

9 LA COMUNICACIÓN NO VERBAL COMO PARTE DE LA INTERACCIÓN PROFESIONAL EN LA EVALUACIÓN PSICOMOTORA NORUEGA DEL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO

Marika Kiviluoma-Ylitalo

9.1 Dolor crónico

El dolor crónico o persistente es aquel que persiste durante más de 12 semanas a pesar de la medicación o el tratamiento. La mayoría de las personas vuelven a la normalidad después del dolor que sigue a una lesión u operación. Pero a veces el dolor persiste durante más tiempo o aparece sin antecedentes de lesión u operación. (NHS 2023) Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP 2023), el dolor crónico se define como “dolor que persiste o se repite durante más de tres meses”.

El dolor musculoesquelético prolongado se caracteriza por una reducción de la función física, a menudo relacionada con ansiedad y depresión, y con un mayor riesgo de desarrollar otros problemas de salud, jubilación anticipada, reducción de la riqueza y la participación social, y un aumento de la mortalidad por todas las causas (OMS 2022).

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable que se interpreta a través de la historia de vida. Es esencial comprender cuál es el significado subjetivo del dolor. El dolor crónico afecta a la persona en su totalidad. En la rehabilitación holística multidisciplinaria, es esencial ocuparse del malestar psicológico del paciente. (Ojala et al. 2014)

Los factores que provocan y mantienen el dolor musculoesquelético duradero difieren entre pacientes, pero deben identificarse para orientar el tratamiento. Durante la fisioterapia, hay múltiples factores que influyen en el resultado del tratamiento. (Dragesund & Oien 2021) La fisioterapia psicomotora noruega (NPMP) se aplica comúnmente a pacientes con dolor duradero y problemas de salud complejos. (Dragesund & Oien 2023)

9.1.1 Dolor crónico y emociones

Las emociones negativas y el dolor crónico están profundamente entrelazados, y cada uno influye y exacerba al otro. Esta compleja relación tiene profundas implicaciones para el bienestar mental y físico de las personas, lo que subraya la necesidad de enfoques integrados para el tratamiento que aborden tanto los aspectos emocionales como los físicos de la salud. (Lumley et al. 2011)

La interacción entre las emociones negativas y el dolor crónico se puede entender a través de varios mecanismos biológicos. Las regiones cerebrales implicadas en la regulación emocional, como la amígdala y la corteza prefrontal, se superponen con áreas que procesan las señales de dolor, como la corteza cingulada anterior y la ínsula. Esta superposición significa que los estados emocionales pueden influir directamente en la percepción del dolor. (Yang & Chang 2019)

Los neurotransmisores, como la serotonina y la noradrenalina, desempeñan un papel crucial tanto en la regulación del estado de ánimo como en la modulación del dolor. Por lo tanto, los desequilibrios en estas sustancias químicas pueden contribuir tanto a la depresión como a una mayor sensibilidad al dolor. Además, el estrés crónico asociado con las emociones negativas puede provocar una activación prolongada del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HPA), lo que da lugar a respuestas inflamatorias que pueden empeorar el dolor (Bonanno 2024).

El dolor crónico es un dolor persistente que dura más de tres meses, a menudo sin una causa clara. Este malestar persistente puede afectar significativamente la calidad de vida de la persona, lo que genera una cascada de emociones negativas como ansiedad, depresión y frustración. Estas emociones, a su vez, pueden amplificar la percepción del dolor, creando un círculo vicioso que es difícil de romper. (Lumley et al. 2011)

Depresión: La depresión es frecuente entre las personas que padecen dolor crónico. La lucha constante contra el dolor puede generar sentimientos de desesperanza e impotencia, que son características de la depresión. Por el contrario, la depresión puede reducir el umbral del dolor, lo que hace que las personas sean más sensibles al dolor. Esta relación bidireccional significa que tratar la depresión a veces puede aliviar el dolor y controlar el dolor puede mejorar los síntomas depresivos. (Sheng et al. 2017)

