4% del producto interno bruto (PIB) del país, bajo rendimiento laboral, ausentismo e incluso accidentes en el centro del trabajo por lo que también se ve afectada la economía de las personas, empresas, instituciones y del sistema de salud.⁸ El concepto de Mindfulness (atención plena) hace referencia a un estado mental estable que previene a la atención de ser emboscada por cualquier tipo de distractor; este estado mental o actitud se alcanza desarrollando la capacidad de centrar la atención a la experiencia que se vive en el momento presente, teniendo consciencia plena de los pensamientos, emociones y sensaciones corporales que surgen en dicha experiencia y que además son aceptados tal y como son, sin ningún tipo de juicio o etiqueta.⁹⁻¹² Las prácticas de Mindfulness se han categorizado en dos tipos: Intervenciones informadas en la atención plena e intervenciones basadas

en la atención plena. Las intervenciones informadas en la atención plena están influenciadas por la filosofía de Mindfulness en combinación con otras metodologías, y se utilizan con el fin de lograr efectos fisiológicos y psicológicos específicos, como la disminución del estrés, el aumento de la función respiratoria o la mejora de la consciencia corporal interoceptiva (percepción propia del individuo mayoritariamente inconsciente que se tiene sobre los estados internos del cuerpo), a través de ejercicios de respiración o secuencias de movimiento consciente, entre otros. Por otro lado, las intervenciones basadas en la atención plena están dirigidas al aprendizaje y aumento de la atención plena como objetivo principal, y conllevan la realización de ejercicios mentales formales como la respiración consciente. Un ejemplo de este tipo de intervención es Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR por sus siglas en inglés), desarrollada por Jon Kabat-Zinn en 1979 en la Universidad de Massachusetts, la cual originalmente se propuso para el manejo de pacientes con dolor crónico.¹⁰⁻¹⁴

Esta serie de casos tiene como objetivo describir los efectos de una intervención con enfoque en atención plena en los niveles de estrés laboral y consciencia interoceptiva de personal administrativo de educación media superior, que refieren sentirse angustiados por la carga excesiva de trabajo y que presentan distintos niveles de estrés laboral y de consciencia interoceptiva, después de ser evaluados con dos distintos instrumentos de medición.

Presentación de los casos

Este estudio incluyó a 12 personas que desempeñan funciones administrativas en un centro de educación media superior. Como primer acercamiento, se llevó a cabo una plática informativa dirigida al personal directivo y administrativo, en la que se presentó de forma clara y concisa la problemática del estrés laboral y sus efectos nocivos sobre la salud, así como el objetivo de la investigación. Esta actividad tuvo como finalidad promover la participación voluntaria en el proyecto y, de forma complementaria, fomentar el autocuidado como una labor transversal dentro de la fisioterapia. La Tabla 1 muestra las características generales de los participantes que decidieron formar parte de esta serie de casos, incluyendo datos personales, antecedentes clínicos, principales preocupaciones relacionadas con el estrés laboral, y si habían recibido intervenciones previas para atender esta problemática. Todos los participantes tenían jornadas laborales de nueve horas diarias con 45 minutos de descanso, distribuidas en cinco días a la semana.

Tabla 1. Presentación de los casos

| Participantes | Género | Edad | Cargo | Enfermedad Física | Trastorno mental | Estrés Laboral Referido | Afecciones Asociadas | Intervención previa |
|---------------|--------|------|--|--------------------------------|------------------|--|-------------------------------------|---------------------|
| P1 | Mujer | 32 | Orientadora | Ninguna | Ninguno | No referido | Ninguna | Ninguna |
| P2 | Hombre | 29 | Auxiliar administrativo | Ninguna | Ninguno | Presión por terminar el trabajo a tiempo | Ninguna | Ninguna |
| P3 | Mujer | 49 | Orientadora | Hipertensión arterial | Ninguno | Exceso de actividades | Ansiedad y tensión arterial elevada | Ninguna |
| P4 | Hombre | 59 | Auxiliar administrativo | Diabetes Tipo 2 e Hipertensión | Depresión | Trabajar bajo presión | Insomnio | Ninguna |
| P5 | Mujer | 33 | Orientadora | Ninguna | Ninguno | No referido | Ansiedad y sobrepeso | Ninguna |
| P6 | Mujer | 20 | Encargada del Laboratorio Multidisciplinario | Ninguna | Ninguno | Aparición de dolor de cabeza, ojos y estómago | Problemas gástricos | Ninguna |
| P7 | Mujer | 43 | Coordinadora de vinculación | Hipotiroidismo | Ninguno | Problemas de sueño y dificultad para disfrutar de los días de descanso | Mal manejo del estrés | Ninguna |
| P8 | Hombre | 46 | Oficial de mantenimiento | Diabetes T2 | Ninguno | Aumento en la carga de trabajo | Enojo y desesperación | Ninguna |
| P9 | Mujer | 39 | Subdirectora administrativa | Ninguna | Ninguno | No referido | Estrés | Ninguna |
| P10 | Mujer | 52 | Auxiliar de la dirección | Ninguna | Ninguno | No referido | Estrés | Ninguna |
| P11 | Mujer | 47 | Bibliotecaria | Hipertensión arterial | Ninguno | Atender varias actividades de forma inmediata | Hipertensión arterial | Ninguna |
| P12 | Hombre | 61 | Oficial de mantenimiento | Hipertensión arterial | Ninguno | No referido | Ninguna | Ninguna |

Evaluación diagnóstica

A cada participante se le evaluó el nivel de estrés laboral mediante la aplicación del Test de Estrés Laboral del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)² (Anexo 1) el cual consta de 12 ítems calificados en una escala de 1 a 6, que va de 'nunca' a 'muy frecuente', en función de lo experimentado por la persona durante los últimos tres meses. La puntuación total oscila entre 12 y 72 puntos; a mayor puntaje, mayor es la severidad del estrés laboral. La evaluación inicial se realizó siguiendo las instrucciones originales del instrumento, considerando el periodo de los tres meses previos. No obstante, para la evaluación posterior a la intervención, se realizó una modificación metodológica, aplicando el test con referencia al último mes, con el fin de medir el efecto inmediato de la intervención en los participantes.

Para medir la consciencia interoceptiva se utilizó la escala Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA)¹⁵ que en español significa: Evaluación Multidimensional de la Consciencia Corporal Interoceptiva (Anexo 2) y consta de 32 ítems distribuidos en ocho subescalas: 'Percibe', 'No distrae' (con tres ítems de puntuación inversa), 'No inquieta' (con dos ítems de puntuación inversa), 'Regulación de la atención', 'Consciencia emocional', 'Autorregulación', 'Escuchar al cuerpo' y 'Confianza'. El puntaje máximo es de 40, considerando la inversión de los ítems correspondientes antes de calcular la puntuación final. A mayor puntaje, se interpreta un mayor nivel de consciencia interoceptiva. Tanto esta escala como el Test de Estrés Laboral fueron autoadministrados por los participantes mediante formularios digitales (Google Forms), al inicio y al término de la intervención.

Intervención terapéutica

La intervención consistió en un total de doce sesiones grupales, con una duración de 90 minutos cada una, realizadas en el lugar de trabajo y durante el horario laboral. Se llevaron a cabo dos sesiones por semana. Las sesiones integraron estrategias de atención plena aplicadas en el contexto de la fisioterapia: seis de ellas se enfocaron en recursos corporales estáticos, como el escaneo corporal y la respiración consciente; las otras seis incorporaron recursos dinámicos, como el movimiento consciente mediante estiramientos y caminatas, como se detalla en la Tabla 2. Los materiales requeridos fueron mínimos: tapetes de yoga (mat) y ropa cómoda para facilitar la participación. Al final de cada sesión, se recordaban a los participantes la fecha y materiales para la siguiente actividad, así como los beneficios de la atención plena sobre la salud, con el objetivo de fomentar la adherencia al programa.

Tabla 2. Descripción y desarrollo de la intervención terapéutica

| INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA | | | |
|----------------------------------|---|--|--------------------------|
| Recursos corporales: | Movimiento consciente (Secuencia de estiramientos y caminata) | Estáticos (Escaneo corporal y respiraciones conscientes) | Dos sesiones por semana. |
| Número de sesiones: | 6 | 6 | |
| Frecuencia: | Una vez por semana | Una vez por semana | |
| DESARROLLO DE SESIÓN TERAPÉUTICA | | | |
| Etapa | Descripción | | Duración |
| Introducción | Al inicio de cada sesión, se verificaba la asistencia mediante pase de lista y se ofrecía una bienvenida con el propósito de generar un ambiente de confianza y seguridad. Posteriormente, se brindaban indicaciones generales sobre la práctica, acompañadas de sugerencias para favorecer la experiencia, como adoptar una actitud de curiosidad, practicar la autocompasión y suspender los juicios durante el desarrollo de la actividad. | | 10 minutos |
| | El componente principal de estas sesiones es priorizar la consciencia en el movimiento y no la calidad de este, a través de preguntas como: ¿Qué sensaciones encuentras en tu cuerpo al realizar este movimiento?, ¿Este movimiento te hace sentir alguna emoción? y ¿Al realizar esta posición o movimiento, percibes algo en zonas distales de tu cuerpo? | Se les sugiere mantener la misma posición durante todo el ejercicio, entregándose a la experiencia del momento presente; y solo en caso de experimentar dolor o incomodidad podían colocarse en una posición más cómoda. | |
| Desarrollo | La sesión incluía una rutina de estiramientos dinámicos que involucraban la columna vertebral, así como las extremidades superiores e inferiores, realizados en distintas posiciones: decúbito, sedente y bípeda. Estos ejercicios eran acompañados por música relajante de fondo para favorecer un ambiente de calma y conexión corporal. Al finalizar la rutina, se realizaba una caminata grupal en círculo, en la que se invitaba a los participantes a centrar su atención en las sensaciones corporales y emociones emergentes durante el movimiento. Esta práctica se sugería realizar descalzos, con el fin de potenciar la percepción sensorial y la consciencia corporal. | Se realizaba un ejercicio de escaneo corporal en decúbito supino, sobre tapetes colocados en el suelo. La práctica comenzaba en los pies y progresaba hasta la cabeza, guiando la atención hacia las sensaciones presentes en distintas partes del cuerpo, así como a la percepción del tamaño y la forma de dichas sensaciones, con especial énfasis en las zonas articulares. Esta actividad se acompañaba de música relajante de fondo para facilitar un estado de calma y conexión interna. Al finalizar el escaneo, se realizaban 20 respiraciones conscientes en la misma posición, lo cual marcaba el cierre de la intervención | 70 minutos |
| Cierre | Al finalizar la sesión, se invitaba a los participantes a compartir voluntariamente su experiencia individual, expresando pensamientos, sensaciones y percepciones relacionadas con la intervención. Este espacio tenía como objetivo fomentar un ambiente de empatía, escucha activa y validación de las experiencias personales. Para concluir, se recordaban los beneficios de la atención plena que fueron presentados al inicio del programa, reforzando así la motivación y el sentido de continuidad del proceso terapéutico. | | 10 minutos |

Resultados

Al comparar los resultados de la evaluación inicial y final, se observó que 11 de los 12 participantes presentaron una disminución en los niveles de estrés laboral. En contraste, el participante P6 mostró un leve aumento en su puntaje, pasando de 33 a 34, según el Test de Estrés Laboral del IMSS, como se muestra en la Figura 1. Este incremento se asoció con una mayor frecuencia en la aparición de ciertos síntomas durante el último mes, tales como: sensación de cansancio extremo y agotamiento, pinchazos o dolores en distintas partes del cuerpo, disminución del interés sexual y temblores musculares.

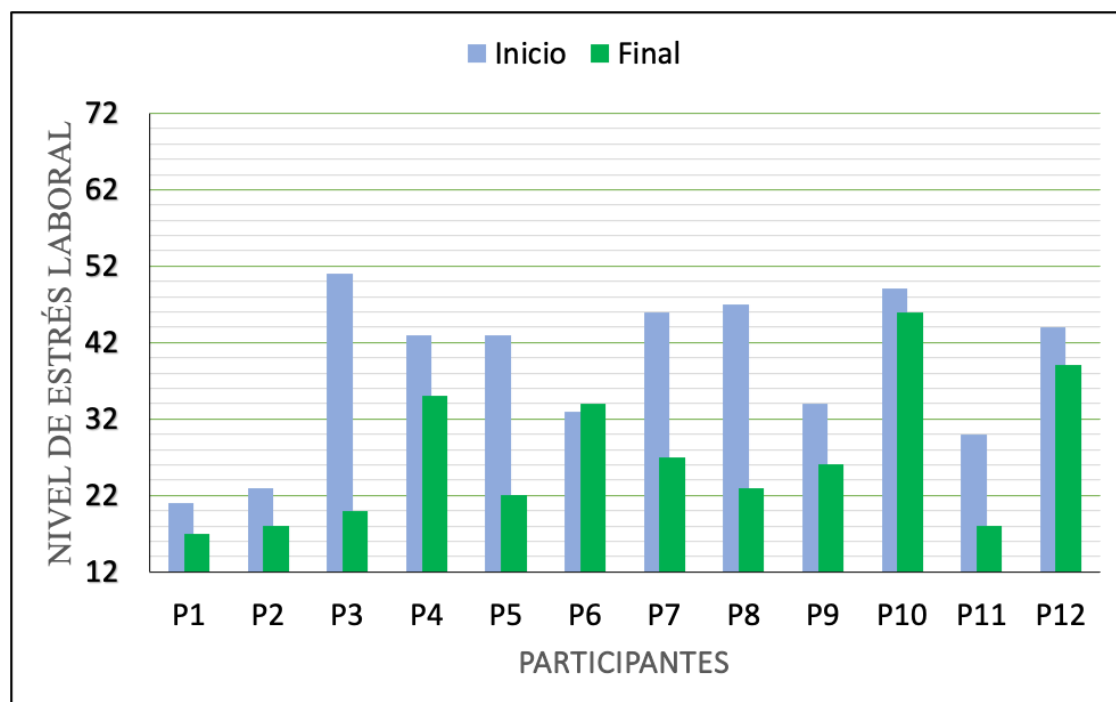


Figura 1. Niveles de estrés laboral por participante

Nota. Los valores del nivel de estrés laboral son los utilizados en el Test del estrés laboral del IMSS.

En relación con la consciencia interoceptiva, al comparar los puntajes obtenidos antes y después de la intervención, se observó un incremento en 11 de los 12 participantes. La única excepción fue el participante P3, quien presentó una disminución en su puntaje total, pasando de 26 a 24.1, como se muestra en la Figura 2. Esta reducción se reflejó principalmente en las subescalas de la MAIA correspondientes a 'Percibe', 'Regulación de la atención', 'Consciencia emocional', 'Escuchar al cuerpo' y 'Confianza', tal como se detalla en la Tabla 3.