Ansiedad: La ansiedad suele acompañar al dolor crónico, ya que las personas se preocupan por la causa de su dolor, las implicaciones para su futuro y su capacidad para realizar las actividades diarias. Este estado de mayor preocupación puede provocar tensión muscular, aumento de la frecuencia cardíaca y otros cambios fisiológicos que exacerban el dolor. Además, la ansiedad puede provocar conductas de evitación, lo que reduce la actividad física y la interacción social, lo que puede contribuir aún más a la gravedad del dolor y al deterioro de la salud general. (Burston et al. 2019)

Ira y frustración: El dolor crónico también puede provocar ira y frustración, especialmente cuando el dolor limita las actividades y disminuye la calidad de vida. Estas emociones pueden generar respuestas de estrés en el cuerpo, como un aumento en la producción de cortisol y adrenalina, lo que puede empeorar la percepción del dolor. Además, la ira puede tensar las relaciones y conducir al aislamiento social, eliminando sistemas de apoyo críticos que de otro modo podrían ayudar a enfrentar el dolor. (Dueñas et al. 2016)

9.1.2 Dolor crónico y miedo al movimiento

El dolor crónico no es solo una dolencia física, sino una afección multifacética que afecta significativamente los aspectos psicológicos y sociales de la vida de una persona. Uno de los impactos psicológicos más profundos del dolor crónico es el miedo al movimiento, también conocido como kinesiophobia. Este miedo puede conducir a un ciclo debilitante en el que la anticipación del dolor impide la actividad física, lo que exacerba aún más el dolor y limita la capacidad de funcionamiento del individuo. (Mills et al. 2019)

La kinesiophobia es el miedo irracional y excesivo al movimiento y la actividad física, que surge de la creencia de que dichas actividades causarán dolor o volverán a lesionarse. Este miedo es particularmente frecuente entre las personas con afecciones de dolor crónico, como dolor de espalda, fibromialgia y artritis. Se origina en una mayor sensibilidad a las señales de dolor y la anticipación de que el movimiento empeorará su condición. (Bordeleau et al. 2022)

El miedo al movimiento puede afectar significativamente la salud mental de una persona. A menudo conduce a la ansiedad y la depresión a medida que las personas se ven cada vez más restringidas en sus actividades diarias e interacciones sociales. La evitación del movimiento y la actividad puede generar sentimientos de impotencia, frustración y aislamiento, lo que deteriora aún más su bienestar psicológico. (Li et al. 2023)

Ansiedad e hipervigilancia: Las personas con dolor crónico pueden desarrollar una mayor vigilancia ante las sensaciones corporales, vigilando constantemente las señales de dolor. Esta hipervigilancia puede provocar un aumento de la ansiedad, ya que incluso los movimientos más pequeños se perciben como amenazas potenciales, lo que crea un estado constante de miedo y aprensión. (Esteve y Camacho 2008)

Depresión: El miedo persistente al movimiento puede provocar una menor participación en actividades placenteras, aislamiento social y una disminución de la satisfacción general con la vida. Esta reducción de la actividad puede contribuir a sentimientos de tristeza, desesperanza y depresión, creando un círculo vicioso negativo en el que la angustia emocional intensifica aún más la percepción del dolor. (Steger et al. 2009)

El miedo al movimiento puede provocar un desacondicionamiento físico, en el que los músculos se debilitan y las articulaciones se vuelven rígidas por falta de uso. Este deterioro físico puede crear una situación paradójica en la que el mismo miedo que impide el movimiento conduce a afecciones que aumentan el dolor. (Physiopedia: Kinesiophobia 2024)

Atrofia muscular: La evitación de la actividad física produce atrofia y debilidad muscular. Los músculos más débiles brindan menos apoyo al sistema esquelético, lo que aumenta la tensión en las articulaciones y otras estructuras, lo que puede intensificar el dolor. (Ambegaonkar et al. 2024)

Rigidez y movilidad reducida: La falta de movimiento provoca rigidez en las articulaciones y una menor flexibilidad. Con el tiempo, esto puede provocar una disminución del rango de

movimiento y dificultad para realizar las tareas cotidianas, lo que desalienta aún más el movimiento y perpetúa el ciclo de dolor y miedo. (Ambegaonkar et al. 2024)