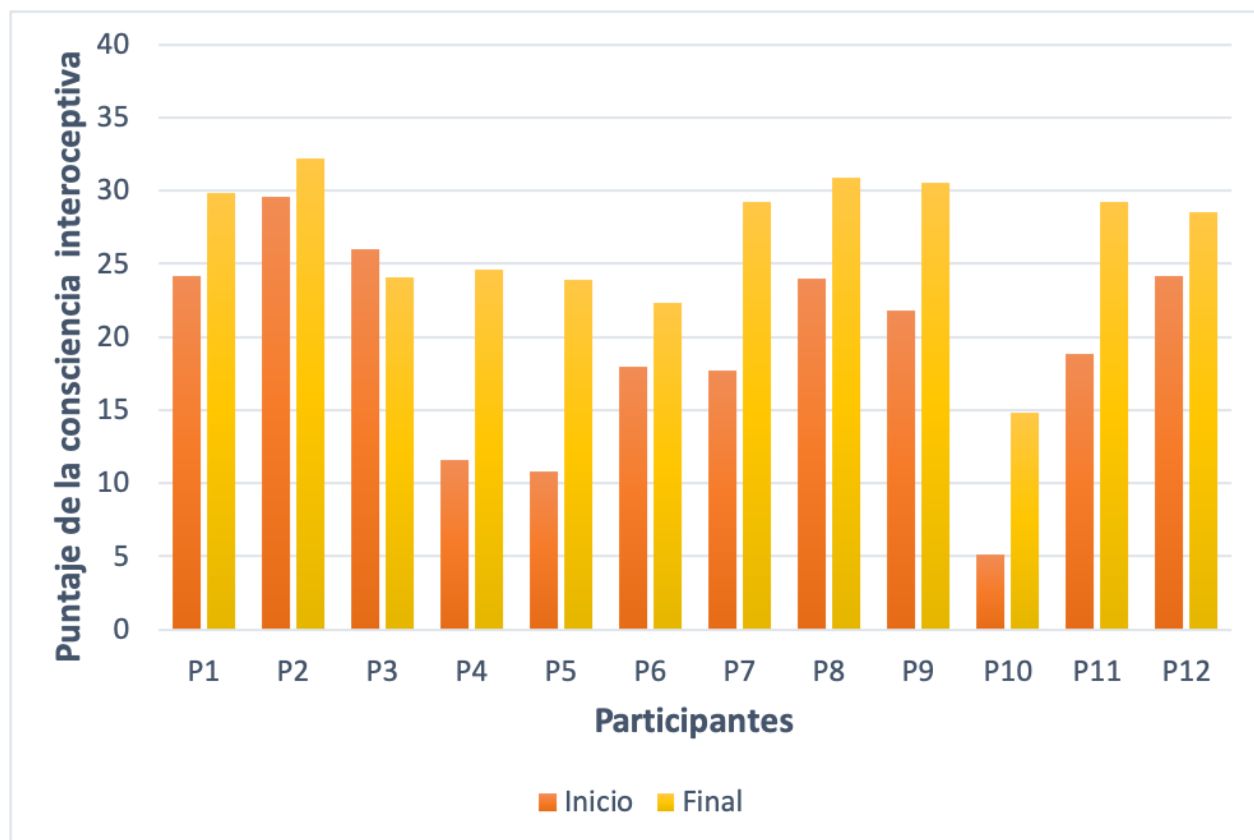


Figura 2. Puntajes de la consciencia interoceptiva por participante

Finalmente, las cinco subescalas de la MAIA en las que se observó un mayor número de participantes con aumento al término de la intervención fueron: 'Regulación de la atención' y 'Escuchar al cuerpo', con mejoras en 11 de los 12 casos; 'Autorregulación', en 10 participantes; y 'No-inquieta' y 'Confianza', en 9 de los 12 participantes, como se muestra en la Tabla 4 y la Figura 3.

Discusión

Los resultados finales evidenciaron que la atención plena aplicada en el contexto fisioterapéutico tuvo un efecto favorable en la reducción del estrés laboral, ya que 11 de los 12 participantes mostraron una disminución en sus niveles. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas que respaldan, de manera sustentada, el uso de la atención plena como una estrategia efectiva para disminuir el estrés laboral.¹⁰ Asimismo, otro estudio demostró que la implementación de atención plena, particularmente mediante el programa Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), logró reducir los niveles de estrés laboral en personal de enfermería del área de psiquiatría, un ámbito caracterizado por una elevada carga laboral y alta demanda emocional.¹⁶

Tabla 3. Resultados de cada una de las subescalas pertenecientes a la Evaluación Multidimensional de la Consciencia Corporal Interoceptiva por participante

| SUB-ESCALAS | PERCIBE | | NO-DISTRAE | | NO-INQUIETA | | REGULACIÓN DE LA ATENCIÓN | | CONSCIENCIA EMOCIONAL | | AUTO-REGULACIÓN | | ESCUCHAR AL CUERPO | | CONFIANZA | |
|-------------|---------|-------|------------|-------|-------------|-------|---------------------------|-------|-----------------------|-------|-----------------|-------|--------------------|-------|-----------|-------|
| | Inicio | Final | Inicio | Final | Inicio | Final | Inicio | Final | Inicio | Final | Inicio | Final | Inicio | Final | Inicio | Final |
| P1 | 4.0 | 3.7 | 2.6 | 3.0 | 1.0 | 1.0 | 2.5 | 3.8 | 3.8 | 5.0 | 3.7 | 5.0 | 2.6 | 3.3 | 4.0 | 5.0 |
| P2 | 4.0 | 3.5 | 1.3 | 3.0 | 3.3 | 3.6 | 3.1 | 3.5 | 5.0 | 4.6 | 4.2 | 4.7 | 4.0 | 4.3 | 5.0 | 5.0 |
| P3 | 4.5 | 4.2 | 3.0 | 4.0 | 1.0 | 1.6 | 3.0 | 1.7 | 3.8 | 3.6 | 3.7 | 3.7 | 3.0 | 2.0 | 4.0 | 3.3 |
| P4 | 1.7 | 4.0 | 0.6 | 1.0 | 0.0 | 2.0 | 1.4 | 3.1 | 4.2 | 4.6 | 2.5 | 3.6 | 0.6 | 3.0 | 0.6 | 3.3 |
| P5 | 3.2 | 3.2 | 1.6 | 2.3 | 0.0 | 2.6 | 0.8 | 3.0 | 2.4 | 3.0 | 0.2 | 3.2 | 1.0 | 3.6 | 1.6 | 3.0 |
| P6 | 2.0 | 2.2 | 2.3 | 2.3 | 3.0 | 3.3 | 1.5 | 2.0 | 2.0 | 3.6 | 2.2 | 3.0 | 2.0 | 2.6 | 3.0 | 3.3 |
| P7 | 4.0 | 3.2 | 2.3 | 1.6 | 1.6 | 3.0 | 1.1 | 3.8 | 3.8 | 4.6 | 1.0 | 4.0 | 1.3 | 4.0 | 2.6 | 5.0 |
| P8 | 2.5 | 4.5 | 2.6 | 1.0 | 2.3 | 2.3 | 3.2 | 4.4 | 3.6 | 4.8 | 3.2 | 4.7 | 3.3 | 4.6 | 3.3 | 4.6 |
| P9 | 3.7 | 4.2 | 0.0 | 1.6 | 1.0 | 3.0 | 2.5 | 4.1 | 4.0 | 4.8 | 4.7 | 4.5 | 2.3 | 3.3 | 3.6 | 5.0 |
| P10 | 2.2 | 2.0 | 0.6 | 1.3 | 0.6 | 2.0 | 0.0 | 1.1 | 1.2 | 3.8 | 0.5 | 2.0 | 0.0 | 0.6 | 0.0 | 2.0 |
| P11 | 3.7 | 3.7 | 1.6 | 0.0 | 1.6 | 3.6 | 2.1 | 4.2 | 4.0 | 4.0 | 2.5 | 4.7 | 0.0 | 4.0 | 3.3 | 5.0 |
| P12 | 4.0 | 4.2 | 0.6 | 1.3 | 2.0 | 2.0 | 2.4 | 3.1 | 4.8 | 4.8 | 3.5 | 4.5 | 2.6 | 4.3 | 4.3 | 4.3 |

Nota. Las casillas sombreadas indican las subescalas en las que los puntajes finales de los participantes, en comparación con los iniciales, reflejan un aumento en los niveles de consciencia interoceptiva.

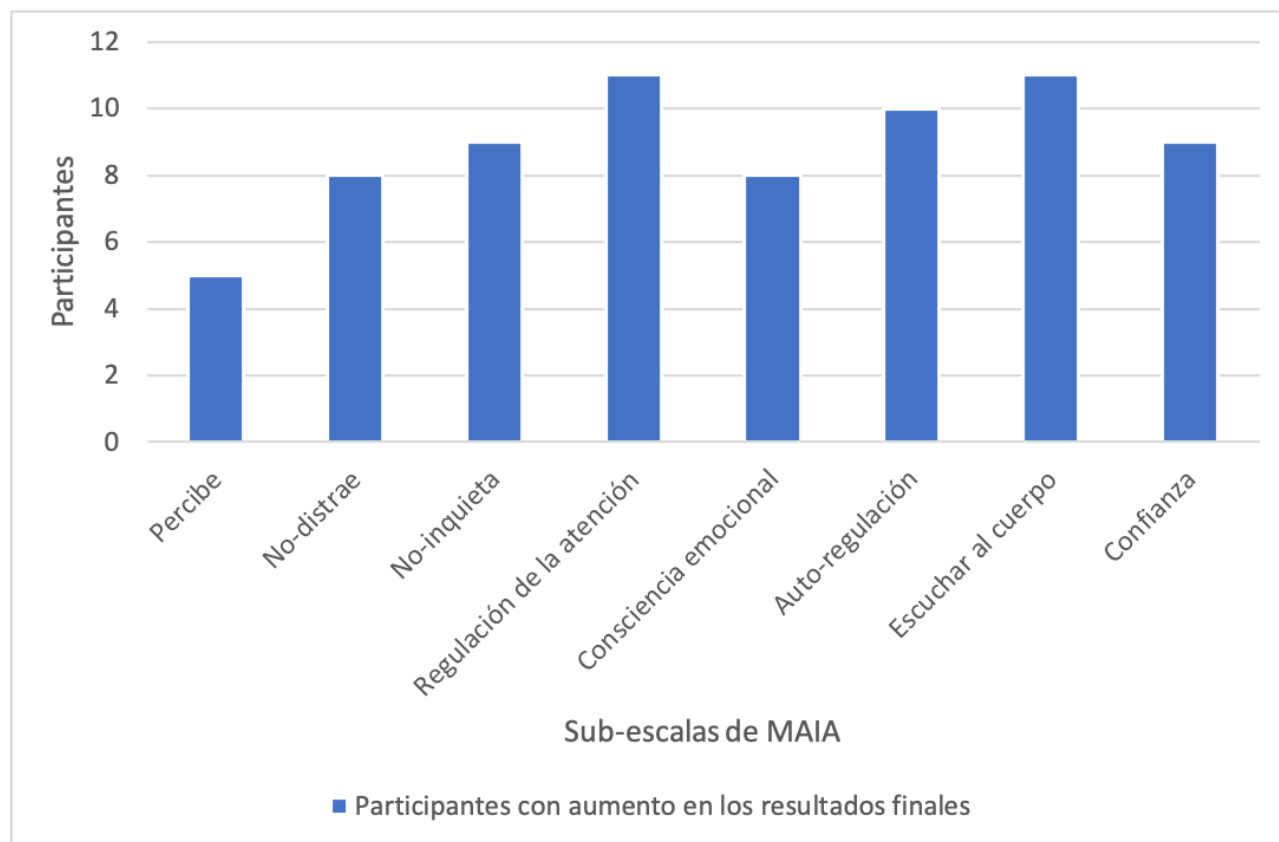


Figura 3. Subescalas de MAIA en las que hubo más participantes con aumento de la consciencia corporal interoceptiva, después de la intervención

La intervención terapéutica implementada en este estudio, realizada en el lugar y horario de trabajo, pudo haber contribuido al bienestar físico y mental de los participantes. Esta afirmación se sustenta en una revisión sistemática que señala que los programas de entrenamiento en atención plena implementados en entornos laborales favorecen el bienestar y la salud mental de los trabajadores, al reducir los niveles de estrés laboral. Además, se ha reportado que dichas intervenciones pueden tener un impacto positivo en trastornos mentales como la depresión, así como mejorar la satisfacción laboral y el desempeño en el trabajo.¹⁷ Cabe destacar que únicamente el participante P6 presentó un efecto contrario al esperado, lo cual podría estar relacionado con experiencias físicas particulares identificadas en la evaluación final del nivel de estrés laboral. En este caso, se observó un incremento en la frecuencia de síntomas como cansancio extremo y agotamiento, disminución del interés sexual, temblores musculares y sensaciones dolorosas o punzantes en distintas partes del cuerpo. Este resultado podría atribuirse a factores individuales o al propio contexto laboral del participante. En esta intervención no se contempló de manera específica el impacto de

los factores de riesgo psicosocial, los cuales están estrechamente relacionados con las condiciones y la organización del entorno de trabajo. Es posible que dichos factores hayan estado presentes durante el periodo de la intervención, influyendo así en los resultados obtenidos. En cuanto a los resultados de la medición de la consciencia interoceptiva, se observó un aumento en 11 de los 12 participantes, lo que sugiere un efecto positivo de la atención plena aplicada como recurso fisioterapéutico. Este incremento podría representar un beneficio relevante en el contexto laboral de los participantes, ya que las cinco subescalas de la MAIA en las que se evidenciaron mayores mejoras fueron: 'Regulación de la atención', 'Escuchar al cuerpo', 'Autorregulación', 'No-inquieta' y 'Confianza'. De estas, 'Escuchar al cuerpo' y 'Confianza' se han asociado con una mayor resiliencia y un mejor afrontamiento del estrés. En particular, la subescala 'Confianza', que evalúa la relación del individuo con su propio cuerpo, puede favorecer el establecimiento de relaciones interpersonales más saludables y, con ello, contribuir a un mejor desempeño laboral.¹⁴ Asimismo, los resultados obtenidos son coherentes con estudios previos que han reportado efectos positivos de las terapias mente-cuerpo, tales como la atención plena y los recursos de consciencia corporal, los cuales han demostrado mejorar la consciencia interoceptiva entre otros múltiples beneficios.¹⁸ Cabe mencionar que el participante P3 presentó un resultado contrario al del resto del grupo, al experimentar una disminución en los niveles de consciencia interoceptiva posterior a la intervención, lo cual podría atribuirse a factores individuales. Es importante considerar que la interocepción puede evaluarse mediante mediciones objetivas —conocidas como precisión interoceptiva— que reflejan el nivel de percepción de señales internas a nivel fisiológico. Esta puede diferir de la sensibilidad interoceptiva, la cual se basa en el autoinforme subjetivo sobre la percepción y creencias individuales respecto a las sensaciones corporales. Por lo tanto, la autopercepción de la interocepción puede no coincidir con el estado interoceptivo fisiológico real del individuo. Además, las escalas de autoinforme como la MAIA evalúan habilidades específicas que requieren cierto nivel de comprensión conceptual y un lenguaje corporal adecuado. Esto representa un desafío metodológico, ya que la interpretación de los ítems puede variar entre los participantes, e incluso modificarse antes y después de haber experimentado una intervención mente-cuerpo.¹⁸ Una de las limitaciones de esta serie de casos radica en la modificación realizada a las instrucciones originales del Test de Estrés Laboral del IMSS, el cual está diseñado para evaluar la frecuencia de aparición de síntomas en los últimos tres meses. En este estudio, dicha indicación se mantuvo para la evaluación inicial; sin embargo, en la valoración final se adaptó el periodo de referencia al último mes, con el propósito de medir el efecto inmediato de la intervención. Esta decisión metodológica responde al objetivo específico del estudio y a la

duración de la intervención, que fue de mes y medio, buscando así una correlación más directa entre la intervención y los cambios observados. Otra limitación relevante fue la falta de información contextual más profunda sobre los participantes. No se recabaron datos sobre su situación social ni sobre aspectos psicológicos específicos. Aunque se les consultó acerca de la presencia de trastornos mentales, como se muestra en la Tabla 1, dicha información resultó insuficiente para un análisis más profundo. Se recomienda que en futuras investigaciones se recabe información más detallada sobre el estado físico de los participantes, con el fin de identificar posibles comorbilidades o disfunciones que pudieran influir en los efectos de la intervención. Asimismo, es importante considerar los factores de riesgo biopsicosocial y su posible impacto en los niveles de estrés laboral, así como explorar si estos pueden ser modificados positivamente mediante la aplicación de esta o intervenciones similares. En este sentido, la atención plena, incorporada como recurso dentro de la fisioterapia, representa una herramienta terapéutica con potencial para favorecer el bienestar físico y mental de personas trabajadoras en instituciones públicas del ámbito educativo.

Consentimiento informado y consideraciones éticas

Una vez que los participantes manifestaron voluntariamente su intención de formar parte del estudio, se les proporcionó un consentimiento informado (Anexo 3) antes de iniciar la evaluación diagnóstica y la intervención terapéutica. Conforme a lo establecido en la Ley General de Salud en materia de Investigación, y en particular al artículo 17, esta investigación se considera de riesgo mínimo, dado que se utilizaron herramientas diagnósticas para evaluar estados fisiológicos y de comportamiento, y se implementaron ejercicios físicos de baja intensidad enfocados en la consciencia corporal.

Declaración de equidad, diversidad e inclusión

La población participante en este estudio fue seleccionada mediante una convocatoria abierta dirigida a todo el personal administrativo del centro de trabajo, garantizando la participación voluntaria. Todas las personas interesadas fueron aceptadas e incluidas sin distinción de edad, género, religión, condición socioeconómica, grupo étnico u orientación sexual. Durante el desarrollo de la intervención, todos los participantes recibieron el mismo nivel de atención, acompañamiento, información e indicaciones, asegurando un trato equitativo en cada una de las sesiones.

Perspectiva de los pacientes

Al finalizar la intervención y posterior a la evaluación final, se solicitó a los participantes que compartieran su experiencia personal mediante un formulario. Todos reportaron haber vivido una experiencia positiva. La mayoría destacó una mayor conexión con su cuerpo, así como el aprendizaje de estrategias para escucharlo y comprenderlo mejor. Entre las percepciones más frecuentes se mencionaron sensaciones de relajación y bienestar. Además, varios participantes señalaron haber adquirido herramientas útiles para regular sus emociones, afrontar el estrés y mejorar su calidad de vida.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de interés por declarar en este estudio.

Referencias

1. Probst M. The International Organization of Physical Therapists working in Mental Health (IOPTMH). *Ment Health Phys Act* [Internet]. 2012;5(1):20–1. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mhpa.2012.04.003>
2. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Estrés laboral [Internet]. Available from: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/estres-laboral>
3. Organización Internacional del Trabajo. Estrés en el trabajo: un reto colectivo. Vol. 9, Gestión de las Personas y Tecnología. 2016. 68 p. Available from: <https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2016/490658.pdf>
4. INSP Webmaster. Los riesgos del estrés laboral para la salud [Internet]. 2020. Available from: <https://www.insp.mx/avisos/3835-riesgos-estres-laboral-salud.html>
5. Houtman I, Jettinghoff K, Cedillo L. Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente de trabajo tradicional. Consejos para empleadores y representantes de los trabajadores. *World Health Organization*. 2015;(6):1–41.
6. Maldonado A. Estrés laboral y por qué ahora la STPS norma a las empresas atenderlo. *Forbes México* [Internet]. 2019. Available from: <https://www.forbes.com.mx/estres-laboral-y-porque-es-normativo-atenderlo/>
7. Juárez B. Burnout, enfermedad laboral masiva todavía no reconocida por México. *El Economista* [Internet]. 2021. Available from: <https://www.economista.com.mx/capitalhumano/Burnout-enfermedad-laboral-masiva-todavia-no-reconocida-por-Mexico-20210709-0058.html>
8. Comité Nacional Mixto de Protección al Salario. Manejo del estrés laboral [Internet]. 2018. Available from: <https://www.gob.mx/conampros/articulos/manejo-del-estres-laboral?idiom=es>
9. Wielgosz J, Goldberg SB, Kral TRA, Dunne JD, Davidson RJ. Mindfulness meditation and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*. 2019;15:285–316. Available from: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093423>
10. Janssen M, Heerkens Y, Kuijer W, Van Der Heijden B, Engels J. Effects of mindfulness-based stress reduction on employees' mental health: A systematic review. *PLoS One*. 2018;13(1):1–37. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191332>
11. Aranda Auserón G, Elcuaz Viscarret MR, Fuertes Goñi C, Güeto Rubio V, Pascual Pascual P, Sainz de Murieta García de Galdeano E. Evaluation of the effectiveness of a mindfulness and self-compassion program to reduce stress and prevent burnout in primary care health professionals. *Aten Primaria*. 2018;50(3):141–50. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.009>
12. Langer ÁI, Schmidt C, Aguilar-Parra JM, Cid C. Mindfulness y promoción de la salud mental en adolescentes: efectos de una intervención en el contexto educativo. *Rev Med Chil*. 2017;145(4):476–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000400008>
13. Michaelsen MM, Graser J, Onescheit M, Tuma MP, Werdecker L, Pieper D, et al. Mindfulness-based and mindfulness-informed interventions at the workplace: A systematic review and meta-regression analysis of RCTs. *Mindfulness* [Internet]. 2023;14:1271–304. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12671-023-02130-7>
14. Tanaka C, Wakaizumi K, Kosugi S, Tanaka S, Matsudaira K, Morisaki H, et al. Association of work performance and interoceptive awareness of 'body trusting' in an occupational setting: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2021;11(5):e044303. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044303>

15. Mehling WE, Valenzuela C. Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness. University of California San Francisco [Internet]. Available from: <https://osher.ucsf.edu/research/maia>
16. Yang J, Tang S, Zhou W. Effect of mindfulness-based stress reduction therapy on work stress and mental health of psychiatric nurses. *Psychiatr Danub* [Internet]. 2018;30(2):189–96. Available from: http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol30_no2/dnb_vol30_no2_189.pdf
17. Bartlett L, Martin A, Neil AL, Memish K, Otahal P, Kilpatrick M, et al. A systematic review and meta-analysis of workplace mindfulness training randomized controlled trials. *J Occup Health Psychol* [Internet]. 2019;24(1):108–26. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/ocp0000146>
18. Murphy J, Catmur C, Bird G. Classifying individual differences in interoception: Implications for the measurement of interoceptive awareness. *Psychon Bull Rev*. 2019;26(5):1467–71. Available from: <https://doi.org/10.3758/s13423-019-01632-7>

ANEXOS**Material Complementario:**

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

- Anexo 1 - Test de Estrés Laboral
- Anexo 2 - Evaluación Multidimensional de la Consciencia Corporal Interoceptiva
- Anexo 3 - Consentimiento informado





La importancia de la atención informada en el trauma: Un llamado a la acción para la práctica, educación, investigación y defensa en fisioterapia

Rose Marie Pignataro^{1,2✉}, Joe Tatta^{2,3}, Megan Hamilton³, Ginny Moorer⁴, Rachel Stiltner⁵

1. Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Fisioterapia, Emory & Henry College; Marion, Virginia, Estados Unidos.
2. Instituto de Ciencia del Dolor Integrativa, Nueva York, Nueva York.
3. Strong Accountable Care Community, Johnson City, Tennessee.
4. Junta de Servicios Comunitarios Mount Rogers; Marion, Virginia, Estados Unidos.
5. Ballad Health, Johnson City, Tennessee.

✉ Autor de Correspondencia: Rose Pignataro, Universidad Emory & Henry Escuela de Ciencias de la Salud. Departamento de Fisioterapia 565 Radio Hill Rd, Marion, VA 24354, EE. UU. Tel: +1 631-827-3008. rpignataro@ehc.edu

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



La importancia de la atención informada en el trauma: Un llamado a la acción para la práctica, educación, investigación y defensa en fisioterapia

Rose Marie Pignataro^{1,2✉}, Joe Tatta^{2,3}, Megan Hamilton³, Ginny Moorer⁴, Rachel Stiltner⁵

1. Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Fisioterapia, Emory & Henry College; Marion, Virginia, Estados Unidos.
2. Instituto de Ciencia del Dolor Integrativa, Nueva York, Nueva York.
3. Strong Accountable Care Community, Johnson City, Tennessee.
4. Junta de Servicios Comunitarios Mount Rogers; Marion, Virginia, Estados Unidos.
5. Ballad Health, Johnson City, Tennessee.

Resumen: La exposición al trauma está asociada con una serie de efectos biopsicosociales, incluyendo mortalidad prematura, deterioro de la salud física y mental, abuso de sustancias y adicción. El 90 % de los adultos en Estados Unidos reportan al menos un incidente traumático significativo en su vida. La exposición desigual al trauma entre personas con discapacidades físicas, bajo nivel socioeconómico, residencia rural y/o pertenecientes a minorías raciales/étnicas crea una fuerte justificación para la integración de la atención informada en el trauma (AIT) en la promoción de la equidad en salud. Aunque la práctica, educación e investigación en fisioterapia no integran rutinariamente la AIT, las necesidades de salud pública y la oportunidad de avanzar en la equidad en salud exigen una mayor implicación profesional en el abordaje del trauma y su impacto en el bienestar general. Este artículo describe (1) el impacto biopsicosocial del trauma; (2) el cribado y la evaluación de la exposición al trauma y sus efectos; (3) la AIT en la práctica de la fisioterapia; (4) el impacto del trauma no abordado; y (5) la AIT en la educación, investigación y defensa en fisioterapia. Los profesionales de la fisioterapia podrían aplicar esta información para abordar la brecha existente en la atención informada en el trauma para individuos, familias, grupos y comunidades.

Cuadro de Resumen

• La alta prevalencia de la exposición al trauma constituye una necesidad urgente de la implicación de la fisioterapia en la atención informada en el trauma. Este artículo proporciona perspectivas clave sobre los desafíos para el bienestar físico y mental debido a los efectos fisiológicos, psicológicos y sociales del trauma. Se presentan conocimientos para los fisioterapeutas, incluyendo cómo reconocer y responder a los signos y síntomas del trauma mediante precauciones universales y estrategias de tratamiento individualizadas, así como la integración de la AIT en la educación, investigación y defensa en fisioterapia.

Palabras clave: Atención informada en el trauma, fisioterapia informada en el trauma, fisioterapia en salud mental

Introducción

El trauma es un evento, una serie de eventos o circunstancias experimentadas por un individuo como perjudiciales o potencialmente mortales, ya sea a nivel físico o emocional. Puede tener efectos adversos duraderos en el bienestar mental, físico, social, emocional y/o espiritual.¹ Ejemplos de trauma incluyen, entre otros, experimentar o presenciar abuso físico, sexual y emocional; violencia de pareja/violencia doméstica; negligencia infantil; tener un familiar con un trastorno de salud mental o abuso de sustancias; experimentar o presenciar violencia en la comunidad y/o durante el servicio militar; pobreza y discriminación sistémica; desastres naturales; trauma médico (directo o relacionado con un familiar); trauma como refugiado y/o actos de terrorismo.¹⁻² Aunque tanto niños como adultos pueden experimentar muchos de los mismos tipos de trauma, los adultos pueden ser más propensos a manifestar los efectos de un trauma repetido a lo largo de la vida y/o trauma complejo.³

La Encuesta Mundial de Salud Mental, que incluyó a 68,894 encuestados en veinticuatro países, estima una prevalencia del 70.5% en la exposición a eventos traumáticos. Más del 30% de los encuestados reportaron haber estado expuestos a cuatro o más eventos traumáticos.⁴ De manera similar, los datos epidemiológicos muestran una prevalencia del 90% de al menos una exposición traumática entre adultos estadounidenses, mientras que el 30% reporta haber experimentado seis o más eventos traumáticos a lo largo de su vida.⁵ La exposición a eventos traumáticos representa una amenaza significativa para la salud mental y física. Las secuelas incluyen ansiedad, depresión, abuso de sustancias, suicidio, autolesiones y una mayor probabilidad de desarrollar trastorno de estrés postraumático (TEPT)³, además de una serie de consecuencias fisiológicas como enfermedades autoinmunes (HR 1.36, intervalo de confianza del 95%: 1.33, 1.40)⁶, y dolor crónico.⁷

Si bien en la fisioterapia existe un reconocimiento creciente del impacto del trauma a lo largo de la vida⁸, la creciente prevalencia de eventos traumáticos requiere educación e implementación de la atención informada en el trauma (TIC, por sus siglas en inglés). Esta perspectiva describe (1) el impacto biopsicosocial del trauma; (2) la evaluación y detección de la exposición al trauma; (3) el TIC y el impacto del trauma no abordado en la práctica de la fisioterapia; y (4) el TIC en la educación, investigación y defensa en fisioterapia. Los fisioterapeutas (FTs) pueden aplicar esta información para cerrar brechas en el conocimiento traslacional, siendo conscientes del impacto generalizado del trauma, reconociendo sus signos y síntomas,

y respondiendo con políticas, procedimientos y prácticas para evitar la retraumatización de individuos, familias, grupos y comunidades. (Tabla 1)