9.2 Terapia Psicomotora Noruega

La terapia psicomotora noruega es un enfoque holístico del paciente y se basa en un modelo biopsicosocial de salud. El cuerpo se considera, en primer lugar y sobre todo, como una unidad armoniosa integrada. Los síntomas se consideran una expresión de desequilibrio en el cuerpo, una señal de que algo no va bien en el cuerpo en su conjunto. Cuando se trabaja con todo el cuerpo, los síntomas dolorosos desaparecen. (Thornquist & Bunkan 1991)

Se basa en la premisa de que el estrés resultante de situaciones físicas, psicológicas y sociales puede tener efectos sobre el organismo, afectando la tensión muscular, la respiración, postura, flexibilidad, balance, y movimientos. Durante la evaluación y el tratamiento, se tienen en cuenta todos estos elementos para lograr un manejo eficaz. (Probst & Skjaerven 2017)

La terapia psicomotora noruega explora la relación interconectada entre la regulación y la restricción de la tensión muscular, la respiración, los movimientos y las emociones. Psicológicamente, la tensión muscular se entiende como un mecanismo para regular las emociones. Al controlar la tensión muscular, las personas pueden gestionar sus sentimientos. Esta tensión contiene inherentemente un componente emocional. A menudo reprimimos y rechazamos todo lo que percibimos como amenazante. En consecuencia, renunciar a la tensión muscular es similar a renunciar al control. Liberar esta tensión requiere el coraje de reconocer las emociones reprimidas. En esencia, el acto de relajar los músculos tensos significa una voluntad de enfrentar y reconocer los sentimientos que han sido reprimidos. (Thornquist & Bunkan 1991)

9.2.1 Evaluación psicomotora noruega

La evaluación de un paciente nos permite decidir si la terapia psicomotora es adecuada o no para el individuo.

La evaluación consta de partes:

- Historia del caso
- Un examen del cuerpo: postura, respiración, función física y reacciones.
- La reacción del paciente al examen en sí

Se prefiere que la evaluación se realice en ropa interior, pero si el paciente se siente incómodo, el fisioterapeuta también puede palpar a través de la ropa. Luego, el fisioterapeuta comienza la evaluación con la postura, los movimientos y la composición corporal, donde el orden puede variar según el paciente.

El fisioterapeuta y el paciente realizan los hallazgos en constante interacción. El énfasis de la evaluación se pone en la respiración y el movimiento. El examen dura aproximadamente media hora y no debe prolongarse.

El fisioterapeuta observa a través de la evaluación las reacciones del sistema nervioso autónomo del paciente, las reacciones emocionales, la conciencia corporal y las sensaciones generales que surgen de la evaluación para que el paciente tome conciencia de ellas.

HISTORIA DEL CASO Y ÉNFASIS EN LA HISTORIA DE VIDA DEL PACIENTE

Funciones naturales

¿Qué tipo de problemas físicos ha experimentado el paciente en su vida? Se interesa por los problemas asociados al sistema musculoesquelético, pero también por todas las funciones corporales: dolor de estómago, problemas digestivos, dificultad para dormir, alteraciones hormonales, etc. Las preguntas sobre las funciones naturales, que incluyen las condiciones vegetativas y hormonales, son importantes, ya que aportan información útil sobre el estado general de salud del paciente.

¡Nota! Existe una estrecha correlación entre los sentimientos y las reacciones vegetativas. Dolor de estómago o palpitaciones cuando estamos preocupados o nerviosos. Los trastornos y disfunciones autonómicas se consideran en general una expresión de estrés emocional y mental.

Lesiones y enfermedades previas

Sea cual sea la causa, el dolor produce tensión muscular refleja. También puede dar lugar a un patrón de movimiento deficiente e ineficaz. Por lo tanto, pueden adoptarse malos hábitos de movimiento y un uso ineficaz del cuerpo debido a patrones reflejos negativos. La tensión y el esfuerzo asimétricos pueden surgir debido a una lesión. El conocimiento de las enfermedades, lesiones y cirugías previas del paciente tiene valor diagnóstico y resulta útil para ajustar la dosis del tratamiento.