Tabla 1. Los 4 puntos de la Atención Informada en el Trauma

| | |
|----------------------------|--|
| Comprender | Comprender los impactos generalizados del trauma y los posibles caminos hacia la recuperación. |
| Reconocer | Conocer los signos y síntomas del trauma, y reconocer cómo estos signos y síntomas pueden presentarse de manera diferente en individuos y grupos. |
| Responder | Responder integrando plenamente el conocimiento sobre el trauma en las políticas, procedimientos y prácticas. |
| Evitar la retraumatización | Para no volver a traumatizar a personas que han sido afectadas por experiencias traumáticas, es importante ser consciente de cómo el lenguaje que se utiliza y el entorno que se genera, ya que pueden actuar como posibles desencadenantes. |

Efectos Biopsicosociales de la Exposición al Trauma

La exposición al trauma se asocia con una serie de efectos biopsicosociales, incluyendo mortalidad prematura, deterioro de la salud física y mental, abuso de sustancias y adicción. Las respuestas fisiológicas a la exposición al trauma incluyen inflamación sistémica crónica, lo que conlleva un mayor riesgo de enfermedades metabólicas, enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2.⁹ Los efectos a largo plazo del trauma contribuyen a una activación fisiológica persistente y a una desregulación autonómica, así como a una reducción en la actividad física, debido a la evitación de respuestas que recuerdan el estrés agudo, como el aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria.¹⁰ El estudio de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE, por sus siglas en inglés) realizado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y Kaiser Permanente aumentó la conciencia pública sobre las asociaciones entre el trauma temprano y los efectos en la salud a lo largo de la vida.¹¹ Al comparar personas con los niveles más altos y más bajos de ACE reportados, los investigadores encontraron una reducción de 20 años en la esperanza de vida.¹² Estudios posteriores determinaron que las personas con múltiples ACE tienen una mayor prevalencia de factores de riesgo modificables en comparación con la población general, lo que resulta en tasas más altas de obesidad, enfermedad cardíaca isquémica, accidente cerebrovascular, enfermedad hepática, cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), trastornos autoinmunes,¹³ depresión, adicción y mortalidad prematura.¹⁴ Además, las personas que reportan exposición al trauma tienen 2.7 veces más probabilidades de desarrollar un síndrome somático funcional (intervalo de confianza del 95%: 2.27 – 3.10).¹⁰ El síndrome somático funcional abarca una serie de diagnósticos posibles, como dolor crónico,

fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y disfunción de la articulación temporomandibular.¹⁰ Estos problemas somáticos pueden generar alteraciones en el sueño, aislamiento social, disminución de la calidad de vida y un mayor riesgo de discapacidad.¹⁰

La condición psicológica más prevalente asociada con la exposición al trauma es el trastorno de estrés postraumático (TEPT).¹ Sin embargo, no todos los signos y síntomas posteriores a un trauma son patológicos. Aunque los efectos varían entre individuos, la mayoría de los sobrevivientes de trauma presentan reacciones emocionales y psicológicas agudas, que pueden incluir fatiga, confusión, entumecimiento, tristeza, ansiedad, disociación y afecto embotado.¹ En particular, los fisioterapeutas (FTs) y otros profesionales de rehabilitación deben prestar atención a reacciones tardías, persistentes y/o graves, como angustia emocional y/o mental no aliviada; recuerdos intrusivos perturbadores a pesar de estar en un entorno seguro; problemas de sueño; pesadillas; evitación de situaciones, sensaciones o actividades que recuerden el evento traumático; y/o disociación.¹ Los posibles signos de disociación incluyen una mirada fija o distante, ausencia repentina de emoción, falta de comunicación verbal y respuestas verbales o físicas incongruentes.¹ Los fisioterapeutas y profesionales de rehabilitación también deben estar atentos a los desencadenantes, es decir, estímulos que provocan recuerdos y reacciones asociadas con el trauma. A menudo, los sobrevivientes de trauma son conscientes de estos desencadenantes, aunque algunos pueden ser subconscientes.¹ Los desencadenantes son diferentes de los recuerdos vívidos o "flashbacks", en los cuales un sobreviviente revive el evento traumático como si estuviera ocurriendo nuevamente. Generalmente, los flashbacks son breves, pero pueden generar efectos emocionales y/o psicológicos duraderos.¹ La investigación epidemiológica estima que la prevalencia global del TEPT oscila entre el 5% y el 10% de la población.¹⁵ Sin embargo, estos datos subestiman el verdadero alcance del problema debido a variaciones en los síntomas, el reconocimiento y los criterios diagnósticos.¹⁵ Los eventos catastróficos a gran escala pueden causar un trauma social colectivo, cuyos efectos van más allá de los individuos y afectan a familias, grupos y/o comunidades (Figura 1).¹⁶ El Holocausto¹⁶, los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001¹⁷, y la pandemia de COVID-19 son ejemplos de traumas colectivos.¹⁸ Cuando una catástrofe interrumpe el sentido compartido de seguridad, significado y/o identidad cultural, los miembros del grupo afectado pueden recordar el evento repetidamente en un intento de comprender mejor la experiencia.^{19,20} Aunque algunos aspectos de este discurso social pueden facilitar una adaptación positiva, también pueden surgir efectos psicológicos adversos a nivel individual y comunitario.¹⁸ Además, el trauma

colectivo puede quedar codificado en la memoria grupal, dando lugar a un trauma intergeneracional y transgeneracional.¹⁶ Las consecuencias del trauma generacional incluyen un mayor riesgo de TEPT entre los hijos de personas con TEPT.¹⁶ Si bien la exposición infantil a comportamientos parentales relacionados con el TEPT, tanto conscientes como subconscientes, puede explicar parte de esta asociación, también pueden influir factores ambientales y fisiológicos.¹⁶ Por ejemplo, investigaciones han demostrado que los descendientes de sobrevivientes del Holocausto y veteranos de Vietnam tienen una mayor tendencia a la ansiedad, preocupación, catastrofización, pesadillas, disforia, hipervigilancia y alteraciones en las relaciones interpersonales, a veces denominadas "traumatización secundaria".¹⁶ Los mecanismos epigenéticos que contribuyen al trauma transgeneracional incluyen la metilación del ADN y el daño oxidativo, que pueden influir en la expresión génica y provocar cambios fenotípicos en los descendientes.¹⁶ Además, la teoría del aprendizaje social, la teoría del apego y la dinámica familiar pueden mediar la incidencia y la experiencia del trauma colectivo.¹⁶

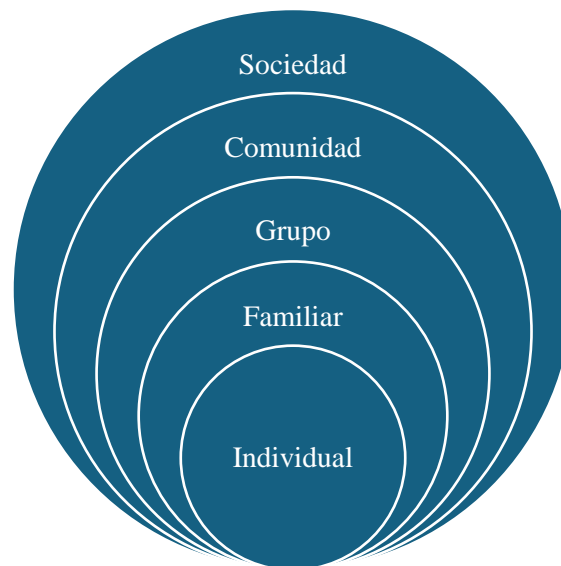


Figura 1: Niveles de experiencia traumática

Evaluación y Detección de la Exposición al Trauma y su Impacto

Debido a la alta prevalencia de la exposición al trauma a lo largo de la vida, los PTs deben contar con herramientas para evaluar y manejar la angustia psicológica asociada. Los estándares y elementos requeridos por la Comisión de Acreditación de Programas de Educación en Fisioterapia exigen que los programas de formación en fisioterapia preparen a los estudiantes para realizar exámenes y evaluaciones

que informen el manejo de pacientes en todo el espectro de la salud fisiológica, psicosocial y mental.²¹ Además, la Asociación Estadounidense de Fisioterapia (APTA), a través de su Asamblea de Delegados, afirma el papel de los FTs en la promoción del bienestar mental, declarando que "dentro del alcance profesional de la práctica de la fisioterapia está la detección y el abordaje de condiciones de salud conductual y mental en pacientes, clientes y poblaciones".²² De manera similar, la Organización Internacional de Fisioterapia en Salud Mental refleja las responsabilidades profesionales de los FTs en la aplicación de la mejor evidencia científica y clínica para abordar el bienestar psicosocial y biológico.²³ Por lo tanto, la detección y evaluación de la exposición al trauma y su posible impacto es un componente esencial del cuidado directo del paciente.²⁴ La Guía de Práctica para Fisioterapeutas 4.0 proporciona una visión general de los factores de riesgo, indicaciones y métodos de evaluación de la función cognitiva y mental, así como ejemplos de pruebas, medidas y herramientas que los FTs pueden utilizar para integrar la presencia y severidad de condiciones de salud mental en el plan integral de atención.²⁵

Muchos sobrevivientes encuentran difícil relatar la naturaleza de sus experiencias traumáticas, especialmente en las primeras etapas de la relación terapéutica. Por ello, puede ser más adecuado que los FTs aborden este tema preguntando sobre signos y síntomas asociados con el trauma en lugar de los detalles específicos del evento traumático.²⁶ Las preguntas pueden incluir si los pacientes presentan alteraciones del sueño, dificultad para concentrarse, agitación, autoaislamiento, cambios de humor, ansiedad, miedo o depresión. Durante el examen físico, los FTs también deben ser sensibles a los síntomas de activación del sistema nervioso simpático que pueden ocurrir en sobrevivientes de trauma; estos incluyen hipersensibilidad a sonidos y estímulos táctiles, reacciones de sobresalto exageradas y tensión muscular.²⁶ Los FTs pueden emplear medidas estandarizadas de evaluación (Tabla 2) para detectar la presencia de TEPT. La herramienta de detección de Trastorno de Estrés Postraumático en Atención Primaria (PTSD-PCL-5) está diseñada para identificar individuos con posible TEPT en entornos de atención primaria (Tabla 3). Si una persona indica haber experimentado un trauma previo, el PTSD-PC-5 plantea cinco preguntas con respuestas de sí/no. Un puntaje de corte de cuatro sugiere un diagnóstico probable de TEPT y justifica una derivación a un proveedor de salud mental para una evaluación adicional.²⁷ El PTSD Checklist (PCL) es otro cuestionario válido que ha sido utilizado en entornos de fisioterapia y es útil para cuantificar cambios en los síntomas del trauma después del tratamiento.²⁷ El estándar de oro para el diagnóstico de trauma es la Escala de TEPT Administrada por el Clínico (CAPS-5). La CAPS-5 es una entrevista estructurada que los

FTs pueden emplear para identificar signos y síntomas de TEPT en el último mes, a lo largo de la vida y en la última semana.²⁸ Existe también una versión para niños y adolescentes de siete años en adelante (CAPS-CA-5).²⁹

Tabla 2. Herramientas de detección de síntomas de Estrés Postraumático

| Cuestionario | Descripción |
|---|--|
| Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5) | Una prueba de 5 ítems diseñada para identificar a personas con probable TEPT en atención primaria. La primera pregunta evalúa la exposición a eventos traumáticos a lo largo de la vida. Si el encuestado niega la exposición, la PC-PTSD-5 se completa con una puntuación de 0. Sin embargo, si el encuestado indica haber estado expuesto a algún trauma a lo largo de la vida, debe responder a 5 preguntas adicionales de sí/no sobre cómo le ha afectado dicha exposición durante el último mes. Dado que la PC-PTSD-5 se diseñó para identificar a los encuestados con probable TEPT, quince resultados positivos requieren una evaluación adicional, preferiblemente mediante una entrevista estructurada como la Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS-5). |
| Clinician Administered PTSD Scale (CAPS-5) | El estándar de oro en la evaluación del TEPT. Un cuestionario de 30 preguntas, correspondiente al diagnóstico de TEPT del DSM-5. El CAPS-5 es una entrevista estructurada que permite evaluar los síntomas de TEPT de la última semana, el último mes y lo largo de la vida. El CAPS-5 formula preguntas relevantes para evaluar el subtipo disociativo del TEPT (despersonalización y desrealización), pero no incluye otros síntomas asociados (p ej., lagunas en la consciencia). |
| PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) | El PCL-5 es una lista de verificación de autoinforme de 20 ítems sobre síntomas de TEPT, basada en los criterios del DSM-5. Los participantes califican cada "Ítem de 0 ("nada") a 4 ("extremadamente") para indicar el grado de molestia que les ha causado ese síntoma en particular durante el último mes (o la última semana si utiliza el PCL-5 semanalmente). El PCL-5 es una medida de autoinforme que pueden completar los pacientes en una sala de espera antes de una sesión o los participantes en un estudio de investigación. Su duración es de aproximadamente 5 a 10 minutos. |
| CAPS-CA-5 | Escala de TEPT de 30 ítems, administrada por un profesional clínico, basada en los criterios del DSM-5 para niños y adolescentes de 7 años o más. Es una versión modificada del CAPS-5 para adultos que incluye ítems apropiados para la edad y opciones de respuesta con imágenes. |
| The Adverse Childhood Experiences (ACEs) Questionnaire (Felitti et al., 1998) | Medida de 10 ítems utilizada para medir el trauma infantil. El cuestionario evalúa 10 tipos de trauma infantil medidos en el Estudio ACE. Cinco son personales: abuso físico, abuso verbal, abuso sexual, negligencia física y negligencia emocional. Las otras cinco se relacionan con miembros del entorno familiar: un padre o madre con alcoholismo, una madre víctima de violencia doméstica, un familiar en prisión, un familiar con diagnóstico de enfermedad mental y la pérdida de uno de los progenitores por divorcio, fallecimiento o abandono. |

Tabla 3. Herramienta PTSD-PC-5

(Tenga en cuenta que esta no es una versión validada de la escala en español. Es solo una traducción del cuestionario en inglés.)