¡Nota! Es especialmente importante saber qué está sucediendo con los órganos respiratorios.

Son los problemas físicos los que traen al paciente a nosotros y deben ser lo primero. Otras informaciones, problemas conyugales, dificultades en la familia, etc., llegan en un momento en el que se establece el contacto y la confianza. No sólo es necesario obtener información sobre la vida del paciente sino también sobre cómo la vive.

POSTURA

Cualquier postura asimétrica con respecto a la línea central indica que existe una tensión anormal en alguna parte del cuerpo. En la postura ideal, la tensión se equilibra por igual entre la parte delantera y trasera del cuerpo. Las curvas de la columna vertebral se adaptan según la posición de las extremidades inferiores y la pelvis. La posición de las extremidades superiores, los hombros y la cabeza también influyen en la postura general. Cada persona tiene una postura personal que comienza a formarse desde la infancia. La postura puede verse afectada por factores físicos como lesiones musculoesqueléticas y factores psicológicos como las emociones, traumas no tratados y el nivel de estrés. La postura también puede proporcionar información sobre la actitud general del paciente ante la vida.

Bunkan ha introducido 3 tipos principales de postura según la etapa psicológica. Hay evidencia de que el estrés y la incertidumbre de la vida tienen un efecto sobre la postura corporal.

1. Este tipo de postura se denomina postura flexora. Los factores comunes son la fuerte contracción de los músculos flexores, especialmente los abdominales, la inversión de los miembros superiores, la flexión de los codos, la pronación de los brazos, el atado de las manos hacia delante, la flexión de las rodillas, la columna y la pelvis, la debilidad en las extremidades inferiores y la retención de la respiración.
2. El segundo tipo de postura es la postura colapsada. A veces es difícil separarla de la posición flexora, el principal factor de separación es que en la postura colapsada los músculos son hipotónicos y en la flexora son hipertónicos. En la postura colapsada la pelvis y la cabeza están al frente en relación con el eje central.
3. El tercer tipo de postura que menciona Bunkan en su libro es la de extensión. En ella, la persona se extiende para cubrir la inseguridad. Esta postura se puede separar de la postura ideal por la tensión muscular. Como se mencionó anteriormente, en la postura ideal hay un tono muscular equilibrado entre los extensores y los flexores, pero en la postura extendida hay una mayor contracción muscular en los músculos extensores.

¡Nota! La posición de las piernas puede dar información sobre los recursos de la persona para afrontar la vida desde el punto de vista cuerpo-mente y cómo la persona está afrontando la vida. Además, la posición de las piernas está afectando a la postura general y es por eso que da información al fisioterapeuta.

La postura se evalúa de pie, sentado y acostado. Comienza pidiendo al paciente que se ponga de pie en su postura de pie típica. Después de eso, el fisioterapeuta le pide al paciente que adopte la postura de evaluación estandarizada donde los pies están separados al ancho de las caderas, las piernas están paralelas, las rodillas están estiradas y la articulación talocrural está a 90 grados. El peso no debe estar sobre los dedos de los pies; en la postura, el paciente puede mover los dedos de los pies sin cambiar la postura. La postura se evalúa en relación con el eje vertical. El eje vertical comienza en la articulación atlantooccipital, pasa por el cuello

uterino y la unión torácica, corta la parte inferior del sacro, la mitad de las extremidades inferiores hasta la articulación talocrural.

El fisioterapeuta evalúa la simetría y la distribución del peso del cuerpo desde la parte frontal, posterior y lateral. Después, el fisioterapeuta presta atención a si hay desviaciones en relación con el eje central y vertical, y si hay hallazgos, marca dónde y en qué medida. Otras dos marcas importantes son la columna y la pelvis: cómo están las curvas espinales (lordosis lumbar, cifosis torácica y cervical) y es la inclinación de la pelvis hacia adelante o hacia atrás.