| |
|--|
| <p>A veces, a las personas les ocurren cosas inusuales o especialmente aterradoras, horribles o traumáticas. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un accidente o incendio grave • Una agresión o abuso físico o sexual • Un terremoto o una inundación • Una guerra • Ver a alguien morir o resultar gravemente herido • Que un ser querido muera por homicidio o suicidio <p>¿Ha experimentado alguna vez este tipo de evento? Sí/No</p> <p>Si su respuesta es No, el total de este cuestionario es 0. Por favor, deténgase aquí. Si su respuesta es Sí, responda las siguientes preguntas.</p> |
| <p>Durante el último mes, ¿ha...?</p> <p>1. ¿Tenido pesadillas sobre el/los evento(s) cuando no quería hacerlo? Sí/No</p> <p>2. ¿Hecho un gran esfuerzo por no pensar en el/los evento(s) o evitado situaciones que te los recordaran? Sí/No</p> <p>3. ¿Estado en constante estado de alerta, hipervigilante o se ha asustado fácilmente? Sí/No</p> <p>4. ¿Sentido entumecido emocional o desconectado de las personas, actividades o del entorno? Sí/No</p> <p>5. ¿Sentido con culpa o incapacidad de dejar de culparse a si mismo o a otros por el/los evento(s) o por los problemas que hayan causado? Sí/No</p> |
| <p>Puntuación</p> <p>Los resultados preliminares de estudios de validación sugieren que un punto de corte de 3 en el PC-PTSD-5 (es decir, cuando la persona responde "sí" a 3 de las 5 preguntas sobre cómo los eventos traumáticos le han afectado en el último mes) ofrece una sensibilidad óptima para detectar posibles casos de TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático). Optimizar la sensibilidad ayuda a minimizar los falsos negativos en el tamizaje. Por otro lado, utilizar un punto de corte de 4 se considera óptimamente eficiente, equilibrando sensibilidad y especificidad.</p> |

Debido a las múltiples inequidades en salud de origen geográfico, socioeconómico y cultural, los FTs deben estar conscientes de las variaciones en la prevalencia y distribución de la exposición al trauma, así como de los riesgos asociados para el bienestar físico y mental. Las inequidades en salud no se limitan a diferencias en los resultados de salud entre distintos segmentos de la población; más bien, reflejan diferencias evitables en los riesgos, tasas y gravedad de enfermedades, lesiones, discapacidades, calidad de vida reducida y menor

esperanza de vida. Las inequidades geográficas y socioeconómicas a menudo se entrelazan. Por ejemplo, las comunidades rurales experimentan una exposición al trauma y consecuencias desproporcionadas, especialmente entre personas de bajos ingresos. La exposición primaria y secundaria al trauma es mayor en comunidades rurales y de bajos ingresos, lo que incluye violencia física y sexual, accidentes, muertes inesperadas dentro del núcleo familiar o social, inestabilidad laboral, inestabilidad en la vivienda y la exposición a eventos traumáticos.³⁰ En los Estados Unidos, las tasas de suicidio en áreas rurales son casi el doble de las tasas en zonas urbanas.³¹ Además, una mayor proporción de veteranos de guerra reside en áreas rurales (casi un 25% más que en otras ubicaciones geográficas),³¹ y hay más niños en situación de pobreza en comunidades rurales.³¹ La alta incidencia de abuso de sustancias en comunidades rurales agrava la exposición al trauma infantil, debido a la disrupción del núcleo familiar, el abuso y la negligencia infantil, el ausentismo escolar, la falta de oportunidades educativas, necesidades de desarrollo no satisfechas, la ausencia de modelos a seguir apropiados y tasas más altas de violencia interpersonal.³¹ Los factores genéticos y epigenéticos asociados con patrones generacionales de trastorno por uso de sustancias, junto con mayores tasas de ACEs, hacen más probable que los niños desarrollen adicciones en la adultez.³¹ Los niños que crecen en hogares afectados por el abuso de sustancias, que presencian abuso y violencia doméstica y/o que conviven con familiares con problemas de salud mental tienen doce veces más probabilidades de intentar suicidarse, siete veces más probabilidades de abusar del alcohol y diez veces más probabilidades de consumir drogas ilícitas en la adultez.³¹

Las inequidades culturales en la exposición al trauma y sus consecuencias comparten factores con el trauma intergeneracional y transgeneracional. A lo largo de generaciones, las desventajas sociales derivadas del racismo, la estigmatización y el estrés financiero contribuyen a diferencias en el estado de salud y en los recursos de protección entre grupos de inmigrantes, refugiados, indígenas y minorías sexuales.²⁰ Estas desventajas aumentan la vulnerabilidad a problemas de salud mental, como el TEPT, el duelo crónico, el suicidio, la depresión y el abuso de sustancias.²⁰ Los FTs pueden colaborar con individuos y comunidades en situación de desventaja para abordar los riesgos sociales y fomentar la resiliencia mediante estrategias de promoción de la salud.²⁰ Las prioridades de equidad en salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) destacan la necesidad de generar oportunidades equitativas a lo largo de la vida mediante la reducción de exposiciones desiguales al riesgo y la eliminación de barreras estructurales, a través de políticas, sistemas y servicios que mejoren el acceso a servicios personalizados y de calidad. Para avanzar en

estos objetivos, la fisioterapia puede implementar la Herramienta de Política de Equidad en Salud de la OMS.³² Esta herramienta proporciona una perspectiva más amplia sobre cómo los determinantes sociales influyen en las disparidades en salud.

Atención Informada en el Trauma (TIC) en la Práctica de la Fisioterapia

La Atención Informada en el Trauma (TIC, por sus siglas en inglés) se refiere a las mejores prácticas en todos los entornos de atención médica para garantizar que las personas que han experimentado eventos traumáticos tengan acceso a una atención de calidad.³³ Dado que muchos eventos traumáticos involucran el cuerpo físico³³, la TIC es especialmente relevante durante las intervenciones manuales en fisioterapia. Existen dos categorías principales de principios fundamentales de la TIC: (1) “precauciones universales ante el trauma” y (2) atención específica del trauma.³³ Incluso los pacientes sin antecedentes de trauma pueden experimentar ansiedad y malestar al buscar atención médica.³³ Por ello, las precauciones universales ante el trauma deben implementarse ampliamente, incluso cuando se desconoce la historia de trauma del paciente. Aunque la supervivencia al trauma puede aumentar la necesidad de TIC, las precauciones universales reconocen que todos los pacientes pueden beneficiarse de una comunicación y un tratamiento receptivos y compasivos.

Muchos pacientes, en particular aquellos con antecedentes de trauma, informan sentir una falta de control en los entornos de atención médica. La pérdida de control y autonomía corporal puede desencadenar ansiedad, recuerdos vívidos (flashbacks) y otros síntomas físicos y psicológicos del trauma.³³ El uso generalizado de técnicas informadas por el trauma fomenta la confianza y el vínculo terapéutico.³³ En el entorno de atención médica actual, la mayoría de los proveedores no realizan de manera rutinaria una evaluación de antecedentes de trauma, lo que aumenta la necesidad de aplicar precauciones universales en la práctica de la fisioterapia.¹⁴ Por ejemplo, solo entre el 18% y el 19% de las mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil (CSA, por sus siglas en inglés) informan haber sido evaluadas por un proveedor de atención médica, a pesar de que el 96.5% expresó que les gustaría que esto formara parte de la evaluación.¹⁴ Incluso en los centros de trauma de nivel I y II, solo el 7% de los proveedores examinan rutinariamente signos y síntomas de TEPT.¹⁴ Las barreras para la detección y la TIC incluyen la falta de capacitación especializada, la incomodidad de los proveedores para evaluar y responder a la revelación de un trauma o abuso,¹⁴ y la posible dificultad para conectar circunstancias desencadenantes con el trauma original. En la

práctica de la fisioterapia, algunos ejemplos de estímulos desencadenantes pueden incluir apretar el manguito del tensiómetro alrededor del brazo para monitorear signos vitales, pedir a los pacientes que se desvistan para acceder al área de tratamiento y colocarlos en posición prona o supina mientras el fisioterapeuta permanece de pie junto a la camilla. El contacto físico y la activación cardiorrespiratoria durante el ejercicio terapéutico también pueden desencadenar reacciones somáticas y psicológicas, lo que podría dificultar la participación del paciente en el plan de atención.^{14,34} Muchos aspectos de las interacciones en la atención médica involucran vulnerabilidad, pérdida de privacidad personal y miedo al juicio.³⁵ La TIC centrada en el paciente y basada en la colaboración puede mitigar estos riesgos y desencadenantes.¹⁴

La Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés) establece seis principios fundamentales para la TIC:

1. Seguridad
2. Transparencia y confianza
3. Apoyo entre pares y autoayuda mutua
4. Colaboración y reciprocidad
5. Empoderamiento, voz y elección
6. Reconocimiento de los factores culturales, históricos y de género que pueden interactuar con otros riesgos y experiencias relacionadas con el trauma¹ (Tabla 4).

Para promover una comunicación receptiva y centrada en el paciente, los FTs deben crear un espacio seguro para la revelación del trauma, tratando a los pacientes con dignidad y respeto.³⁵ Esto puede implicar el uso de áreas privadas para la comunicación, evaluación e intervención en temas sensibles, así como la implementación constante de la toma de decisiones compartida para empoderar la voz y la elección del paciente.³⁵ Incluso dentro de un entorno de apoyo, algunos sobrevivientes de trauma pueden no estar dispuestos o no ser capaces de revelar su historia.^{33,35} Un enfoque universal de la TIC garantiza sensibilidad y capacidad de respuesta ante diversas personas y reduce el estigma. Aspectos clave de la TIC incluyen una comunicación compasiva dentro de un entorno que minimice el ruido y las distracciones. Aunque existe la necesidad de capacitación y educación adicional en TIC, los fisioterapeutas ya poseen habilidades que

complementan este enfoque. Los FTs regularmente emplean la escucha activa y otras estrategias de comunicación centradas en el paciente que fomentan un vínculo terapéutico sólido y una invitación gentil a compartir o discutir antecedentes de trauma.³³ Al explicar las opciones con un tono de voz calmado y utilizando terminología simplificada, los FTs pueden facilitar la planificación colaborativa del tratamiento y promover la autonomía.³³ Este enfoque biopsicosocial personalizado ayuda a restaurar la confianza de los pacientes en situaciones donde ha habido experiencias negativas previas en la atención médica.³³

Tabla 4. Seis principios de la Atención Informada en el Trauma

| | |
|---|---|
| Seguridad | Garantizar que se priorice tanto la seguridad física como emocional de las personas para fomentar un entorno seguro. |
| Confiabilidad y transparencia | Las acciones y las decisiones deben llevarse a cabo con transparencia para generar y mantener la confianza entre el personal, los clientes y los familiares de quienes reciben los servicios. |
| Apoyo entre pares | El apoyo entre pares desempeña un papel vital a la hora de establecer la seguridad y la esperanza, y es parte integral del proceso de recuperación |
| Toma de decisiones | Debe haber una verdadera colaboración y nivelación de las diferencias de poder entre el personal y los clientes, reconociendo que la curación ocurre en las relaciones y en el compartir significativo del poder y la toma de decisiones. |
| Empoderamiento, voz y elección | Se reconocen y desarrollan las fortalezas de los individuos, fomentando un entorno donde los clientes se sienten validados y afirmados en su capacidad para tomar decisiones sobre su tratamiento. |
| Cuestiones culturales, históricas y de género | La organización supera activamente los estereotipos y prejuicios culturales, ofrece acceso a servicios con perspectiva de género, aprovecha el valor curativo de las conexiones culturales tradicionales y reconoce y aborda el trauma histórico. |

Adaptado de SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach

El Impacto del Trauma No Abordado en la Práctica de la Fisioterapia

Cuando los fisioterapeutas (FTs) no logran reconocer y abordar los efectos del trauma, esto puede interferir con el diagnóstico diferencial, la participación del paciente y los resultados óptimos del tratamiento. Los síntomas de trauma no reconocidos ni abordados amenazan el bienestar mental y aumentan el riesgo de abuso de sustancias.³³ Aunque todos los profesionales de la salud deben estar atentos a los signos y síntomas del trauma, los FTs tienen una ventaja debido al contacto frecuente y prolongado con los pacientes, lo que facilita la identificación de comportamientos inusuales en cada individuo.

El trauma puede intensificar la reactividad del sistema nervioso autónomo (SNA), ejerciendo una influencia excitatoria sobre todos los sistemas corporales.¹² La Atención Informada en el Trauma (TIC) permite a los FTs ser conscientes de los síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y físicos de la activación del SNA,

que pueden incluir cambios en la tensión muscular, la respiración, el color facial y las expresiones.¹² Los FTs pueden incorporar la neuroeducación para ayudar a los sobrevivientes de trauma a identificar síntomas y aplicar estrategias efectivas de autorregulación durante episodios de respuestas fisiológicas, psicológicas y emocionales alteradas. Con el tiempo, la autorregulación puede promover una mayor neuroplasticidad al crear nuevos patrones que generan una sensación de calma y equilibrio.¹²

Durante cada encuentro clínico, los FTs pueden aplicar principios de TIC preguntando rutinariamente a los pacientes qué los hace sentir más cómodos. Los pacientes pueden sentir menos ansiedad si el FT proporciona una breve descripción de los tipos de contacto físico y las áreas del cuerpo que serán involucradas antes de iniciar un examen o intervención. Permitir tiempo para que los pacientes hagan preguntas también ayuda a aliviar temores y ansiedad al promover una mayor sensación de control. Cuando sea posible, los FTs pueden ofrecer opciones a los pacientes sobre cómo permitir el acceso al sitio de tratamiento. Por ejemplo, algunas personas pueden sentirse más cómodas usando su propia ropa en lugar de una bata. Además, los FTs pueden proporcionar alternativas para la posición del paciente, especialmente si estar en posición supina es un desencadenante. Dado que los factores desencadenantes varían, puede ser útil que el FT pregunte si el paciente tiene inquietudes sobre algún aspecto particular del tratamiento. Estos pasos facilitan la toma de decisiones compartida y la posibilidad de modificar el plan de atención. El FT y el paciente también deben trabajar juntos para definir cómo el paciente comunicará si experimenta angustia y cómo el FT debería responder.³³

El ejercicio, la actividad física³⁷ y la conciencia sensorial, corporal y del movimiento son intervenciones clave de la fisioterapia que complementan la TIC.³⁷⁻³⁸ Autores de una revisión sistemática y metaanálisis sobre los efectos del movimiento terapéutico en los desafíos de salud mental asociados con el trauma identificaron que la actividad aeróbica (caminar, correr, nadar y andar en bicicleta), el movimiento consciente (por ejemplo, el yoga) y el entrenamiento de resistencia son intervenciones beneficiosas.³⁸ En los sobrevivientes de trauma, el movimiento terapéutico mejoró los síntomas depresivos, los trastornos del sueño, la disociación y la calidad de vida.³⁸ Además, el yoga promovió la autorregulación y el autocuidado.³⁹ El ejercicio y la actividad física también reducen los riesgos de enfermedades cardiovasculares y metabólicas en los sobrevivientes de trauma.³⁸ Sin embargo, se requieren más estudios para comprender mejor los mecanismos y el impacto específico de las intervenciones basadas en el movimiento.³⁸