Tras evaluar la postura de pie, el fisioterapeuta repite la evaluación en la postura sentada y acostada y presta atención a si hay cambios al eliminar la gravedad. Cuando el paciente está acostado, el fisioterapeuta presta atención a si las piernas están separadas o atadas juntas, y si el sacro, los omóplatos y las rodillas están tocando la colchoneta. Si la postura del paciente era tensa en la postura de pie y el paciente es capaz de relajarse cuando está acostado, demuestra que el paciente tiene recursos. En la posición sentada, el fisioterapeuta observa cómo el paciente mantiene la postura, dónde están situadas las manos y qué sucede con las curvaturas de la columna.

RESPIRACIÓN

La respiración se evalúa mediante una batería de pruebas durante la evaluación de la postura, el movimiento y la consistencia muscular. El énfasis está puesto en el movimiento que ocurre durante la respiración en la postura de pie, sentado y acostado. El movimiento respiratorio óptimo ocurre en las costillas inferiores, el estómago y el esternón, moviéndose ligeramente hacia arriba y hacia afuera. Los principales músculos que se mueven durante la inhalación son el diafragma y los músculos intercostales externos. Además, hay cierta activación muscular en los músculos respiratorios superiores en el cuello y el hombro, pero durante la respiración óptima apenas se ve desde afuera. Durante la exhalación, los músculos de la inspiración se relajan, y la cavidad torácica desciende y la presión se mueve desde la cavidad torácica a la cavidad del estómago. Desde afuera, el abdomen se mueve ligeramente hacia adentro durante la exhalación.

Cuando hay una alteración en el patrón respiratorio, la inhalación se produce de forma más voluntaria. Durante la inhalación forzada, los músculos que rodean las fosas nasales y las cuerdas vocales, los extensores de la espalda, el esternocleidomastoideo, el escaleno y los pectorales mayor y menor se contraen. Esto provoca un movimiento hacia arriba en la zona de los hombros y el pecho. Cuando la exhalación se realiza de forma forzada, utilizamos los abdominales y los intercostales internos. Esto provoca tensión y acortamiento en los músculos abdominales.

¡Nota! Preste atención a la postura respiratoria, a los músculos respiratorios utilizados, a la flexibilidad de la zona torácica, a la frecuencia respiratoria y a las pausas naturales entre la inhalación y la exhalación.

FUNCIÓN

Las pruebas de movimiento brindan información sobre el rango de movimiento, la función muscular y el movimiento propio. Las pruebas están relacionadas con la resiliencia más profunda del paciente detrás de la

El movimiento muscular muestra la capacidad de la persona para adaptarse a la situación y si se siente segura. El patrón de prueba incluye pruebas de movimiento de las articulaciones principales, evaluación de la movilidad de la columna vertebral y movimientos que muestran cómo el paciente es capaz de relajarse durante el movimiento pasivo. Además de eso, se evalúa el equilibrio y la flexibilidad porque los músculos tensos causan inestabilidad en la postura que puede provocar dolor musculoesquelético.

Las pruebas funcionales evalúan la flexibilidad y versatilidad del cuerpo. Las pruebas funcionales están diseñadas de tal manera que brindan información sobre las cualidades holísticas. Se considera que un movimiento es bueno cuando fluye libremente y está acompañado naturalmente por otros movimientos en todo el cuerpo. Si hay bloqueos al movimiento libre y a los impulsos de estiramiento, hay menos armonía entre las distintas partes del cuerpo que exigen esfuerzo muscular para completar los movimientos.

¡Nota! Averigüe qué pausas se aplican y qué tipo de bloqueos tiene el individuo.

Posición relajada de pie encorvado

El paciente se coloca de pie con el cuerpo inclinado hacia delante y la parte superior del cuerpo colgando lo más relajada posible.

- Los brazos cuelgan relajados con las manos sobre los pies.
- La espalda tiene una curva uniforme y el cuello está relajado.
- Las rodillas se estiran con una actividad mínima de los cuádriceps.

En esta posición se discute y recopila información:

- Movilidad
- Elasticidad en músculos y tejidos blandos.
- Capacidad de relajarse y permitir que el cuello se convierta en parte integrada del tronco.
- Capacidad de permanecer suelto en la parte superior del cuerpo mientras las piernas permanecen estiradas, estables y activas

La posición sentada prolongada

El paciente se sienta con las piernas paralelas y estiradas hacia delante. Los músculos de la parte posterior del cuerpo se estiran.

Cómo se adapta la persona a esta posición. Para localizar y diferenciar si los frenos están en las piernas, la espalda o el cuello, se flexionan estas partes de forma independiente.

¡Nota! La actividad de los extensores del cuerpo forma parte del patrón de “recuperación”. El aumento de la tensión y el trabajo muscular estático en el aparato extensor da como resultado una menor capacidad de estiramiento con el tiempo.

Las dos pruebas funcionales dan como resultado una actitud más o menos de “recuperación”. En personas con una longitud de estiramiento reducida en el sistema extensor, con frecuencia encontramos que los músculos flexores también están acortados. En otras palabras, el individuo está más o menos totalmente protegido y rígido.

Movimientos libres entre varias partes del cuerpo y contracción muscular aislada y capacidad de relajación.

El paciente está de pie y quieto, y el fisioterapeuta aplica una pequeña fuerza en el sacro del paciente. Luego, el fisioterapeuta observa cómo se mueve todo el cuerpo: ¿está rígido o es un movimiento ondulante? Esto puede mostrar cómo el paciente deja que el movimiento fluya a través del cuerpo y el fisioterapeuta puede ver la parte del cuerpo donde se detiene el movimiento. Se le pide al paciente que deje que el movimiento fluya a través del cuerpo sin detenerlo. Si el paciente pierde el equilibrio, es un signo de tensión en alguna parte del cuerpo.

La evaluación continúa en posición supina evaluando el movimiento pasivo de la articulación del hombro en posición de flexión. El fisioterapeuta evalúa si el paciente puede dejar que la mano se mueva libremente sin ayudar al movimiento o si el paciente posiblemente se resiste al movimiento. Si el paciente ayuda o se resiste al movimiento, esto demuestra que uno no puede ser pasivo. La evaluación del rango de movimiento pasivo continúa con la flexión de la articulación de la cadera y la rodilla observando los mismos principios que en la evaluación de la articulación del hombro. La última parte de la evaluación en posición supina es la flexión y rotación pasivas de la columna cervical.

El paciente se encuentra en posición sentada. Primero se le pide al paciente que se incline hacia adelante y curve la columna vertebral, mientras el fisioterapeuta evalúa la posición de la cabeza, la parte superior y la parte media de la espalda. Después se le pide al paciente que enderece la espalda lentamente y el fisioterapeuta observa si el movimiento se produce en toda la columna vertebral o si hay partes que permanecen rígidas. Además, el fisioterapeuta evalúa si la zona de la pelvis se mantiene estable mientras se endereza la columna vertebral. La última parte en la posición sentada es la elevación de rodillas, mientras el fisioterapeuta presta atención al control del movimiento.

¡Nota! Existe una diferencia psicológica entre las personas que se resisten al movimiento pasivo y las que ayudan. Las personas que se resisten tienen dificultades para permitir que los demás las controlen. Esas personas pueden tener un profundo sentido de inseguridad que surge en forma de resistencia incontrolable. La resistencia parece ser el resultado de factores como la protesta, la reserva, la ansiedad, la ira, etc. Las que ayudan también expresan inseguridad que parece estar relacionada con “sentimientos del ego” negativos: “No soy lo suficientemente bueno”. “Tengo que ayudar para que me aprecien”.

PALPACIÓN DE LA MUSCULATURA

La evaluación se realiza palpando determinados grupos musculares en posición acostada, donde se elimina la gravedad y todo el cuerpo está relajado. Al palpar, el agarre es firme para poder sentir a través de los tejidos. La idea principal detrás de la consistencia muscular

La evaluación es que tensar los músculos es uno de los mecanismos de defensa más comunes.

Durante la palpación, el fisioterapeuta presta atención principalmente al tamaño del músculo, si hay diferencia entre los lados, la tensión muscular y si el paciente siente molestias durante la evaluación. El fisioterapeuta marca con colores en el formulario de evaluación si la tensión muscular es muy alta o está por debajo de lo normal.