La terapia manual y el contacto interpersonal pueden mejorar la regulación fisiológica y emocional en personas que han experimentado trauma, al promover respuestas adecuadas a la ansiedad, el estrés y la depresión.⁴⁰ La movilización de tejidos blandos con presión moderada puede activar respuestas del sistema nervioso parasimpático, estimular la liberación de oxitocina y suprimir la actividad del cortisol, aunque se necesita más investigación.⁴⁰ Los FTs también pueden integrar intervenciones basadas en la atención plena, como la terapia de aceptación y compromiso (ACT),⁴¹ para fomentar la conciencia del momento presente y la aceptación no crítica de pensamientos y emociones.⁴² Dado que la exposición al trauma está asociada con conductas adversas como la baja actividad física, una alimentación deficiente y altas tasas de consumo de tabaco y otras sustancias, los FTs también deben incorporar intervenciones de promoción de la salud para abordar el bienestar físico y mental de manera integral.⁴³

Las organizaciones pueden apoyar a los FTs y otros profesionales de la salud en la implementación de la TIC proporcionando tiempo, espacio y recursos adecuados para abordar las necesidades complejas de los sobrevivientes de trauma.³³ En una encuesta anónima realizada a clínicos en un centro regional de trauma, las restricciones de tiempo fueron identificadas como una de las principales barreras para la TIC.⁴⁴ Otras barreras incluyeron la falta de conocimiento y capacitación adecuada, junto con la ausencia de procedimientos y protocolos estandarizados para la Atención Informada en el Trauma. Los proveedores también expresaron preocupaciones sobre la posibilidad de angustiar inadvertidamente a los pacientes vulnerables o de re-traumatizarlos.⁴⁴ Es fundamental que tanto las organizaciones como los profesionales individuales sean sensibles a la necesidad de proteger a las poblaciones vulnerables contra interacciones bien intencionadas, pero potencialmente dañinas. Los sobrevivientes de trauma pueden sentirse revictimizados si los proveedores de atención médica prestan demasiada atención a sus experiencias negativas y sus consecuencias adversas sin reconocer también la capacidad de manejar los síntomas del trauma y las estrategias de afrontamiento positivas. Las preguntas basadas en fortalezas sobre la capacidad de supervivencia y crecimiento pueden mejorar la autoeficacia de los pacientes. Si los proveedores no abordan el empoderamiento y la resiliencia, los sobrevivientes pueden optar por no regresar al tratamiento debido a la incomodidad y las bajas expectativas de resultados positivos.¹² Al discutir el trauma, los proveedores deben enfatizar los factores de resiliencia, que incluyen características personales, apoyo familiar o social y recursos comunitarios.¹² Un enfoque organizacional bien diseñado para la TIC debe

involucrar un equipo interdisciplinario centrado en el paciente, así como una red y directorio de recursos comunitarios para derivaciones.³⁵

Atención Informada en el Trauma en la Educación, la Investigación y la defensa en Fisioterapia

Para preparar mejor a los fisioterapeutas en el apoyo a personas con trauma, los programas educativos deben incluir formación en salud mental y técnicas psicológicas.⁴⁴ Aunque la Atención Informada en el Trauma (TIC) no está específicamente incorporada en muchos programas de fisioterapia de nivel inicial, los fisioterapeutas ya emplean diversas intervenciones de salud mental para manejar condiciones crónicas.⁵⁰ Según la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), los programas, organizaciones y sistemas informados por el trauma deben reconocer el amplio impacto del trauma, así como la diversidad de caminos hacia la recuperación.^{1,35} Todos los fisioterapeutas deben ser capaces de reconocer los signos y síntomas del trauma en pacientes, familias, cuidadores y colegas, con el fin de responder adecuadamente y evitar la retraumatización.¹ Como parte de las ciencias fundamentales, los estudiantes de fisioterapia (EFTs) deben aprender sobre las respuestas fisiológicas al estrés agudo y crónico, incluida la activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA). Cuando se activa, el HHA estimula al hipotálamo a liberar citocinas proinflamatorias que desencadenan la liberación de la hormona liberadora de corticotropina (CRH). A su vez, la CRH estimula la hipófisis para secretar la hormona adrenocorticotropa (ACTH), lo que genera una cascada de liberación de cortisol, norepinefrina y epinefrina desde la corteza suprarrenal. Este proceso fisiológico provoca la liberación hepática de reservas de glucosa, un aumento en la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la presión arterial. Normalmente, un mecanismo de retroalimentación negativa limita la activación del HHA a períodos de estrés agudo. Sin embargo, el estrés crónico puede interrumpir este sistema, lo que lleva a disfunciones neuroendocrinas e inmunológicas, incluyendo inmunosupresión y un mayor riesgo de enfermedades autoinmunes.⁴⁵ Estas alteraciones fisiológicas pueden provocar cambios epigenéticos en el cerebro, lo que puede resultar en la transmisión generacional del estrés. Las regiones cerebrales más vulnerables a estos cambios incluyen el hipocampo, la corteza prefrontal y la amígdala, lo que contribuye a dificultades en el aprendizaje, alteraciones en la regulación emocional y reducción del control de los impulsos.⁴⁵ Niños y adolescentes son particularmente vulnerables a estas alteraciones debido a sus etapas inmaduras de desarrollo cerebral y fisiológico. Por lo tanto, tanto los estudiantes de fisioterapia como los fisioterapeutas con experiencia deben adquirir

conocimientos y habilidades en la detección de experiencias adversas en la infancia (ACEs) y otras exposiciones traumáticas, además de comprender la relevancia de estos antecedentes en la salud actual del individuo. Se sugieren varias estrategias para la capacitación en TIC, incluyendo experiencias simuladas, colaboración interdisciplinaria con profesionales de la salud mental y oportunidades de participación comunitaria.⁴⁹

La educación en fisioterapia también debe abordar las relaciones entre el trauma, las inequidades en salud y los determinantes sociales de la salud.⁴⁶ Para promover la equidad en salud, los métodos de enseñanza deben incluir comunicación culturalmente competente.⁴⁹ La prevalencia del trauma indica que todos los fisioterapeutas deben aprender a reconocer signos y síntomas agudos del trauma y cómo asistir a alguien que esté reaccionando a una experiencia traumática.³⁵ Además, los fisioterapeutas deben desarrollar conciencia sobre los posibles efectos de su propio trauma personal y profesional, incluyendo la importancia del autocuidado informado por el trauma.³⁵ El autocuidado informado por el trauma puede reducir el agotamiento profesional, el estrés traumático secundario, la fatiga por compasión⁴¹ y la deserción profesional.¹² Una habilidad clave que mejora la resiliencia del profesional y su capacidad para reconocer y abordar los efectos del trauma es la terapia de aceptación y compromiso (ACT). ACT es un enfoque basado en la atención plena en el que el individuo cultiva la conciencia de su situación actual y su impacto en sensaciones, pensamientos y emociones.⁴¹ A través de esta conciencia, las personas pueden elegir comportamientos apropiados basados en sus valores fundamentales, en lugar de reaccionar automáticamente ante el estrés o el trauma, lo que fomenta la resiliencia y el afrontamiento positivo.⁴¹

Durante la educación de fisioterapia a nivel inicial, los docentes pueden aplicar prácticas informadas por el trauma, como advertencias sobre contenido sensible al discutir temas delicados dentro del plan de estudios.³⁵ Estas estrategias modelan los pasos adecuados en TIC al crear un entorno seguro, promover la toma de decisiones compartida y ofrecer opciones. Los docentes pueden complementar estas estrategias siendo sensibles a situaciones potencialmente desencadenantes, como los requisitos de contacto físico e interacción con diferentes géneros durante la práctica en laboratorios.³⁵ El apoyo entre pares y el acompañamiento académico pueden facilitar el diálogo abierto sobre experiencias relacionadas con el trauma, proporcionando una base académica que se traduzca en la práctica clínica.³⁵

Dado que la práctica y educación en fisioterapia informadas por el trauma aún están en sus primeras etapas, se necesita investigación colaborativa para desarrollar estrategias basadas en evidencia que reduzcan el impacto adverso del trauma en la salud física y mental de los sobrevivientes. Así como la TIC involucra un enfoque centrado en el paciente, para maximizar su beneficio, los fisioterapeutas y otros científicos deben invitar a los sobrevivientes de trauma a participar en la investigación.³³ Esto les permite formular preguntas pertinentes, determinar la mejor metodología para recopilar datos y difundir los hallazgos a las partes interesadas clave.³³ Los métodos de investigación transversales pueden ayudar a recopilar datos sobre satisfacción del paciente, retención y participación para determinar si la TIC mejora los resultados en comparación con la evaluación y el tratamiento tradicionales.³³ Como expertos en intervenciones de promoción de la salud no invasivas, los fisioterapeutas también deben investigar los mejores enfoques para mitigar los riesgos fisiológicos y conductuales en sobrevivientes de trauma.³³ Además, los fisioterapeutas deben asumir un papel de liderazgo en la investigación sobre mejores prácticas para la colaboración interdisciplinaria, la derivación y la comunicación, asegurando la continuidad de la TIC en diferentes especialidades y entornos.³³

Para apoyar la justicia social, también se necesita investigación que identifique los métodos más eficaces y con mejor relación costo-beneficio para prevenir y abordar el trauma.⁴⁹ La evidencia empírica que demuestre el impacto de la reforma social en la reducción de la vulnerabilidad comunitaria al trauma y sus efectos adversos, mientras se promueve el acceso a la atención y los recursos, puede fortalecer la defensa de políticas de salud pública.⁴⁹ Los investigadores pueden ampliar los estudios sobre los efectos de las ACEs incorporando participantes de grupos marginados, utilizando métodos de investigación comunitaria participativa para mejorar la inclusión.⁴⁶

En cuanto a la defensa, los fisioterapeutas, asistentes de fisioterapia y estudiantes deben involucrarse en la promoción de cambios en la política pública y la asignación de recursos, especialmente debido a la interseccionalidad entre el trauma, las inequidades en salud, los determinantes sociales de la salud y la justicia social. Ejemplos de pasos que la profesión de fisioterapia puede tomar incluyen la promoción de la prevención y mitigación del abuso de sustancias a través de la educación pública, la intervención temprana y la ampliación del acceso a tratamientos.⁴⁶ También es esencial reconocer las inequidades en la aplicación de la ley sobre drogas según el estatus socioeconómico o racial/minoritario. El cambio de un enfoque de tolerancia cero a uno orientado hacia la reducción del daño y la recuperación puede tener un efecto

intergeneracional al reducir el riesgo de trauma infantil, la disrupción familiar, la inestabilidad habitacional, las dificultades financieras y la colocación en el sistema de acogida debido a problemas legales relacionados con drogas.⁴⁶ La defensa también promueve la conciencia pública sobre el impacto del trauma y los recursos que fomentan la resiliencia a través del empoderamiento individual y colectivo.

Recomendaciones y Conclusión

La Atención Informada en el Trauma (TIC) es una estrategia fundamental para promover la equidad en la salud mental y física⁴⁸ dentro de la práctica, educación, investigación y defensa en fisioterapia. Dada la alta prevalencia del trauma, los fisioterapeutas deben estar equipados con el conocimiento y las habilidades necesarias para reconocer y abordar la amplia gama de manifestaciones del trauma y su impacto significativo en el bienestar mental y físico. Para alcanzar estos objetivos, la educación, la práctica, la investigación y la promoción en fisioterapia deben integrar los principios de la TIC. En la práctica clínica, es esencial aplicar precauciones universales ante el trauma, además de intervenciones específicas adaptadas a individuos con antecedentes de trauma conocidos. Los planes de estudio educativos deben incluir los efectos biopsicosociales del trauma y estrategias de TIC, asegurando que los fisioterapeutas desarrollen competencias en técnicas de cambio de comportamiento.⁵¹ Además, es crucial llevar a cabo investigaciones sobre la eficacia de la TIC y abogar por cambios en políticas que aborden los determinantes sociales de la salud. Colectivamente, estas medidas mejorarán la prestación de atención, garantizarán el bienestar de los sobrevivientes de trauma y fomentarán la equidad en salud.

Declaración de Diversidad, Equidad e Inclusión

Al desarrollar esta perspectiva sobre la atención informada en el trauma en fisioterapia, reconocemos que el trauma es una experiencia universal que no discrimina; sin embargo, su impacto puede verse profundamente influenciado por los antecedentes personales, incluyendo la raza, el género, la orientación sexual, la edad, el nivel socioeconómico, la discapacidad y otras identidades marginadas. Nuestro enfoque de la atención informada en el trauma se basa en la comprensión de que las diversas experiencias e identidades influyen en los resultados de salud de las personas.

Conflicto de Intereses

Los autores no reportan conflictos.

Referencias

1. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services; 2014 [cited 2024 May 1]. Available from: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/sma15-4420.pdf>
2. The National Child Traumatic Stress Network. *What is Child Trauma? Trauma Types*. [date unknown] [cited 2024 May 1]. Available from: <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types>
3. Briere J, Agee F, Dietrich A. Cumulative trauma and current posttraumatic stress disorder status in general population and inmate samples. *Psychol Trauma*. 2016;8(4):439–46.
4. Benjet C, Bromet E, Karam E, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med*. 2016;46(2):327–43.
5. Kilpatrick D, Resnick H, Milanak M, Miller M, Keyes K, Freidman M. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *J Trauma Stress*. 2013;26(5):537–47.
6. Song H, Fang F, Tomasson G, et al. Association of stress-related disorders with subsequent autoimmune disease. *JAMA*. 2018;319(23):2388–400.
7. Siqueland J, Ruud T, Hauff E. Post-traumatic stress disorder moderates the relationship between trauma exposure and chronic pain. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(1). doi:10.1080/20008198.2017.1375337
8. Heywood S, Connaughton J, Kinsella R, et al. Physical therapy and mental health: A scoping review. *Phys Ther*. 2022;102(11). doi:10.1093/ptj/pzac102
9. Turisch M, Neufeld R, Frewen P, et al. Association of trauma exposure with proinflammatory activity: A transdiagnostic meta-analysis. *Transl Psychiatry*. 2014;4:e413.
10. Afari N, Ahumada S, Wright L, et al. Psychological trauma and functional somatic syndromes: A systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med*. 2017;76(1):2–11.
11. Felitti V, Anda R, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245–58.
12. Leitch L. Action steps using ACEs and trauma-informed care: A resilience model. *Health Justice*. 2017;5(5). doi:10.1186/s40352-017-0050-5
13. Oral R, Ramirez M, Coohy C, et al. Adverse childhood experiences and trauma informed care: The future of health care. *J Pediatr Res*. 2016;79(1–2):227–33.
14. Reeves E. A synthesis of the literature on trauma-informed care. *Issues Ment Health Nurs*. 2015;36(9):698–709. doi:10.3109/01612840.2015.1025319
15. Yehuda R, Hoge C, McFarlane A, et al. Post-traumatic stress disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1:15057.
16. Yehuda R, Lehrner A. Intergenerational transmission of trauma effects: Putative role of epigenetic mechanisms. *World J Psychiatry*. 2018;17(3):243–57.

17. Updegraff J, Silver R, Holman E. Searching for and finding meaning in collective trauma: Results from a national longitudinal study of the 9/11 terrorist attacks. *J Pers Soc Psychol.* 2008;95(3):709–22.
18. Stanley B, Zanin A, Town S, et al. Collective emotion during collective trauma: A metaphor analysis of the COVID-19 pandemic. *Qual Health Res.* 2021;31(10). doi:10.1177/1094973232110115897
19. Hirschberger G. Collective trauma and the social construction of meaning. *Front Psychol.* 2018;9:1441. doi:10.3389/fpsyg.2018.01441
20. Subica A, Link B. Cultural trauma as a fundamental cause of health disparities. *Soc Sci Med.* 2022;292. doi:10.1016/j.socsimed.2021.114574
21. Commission on Accreditation of Physical Therapy Education. *Standards and Required Elements.* 2024 [cited 2024 Aug 7]. Available from: <https://www.capteonline.org/globalassets/capte-docs/2024-capte-pt-standards-required-elements.pdf>
22. American Physical Therapy Association. *House of Delegates Position Statement PO6-20-40-10: The Role of the Physical Therapist and the American Physical Therapy Association in Behavioral and Mental Health.* 2020 [cited 2024 Aug 7]. Available from: <https://www.apta.org/siteassets/pdfs/policies/role-pt-apta-behavioral-mental-health.pdf>
23. McGrath R, Shephard S, Parnell T, et al. Recommended approaches to assessing and managing physiotherapy clients experiencing psychological distress: A systematic mapping review. *Physiother Theory Pract.* 2023;1–31. doi:10.1080/09593985.2023.2284823
24. American Physical Therapy Association. *Guide to Physical Therapist Practice 4.0.* 2023 [cited 2024 Aug 7]. Available from: <https://store.apta.org/guide-to-physical-therapist-practice-3-0.html>
25. Feriante J, Sharma N. *Acute and Chronic Mental Health Trauma.* StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK594231/>
26. US Department of Veterans Affairs. *Checklist for DSM-5 (PCL-5).* PTSD: National Center for PTSD; 2023 [cited 2024 May 1]. Available from: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
27. US Department of Veterans Affairs. *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5).* PTSD: National Center for PTSD; 2023 [cited 2024 May 1]. Available from: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/caps.asp>
28. US Department of Veterans Affairs. *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 – Child/Adolescent Version (CAPS-CA-5).* PTSD: National Center for PTSD; 2023 [cited 2024 May 1]. Available from: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/child/caps-ca.asp>
29. Atwoli L, Stein D, Koenen K, McLaughlin K. Epidemiology of post-traumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Curr Opin Psychiatry.* 2015;28(4):307–11.
30. Morales D, Barksdale C, Beckel-Mitchener A. A call to action to address rural mental health disparities. *J Clin Transl Sci.* 2020;4:463–7. doi:10.1017/cts.2020.42
31. Lander L, Howsare J, Byrne M. The impact of substance use disorders on families and children. *Soc Work Public Health.* 2013;28(0):194–205.
32. World Health Organization. *Health Equity Policy Tool. A framework to track policies for increasing health equity in the WHO European region.* 2019. Available from: <https://www.who.int/andorra/publications/m/item/health-equity-policy-tool>

33. Raja S, Hasnain M, Hoersch M, et al. Trauma-informed care in medicine: Current knowledge and future research directions. *Fam Community Health*. 2015;38(3):216–26.
34. Darroch F, Roett C, Varcoe C, et al. Trauma-informed approaches to physical activity: A scoping study. *Complement Ther Clin Pract*. 2020;41:101224. doi:10.1016/j.ctcp.2020.101224
35. Brown T, Berman S, McDaniel K, et al. Trauma-Informed Medical Education (TIME): Advancing curricular content and educational context. *Acad Med*. 2021;96(5):661–7.
36. Andermann A. Taking action on the social determinants of health in clinical practice: A framework for health professionals. *CMAJ*. 2016;188(17–18):E474–83.
37. Bjorkman F, Ekblom O. Physical exercise as treatment for PTSD: A systematic review and meta-analysis. *Mil Med*. 2022;187(9–10):e1103–11.
38. Van de Kamp M, Scheffers M, Emck C, et al. Body-and movement-oriented interventions for posttraumatic stress disorder: An updated systematic review and meta-analysis. *J Trauma Stress*. 2023;36(5):835–48.
39. Klukan K, Lunsford D. Trauma-informed yoga: A scoping review. *Occup Ther Ment Health*. 2023;1–25. doi:10.1080/0164212x.2023.2276148
40. McGreevy S, Boland P. An integrative review of a somatosensory approach to the treatment of adults with post-traumatic stress disorder. *Eur J Integr Med*. 2022;54:102168. doi:10.1016/j.eujim.2022.102168
41. Tatta J, Willigens A, Palombaro K. The ACT trained physical therapist: Psychologically flexible, resilient, and armed with evidence-based tools. *J Contextual Behav Sci*. 2023;26:252–60.
42. Boyd J, Lanius R, McKinnon M. Mindfulness-based treatments for post-traumatic stress disorder: A review of the treatment literature and neurobiological evidence. *Psychiatry Neurosci*. 2018;43(1):7–25.
43. International Organization of Physical Therapy and Mental Health. *Policy Statement: The Role of Physical Therapists within Mental Health and Psychiatry*. 2024 [cited 2024 Apr 29]. Available from: https://www.ioptmh.org/files/ugd/9f5f61_43fe2b1bad6a42939129e588e7aa30e1.pdf
44. Bruce M, Kassam-Adams N, Rogers M, et al. Trauma providers' knowledge, views, and practice of trauma-informed care. *J Trauma Nurs*. 2018;25(2):131–8.
45. Oral R, Ramirez M, Coohy C, et al. Adverse childhood experiences and trauma informed care: The future of health care. *J Pediatr Res*. 2016;79(1–2):227–33.
46. Alcaraz K, Sly J, Ashing K, et al. The ConNECT Framework: A model for advancing behavioral medicine science and practice to foster health equity. *J Behav Med*. 2017;40(1):23–38.
47. Randall K, Miller-Cribbs J, Isaacson M, et al. Using social simulation to teach rehabilitation science students about adverse childhood experiences and trauma informed care. *J Allied Health*. 2020;49(1):36–44.
48. Bowen E, Murshid N. Trauma-informed social policy: A conceptual framework for policy analysis and advocacy. *Am J Public Health*. 2016;106:223–9. doi:10.2105/AJPH.2015.302970
49. Levy-Carrick N, Lewis-O'Connor A, Rittenberg E, et al. Promoting health equity through trauma-informed care: Critical role for physicians in policy and program development. *Fam Community Health*. 2019;42:104–8.

50. Gervais-Hupe J, Filleul A, Perrault K, Hudon A. Implementation of a biopsychosocial approach into physiotherapists' practice: A review of systematic reviews to map barriers and facilitators and identify specific behavior change techniques. *Disabil Rehabil.* 2023;45(14):2263–72.
51. Furness J, Phillips J, Canetti E, Kemp-Smith K. Exploring mental health approaches and curriculum in physiotherapy: An Australasian perspective. *Physiother Theory Pract.* 2024. doi:10.1080/0959385.2024.2316308



Aproximaciones epistemológicas a la salud mental comunitaria e intersecciones con la fisioterapia

Jhon F. Santos-Gómez^{1✉}, Manuela Monsalve-Uribe²

1. Docente asistente, Fundación Universitaria María Cano. Medellín, Colombia.
2. Estudiante de fisioterapia, Fundación Universitaria María Cano. Medellín, Colombia.

✉ Autor de Correspondencia: Jhon F. Santos. Fundación Universitaria María Cano. Calle 56 #41-90. Tel: +57 604 4025500 (ext. 112). jhonfredysantosgomez@fumc.edu.co.

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.



Aproximaciones epistemológicas a la salud mental comunitaria e intersecciones con la fisioterapia

Jhon F. Santos-Gómez^{1✉}, Manuela Monsalve-Uribe²

1. Docente asistente, Fundación Universitaria María Cano. Medellín, Colombia.
2. Estudiante de fisioterapia, Fundación Universitaria María Cano. Medellín, Colombia.

Resumen: Este trabajo propone una comprensión integral de la salud mental que trascienda el enfoque biomédico tradicional e integre las dimensiones sociales, culturales y políticas que influyen en la experiencia de salud y enfermedad. Al ampliar el análisis hacia las condiciones de salud de una comunidad y sus formas de abordaje, el papel de la fisioterapia y su objeto de estudio —el movimiento corporal humano— adquiere relevancia, ya que este se manifiesta de diversas maneras según las historias de vida, experiencias, saberes y vínculos de las personas. Estas expresiones corporales pueden reflejar tanto necesidades como potencialidades, en función de la promoción del bienestar individual y colectivo, y en la construcción de un proyecto de sociedad más justo.

Este enfoque conlleva un compromiso ético-político con la reivindicación de la salud como derecho, y plantea la necesidad de desarrollar intervenciones que aborden las dimensiones individuales, grupales y colectivas, articulándose con estrategias tanto operativas como estratégicas.

Cuadro de Resumen

- Este manuscrito aporta comprensiones sobre el proceso salud–enfermedad–cuidado en el campo de la salud mental.
- Presenta aproximaciones epistemológicas a la salud mental comunitaria, así como el papel que desempeña la fisioterapia en este ámbito.
- Es importante porque reflexiona sobre categorías clave como salud, salud mental y movimiento corporal humano tiene implicaciones significativas para el ejercicio profesional con individuos, colectivos y territorios. Estas reflexiones abren posibilidades para la construcción social de la salud y la garantía de este derecho fundamental.

Palabras Clave: Promoción de la salud, salud mental comunitaria, salud colectiva, fisioterapia, epistemología.

Introducción

El campo de la salud mental ha sido objeto de múltiples mecanismos de intervención gestados en diversos contextos, espacios y poblaciones, bajo una variedad de enfoques disciplinares. Ante esta pluralidad de escenarios, se hace necesario desarrollar aproximaciones teórico-conceptuales y praxeológicas que permitan comprender su diversidad y complejidad.¹ En el caso de la fisioterapia, adquieren especial relevancia los esfuerzos por ampliar su marco de comprensión más allá del paradigma biomédico convencional. En este sentido, la incorporación de visiones sociocríticas y culturales constituye un hito necesario tanto para el saber específico como para el quehacer profesional², ya que abre la posibilidad de establecer diálogos significativos en torno al proceso salud–enfermedad–cuidado en contextos complejos.

Esta reflexión implica un compromiso ético-político orientado a reivindicar la salud como un derecho fundamental.³ Asimismo, conlleva el reconocimiento de las formas en que los distintos actores sociales construyen saberes y articulan acciones para la promoción y el cuidado de la salud, considerando sus particularidades y potencialidades desde un enfoque biopsicosocial.⁴ En consecuencia, resulta fundamental comprender tanto las dimensiones individuales como colectivas del movimiento corporal humano, como fundamento profesional en fisioterapia.

Objetivo

Analizar el proceso salud–enfermedad–cuidado en relación con las distintas concepciones teóricas, históricas, metodológicas y praxeológicas de la salud mental en contextos comunitarios, así como su intersección con la fisioterapia.

Reflexiones

La integración de un modelo crítico en los diversos espacios de gestión del conocimiento implica rupturas tanto epistemológicas como ideológicas frente a marcos institucionales y culturales. En lo que respecta a la reflexión sobre el objeto de conocimiento denominado salud mental, resulta necesario establecer dimensiones analíticas que consideren el “objeto”, el “concepto” y el “campo”; ello exige abordar preguntas clave como: ¿cómo miramos?, ¿cómo pensamos? y ¿cómo actuamos?⁵

Situar los obstáculos epistémicos presentes en la historia de la salud permite transformar las prácticas actuales. Un ejemplo de ello es la salud pública de inicios del siglo XX, que adoptó una visión centrada en la enfermedad y la muerte como punto de partida para comprender la salud. A esta perspectiva se le denominó “enfermología pública”, y tuvo como base el método positivista, utilizado para explicar el riesgo de enfermar en la población, así como el estructural-funcionalismo, aplicado para entender la realidad social. Este enfoque privilegió el poder del Estado como garante de la prevención de la enfermedad.⁶

De acuerdo con lo anterior, algunas metáforas propuestas por Edmundo Granda para comprender el proceso de deconstrucción epistémica de la enfermología pública son: en primer lugar, “*el poder de la vida*”, que invita a pensar en la capacidad de los sujetos para producir salud en su cotidianidad, considerando sus relaciones sociales, normas y estructuras en los distintos entornos; en segundo lugar, “*el poder del conocimiento*”, que destaca la importancia del diálogo de saberes, el reconocimiento de la diversidad y la articulación entre actores para garantizar un acceso equitativo al progreso científico-técnico; y finalmente, “*el buen poder político*”, asociado con la construcción de ciudadanías en salud y el fortalecimiento del Estado, que —en términos de salud mental— se vincula con una dimensión de restitución de derechos y con el abordaje de problemáticas relacionadas con el estigma y la exclusión social.⁶

Reflexionar sobre el “¿cómo pensamos?” implica recuperar comprensiones históricas del proceso salud–enfermedad–cuidado y su aplicación en el campo de la salud mental. Por un lado, la existencia de una visión que sitúa el binomio salud–enfermedad como extremos opuestos ha generado dicotomías que profundizan las brechas entre sujetos, naturalizando etiquetas, exclusión social y perpetuando una visión hegemónica de la salud y la vida. Por otro lado, una concepción centrada en el eje vida–muerte permite acompañar de manera prolongada la existencia del sujeto, reconociendo los elementos que configuran sus formas de vivir y morir en distintos contextos y circunstancias.⁷

Todo lo anterior se fundamenta en una reflexión en torno a la categoría “salud”, entendida como un concepto multifacético que, a pesar de sus variaciones, coincide en reconocer la capacidad de adaptación del ser humano a su entorno. Esta noción implica condiciones, capacidades y oportunidades que permiten tanto a individuos como a colectivos desarrollarse en sociedad de acuerdo con sus expectativas y anhelos propios.⁸ La salud también se concibe como un concepto diverso —pues integra perspectivas colectivas e individuales—; relativo —porque depende del contexto, el tiempo y las circunstancias de quien la define o la

experimenta—; complejo —ya que involucra múltiples factores, esenciales o no según el enfoque adoptado— dinámico —por su carácter cambiante y graduable—; y abierto —al estar sujeto a transformaciones que la sociedad impone a su significado.⁹

Cabe destacar que, en la actualidad, existen distintos marcos comprensivos que se entrelazan con el proceso salud–enfermedad–cuidado. Entre ellos se encuentra el modelo de la salutogénesis, que promueve la salud y el bienestar en contraposición a la patogénesis, centrada en las causas de la enfermedad. Asimismo, el modelo biopsicosocial integra las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la vida de los sujetos. A esto se suma la atención primaria en salud como componente operativo, que prioriza la atención integral e impulsa estrategias de promoción, prevención y participación comunitaria y social. Todos estos enfoques resultan fundamentales para el fortalecimiento del bienestar de las poblaciones.¹⁰⁻¹¹ Lo anterior subraya la importancia de la reflexión en este campo, así como el alcance de abordajes holísticos que requieren articulación intersectorial y diálogo de saberes.

En cuanto al entrecruce con la fisioterapia, desde una lectura disciplinar, es clave reconocer las formas en que los distintos actores construyen sus prácticas en salud a partir de su cotidianidad, particularidades y potencialidades. En ese sentido, las respuestas que se configuran comprenden dimensiones vinculadas a la emergencia del movimiento en un contexto de creciente organización y complejidad. Este análisis considera distintos niveles: individual, grupal y colectivo; estructural y sistémico; así como ámbitos operativos y estratégicos.¹² Tales dimensiones están además condicionadas por las posibilidades contextuales y los elementos que inciden en el desarrollo de la praxis profesional.

En el caso de Colombia, por ejemplo, los alcances epistémicos de la fisioterapia vinculan su ejercicio con el individuo, la familia y la comunidad, así como con los entornos en los que se desenvuelven. Su objetivo se concreta en el estudio, comprensión y abordaje del movimiento corporal humano como elemento esencial de la salud y el bienestar.¹³ Desde esta perspectiva, se reconoce que la mirada no debe limitarse exclusivamente a lo “patológico”, sino que, en sintonía con nociones amplias de salud, la fisioterapia puede incorporar la dimensión sociocultural del cuerpo y transversalizar procesos cotidianos que abarcan también las esferas psíquica y social.¹⁴⁻¹⁵ Así, no se trata únicamente de reparar lo alterado, sino de potenciar las capacidades y recursos de las personas para que puedan participar plenamente en su entorno, convirtiendo el movimiento corporal en un vehículo para afrontar la vida. Todo lo anterior se articula con propuestas

diferenciales, enfoques interdisciplinarios y acciones orientadas a incidir en las determinaciones sociales de la salud.

Adicionalmente, el movimiento corporal humano permea la existencia de los sujetos, sus procesos de salud y la configuración de los espacios. Esto pone de relieve la importancia de su articulación con dimensiones espaciales, simbólicas y relacionales, expresadas en la categoría de “territorio”. Esta categoría va más allá de concebirse como un espacio contenedor, pues invita a repensar el medio ambiente y a las poblaciones no desde una lógica instrumental, sino como una situación sociohistórica y un proyecto de liberación construido por los actores sociales.¹⁶ En ese contexto, el cuerpo también expresa apuestas performativas.

Pensar en salud mental requiere considerar los marcos comprensivos que configuran las prácticas en este campo. En este sentido, merece una mirada reflexiva la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud, que entiende la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad”.¹⁷ Aunque esta perspectiva es propositiva, también perpetúa una visión individualista, al centrarse en el sujeto sin reconocer el carácter procesual de la salud mental ni las múltiples determinaciones históricas, socioeconómicas, culturales, biológicas y psicológicas que la configuran. Tampoco considera que la preservación y mejora de la salud implica necesariamente una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales.¹⁸

Por lo tanto, hablar de la construcción de una sociedad justa, libre y democrática —donde cada persona sea reconocida y valorada— contribuye a la salud mental al contemplar el sufrimiento psíquico y social sin necesariamente patologizarlo desde perspectivas biológicas o psiquiátricas¹⁹. Esto implica reconocer el tránsito de la categoría de “paciente” a la de “persona”, incorporando una dimensión subjetiva e intersubjetiva que rescata la figura del “sujeto relacional”. Asimismo, exige superar el “diagnóstico” como dispositivo y etiqueta individual, así como el “estigma”, en favor de la construcción de “ciudadanías en salud” desde una perspectiva de reparación e inclusión social. En virtud de lo anterior, se vuelve necesario trascender la mirada centrada en los “factores de riesgo” —que enfocan la atención en lo patológico— para orientarse hacia las determinaciones sociales de la salud y el “buen vivir”, bajo una perspectiva autárquica.¹⁹⁻²⁰

Por su parte, para comprender la categoría de salud mental resulta fundamental el análisis de diversas perspectivas epistemológicas. La perspectiva biomédica y conductual, con su enfoque patologizante e individualizador, ha sido históricamente hegemónica al extender una lógica medicalizadora a fenómenos sociales. Por otro lado, la perspectiva centrada en el bienestar y las potencialidades, aunque valiosa, ha sido cuestionada por su funcionalismo e individualismo, al promover una noción de felicidad inalcanzable y una visión de la resiliencia que ignora la vulnerabilidad como una condición ontológica y el sufrimiento como una realidad social inevitable. En contraste, las perspectivas culturales, psicosociales y de la determinación social subrayan la necesidad de considerar el contexto socioeconómico, político e histórico de los procesos salud–enfermedad, promoviendo una ética del cuidado, la solidaridad y la despatologización del sufrimiento. Estas perspectivas también proponen superar la dualidad entre cultura y sociedad, incorporando la semiología popular y la dimensión intersubjetiva del ser humano como habitante del mundo.²¹

Actualmente, frente a los desafíos de las sociedades contemporáneas, muchas problemáticas colectivas de salud y salud mental se expresan en la fragilidad de las relaciones sociales, y en la pérdida o debilitamiento de redes comunitarias de contención²². Por esta razón, la integración de una perspectiva centrada en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud mental comunitaria requiere una apertura epistemológica hacia el reconocimiento de los padecimientos subjetivos de la época en toda su complejidad. Estos padecimientos deben comprenderse como procesos dinámicos del binomio salud–enfermedad–cuidado, cuyos abordajes deben considerar lo colectivo, lo diverso y lo histórico, al estar encarnados en cuerpos singulares que revelan sus interconexiones dentro del tejido social, como resultado de los desafíos vividos de manera colectiva.²²

De acuerdo con lo anterior, se vuelve imprescindible la producción y dinamización de saberes en los espacios de la cotidianidad, como camino hacia la organización comunitaria en salud. En este proceso, la participación activa de la comunidad, la transformación de los vínculos comunitarios hacia relaciones solidarias y la constitución de la comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades, constituyen elementos fundamentales para el desarrollo de una salud mental comunitaria.²³ Esta perspectiva permite imaginar propuestas para des-enfermar las identidades, des-localizar los espacios de cuidado y facilitar la creación de iniciativas en las que las personas no se reúnan por compartir diagnósticos o etiquetas, sino por intereses, aficiones y deseos compartidos.²⁴

De lo expuesto a lo largo del texto se desprenden algunas consideraciones: la salud mental comunitaria va más allá de la apropiación de espacios y del trabajo en red, y exige superar el enfoque funcionalista que reduce la relación entre servicios y comunidad a una mera articulación operativa. Las prácticas en este ámbito no se limitan a tratamientos ambulatorios, sino que buscan construir de forma colectiva espacios y estrategias que fomenten la salud mental y la autonomía.²⁵ Para ello, es fundamental que los profesionales asuman roles de intérpretes-cuidadores, mediadores y traductores interculturales, utilizando métodos que integren narrativas diversas, el diálogo y el reconocimiento del poder de las identidades en la vida cotidiana, acompañando así las luchas por la vida y la salud en los territorios.⁶

Finalmente, como propuesta de intersección entre la salud mental comunitaria y la fisioterapia, se abren caminos por explorar en torno a la promoción del bienestar de sujetos y colectivos que enfrentan desafíos relacionados con su salud mental o sus alteraciones, a través del movimiento corporal humano. En este sentido, la actividad física, el ejercicio, el movimiento funcional, las prácticas corporales y la conciencia del cuerpo y del movimiento desempeñan un papel crucial en la mejora del estado de ánimo, la función cognitiva, la gestión del estrés, las formas de relacionamiento, la inclusión social y la calidad de vida en general.²⁶ Asimismo, se requiere una mirada orientada a la creación de entornos de apoyo y al fortalecimiento de las conexiones entre pares, con el fin de reducir el estigma y fomentar la construcción de ciudadanías en salud que trasciendan los diagnósticos.²⁷

Conclusiones

La articulación intersectorial e interdisciplinaria en salud mental comunitaria enriquece y fortalece las distintas miradas y abordajes, constituyéndose en un elemento clave para impulsar transformaciones tanto en el conocimiento como en la praxis contextualizada. En este sentido, los espacios de participación social en salud deben estar atravesados por las interpretaciones y sentidos construidos por los distintos actores que enarbolan consignas por la vida y la salud mental. Estos espacios, más que instrumentos, deben configurarse como procesos reflexivos que emergen del encuentro entre diversas corrientes y perspectivas, abiertos al diálogo y al reconocimiento de la otredad.

Los procesos de intervención social vinculados a la salud mental comunitaria permiten, a su vez, el desarrollo de lecturas disciplinares sobre el fenómeno de estudio. Desde una perspectiva fisioterapéutica, el movimiento corporal humano puede ser comprendido desde distintas dimensiones de análisis —individual,

grupal y colectiva—, así como desde aspectos praxeológicos que contribuyen a la configuración de la salud. Visibilizar el rol del fisioterapeuta en estos espacios resulta clave, ya que en la cotidianidad del movimiento corporal humano —donde este emerge y se expresa de formas diversas, según las historias de vida, experiencias, saberes y vínculos— se manifiestan tanto necesidades como potencialidades orientadas a la construcción de un proyecto de sociedad más justo. Esta perspectiva permite reconocer el movimiento corporal humano en su diversidad, y destaca sus aportes en términos de inclusión social, participación comunitaria, promoción de la autonomía, reducción del estigma, equiparación de oportunidades, fortalecimiento del tejido social y configuración de los territorios.

Declaración de Equidad, Diversidad e Inclusión

A lo largo del documento se han explicitado enfoques diferenciales en salud, así como una apuesta ético-política por la materialización de los derechos humanos. Del mismo modo, se proponen visiones orientadas al ejercicio de una ciudadanía en salud y a una práctica profesional más justa, en consonancia con la inclusión social y el reconocimiento de la otredad y la alteridad.

Financiamiento

Este trabajo no recibió financiamiento por parte de ninguna institución.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

1. Martínez-Hernández A, Correa-Urquiza M. Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud Colect.* 2017;13(2):267–78.
2. Catalán-Matamoros D. Fisioterapia en salud mental: antecedentes históricos. *Rev Colomb Rehabilit.* 2019;18(2):162–80.
3. Alvis K, Guarín C. Retos de la fisioterapia en salud mental. En: *Fisioterapia en salud mental*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2020.
4. Carmona-Moreno LD. La determinación social, una visión epistemológica para comprender el proceso salud-enfermedad. *Rev Cienc Salud [Internet]*. 2020;18(Spe):66–82.
5. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2013;31(1):S13–27.
6. Granda E. Necesidad de una nueva epistemología para una nueva práctica de salud pública. En: *La salud y la vida*. Vol. 3. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011.
7. Turner J, Hayward R, Angel K, Fulford B, Hall J, Millard C, et al. La historia de los servicios de salud mental en la Inglaterra moderna: recuerdos de los profesionales y la dirección de la investigación futura. *Med Hist.* 2015;59(4):599–624.
8. Vergara M. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia Promoc Salud.* 2007;12:41–50.
9. Feito L. La definición de la salud. *Diálogo Filosófico.* 1996;34:64.
10. Pleyer JA, Pesliak LD, Konstanze A, Malsch F, McCall T, Kanekar S, et al. Modelo de salud ambiental salutogénica: proponiendo una mirada integradora e interdisciplinaria sobre la génesis de la salud. 2024;12:1445181.
11. Maceira D, Quintero REP, Suarez P, Peña Peña LV. La atención primaria de salud como herramienta para promover la equidad y la sostenibilidad: una revisión de la literatura latinoamericana y del Caribe. *Int J Equity Health.* 2024;23(1):1–11.
12. Moureira H. Modelo función-disfunción. *Reem.* 2017;4(1).
13. Congreso de Colombia. Ley 528 de 1999 “Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones”. *Diario Oficial.* 1999 Sep 20;43:711.
14. Ferrada-Sullivan J. Sobre la noción de cuerpo en Maurice Merleau-Ponty. *Cinta Moebio.* 2019;(65):159–66.
15. Chaves Peña DE, Yáñez Canal J. Cuerpo, fenomenología y desarrollo. *Rev Iberoam Psicol.* 2020;13(1):1–12.
16. Molina A. Território, espaços e saúde: redimensionar o espaço em saúde pública. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(1):e00075117.
17. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. 2018 [citado 2025 May 27]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

18. Rojas-Bernal LÁ, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP. Salud mental en Colombia: un análisis crítico. *CES Med.* 2018;32(2):129–40.
19. Stolkiner A. Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericana. *Rev Argent Psiquiatr.* 2012;23:57–67.
20. Helbich M, Jabr S. Un llamado a la justicia social y a un enfoque de derechos humanos en materia de salud mental en los territorios palestinos ocupados. *Health Hum Rights.* 2022;24(2):305.
21. Hernández D. Conceptual perspectives in mental health and their implications in the context of achieving peace in Colombia. *Cienc Saúde Colet.* 2020;25(3):929–42.
22. Especia N, De Rosis S, Nuti S. El sentido de comunidad en el contexto de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud: una revisión exploratoria de la literatura. *BMC Public Health.* 2024;24(1):3090.
23. Bang C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas.* 2014;13(2):109–20.
24. Lea M, Hofmann BM. Desdiagnóstico: un nuevo marco para hacer que las personas se enfermen menos. *Eur J Intern Med.* 2022;95:17–23.
25. Mousavizadeh SN, Bidgoli MAJ. Prácticas orientadas a la recuperación en los servicios de salud mental comunitarios: una revisión sistemática. *Iran J Psychiatry.* 2023;18(3):332–51.
26. Mahindra A, Patil P, Agrawal V. El papel de la actividad física en la salud mental y el bienestar: una revisión. *Cureus.* 2023;15(1).
27. Healy LC, Benkwitz A, McVinnie Z, Sarkar M, Islin M, Brinded A, et al. Incorporación de la actividad física en grupos de apoyo comunitarios para personas gravemente afectadas por enfermedades mentales. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(3):2291.

Instituciones Aliadas



INSTITUTO NACIONAL DE
NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ



Universidad
del Gran Rosario



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



Western Norway
University of
Applied Sciences



ESCUELA COLOMBIANA DE REHABILITACIÓN

Facultad de Medicina



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

1933

Patrocinadores



DIPLOMADO
FISIOTERAPIA EN
SALUD MENTAL



FISIOTERAPIA
EN SALUD
MENTAL

Salud en Movimientos



Revista de Fisioterapia en
SALUD MENTAL

Mayo 2025