Tono muscular. A partir de la imagen, el fisioterapeuta puede ver si la tensión o la falta de tono muscular es simétrica o afecta solo a ciertos grupos musculares. Cuando el fisioterapeuta realiza la palpación, pregunta si el paciente siente lo mismo.

Si los hallazgos del fisioterapeuta y las sensaciones del paciente coinciden, esto indica que el paciente tiene una buena conciencia corporal. También se reducen las reacciones emocionales y del sistema nervioso autónomo.

REACCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

El sistema nervioso autónomo se divide en dos ramas, la parasimpática y la simpática. El sistema nervioso autónomo está relacionado con la respiración, los músculos, la postura y el movimiento. También regula el funcionamiento de muchos órganos internos, como por ejemplo el latido del corazón. La rama parasimpática es responsable de las respuestas de “descanso y digestión” y la simpática de las respuestas de “lucha y huida”. Los órganos internos tienen ramificaciones nerviosas de ambas ramas; según el mensaje nervioso, una de las ramas aumenta o disminuye la activación del órgano para mantener la salud.

Las reacciones del sistema nervioso autónomo se evalúan a través de las cuatro partes principales de la evaluación. Estas reacciones pueden brindar información importante sobre el estado de alerta del paciente y sobre cómo percibe la seguridad y el peligro. Las reacciones se evalúan antes, durante y después de la evaluación. Estas reacciones pueden ser, por ejemplo, cambios en el color de la piel, temperatura corporal, hinchazón, sudoración o

congelación, olor o cambios en el aliento. El objetivo es crear una imagen general de los síntomas y sacar una conclusión al respecto.

CONCIENCIA CORPORAL

La conciencia corporal es una parte fundamental de nuestros recursos en la vida. Cuanto más conscientes seamos de nuestro cuerpo y mejor sea nuestra imagen corporal, más recursos tendremos. La conciencia corporal significa nuestra capacidad de sentir y ser conscientes de nuestro cuerpo. La conciencia de las partes del cuerpo es crucial para la situación general, indica si el paciente tiene conexión con las partes del cuerpo y si son parte de su autoimagen. La conciencia corporal se evalúa a través de toda la evaluación comparando los hallazgos del fisioterapeuta y del paciente.

Contraindicaciones de la terapia psicomotora noruega:

Dado que la capacidad de adaptación de una persona (física y mentalmente) es fundamental para la terapia psicomotora, esto no implica que todo el mundo pueda beneficiarse de esta forma de terapia. Si el examen muestra incapacidad de adaptación, se concluye que el individuo no es apto para el tratamiento. Los factores físicos, psicológicos y sociales pueden limitar la posibilidad de que un paciente se beneficie de este tratamiento. (Harjunen, 2020, Thornquist & Bunkan, 1991)

9.3 Comunicación no verbal

La comunicación no verbal es la transmisión de mensajes o señales a través de una plataforma no verbal como el contacto visual, las expresiones faciales, los gestos, la postura, el uso de objetos, el tacto y el lenguaje corporal.

La conducta no verbal constituye la parte principal de la comunicación; las respuestas en las interacciones se basan en la percepción e interpretación subconscientes de los mensajes no verbales. A través de la intuición y la experiencia, la mayoría de los fisioterapeutas desarrollan las habilidades necesarias para comprender mejor la conducta y las respuestas de los pacientes. Una mayor conciencia de las habilidades no verbales y de la importancia de su uso mejorará tanto la relación entre el fisioterapeuta y el paciente como la calidad del tratamiento (Hargreaves 1982).

En fisioterapia, la comunicación que involucra activamente al paciente se considera la base del tratamiento centrado en el paciente. Las investigaciones sobre la comunicación en fisioterapia destacan cómo la oportunidad de los pacientes de participar activamente a menudo se ve limitada por el enfoque de los terapeutas en hechos biomédicos y tareas clínicas. La autoconciencia de los fisioterapeutas en torno a la comunicación y cómo ponerse en contacto con los pacientes. Los pacientes señalan que una buena comunicación es importante para sentirse involucrados en el proceso de tratamiento y para su participación (Cooper 2007). En general, la literatura sobre el enfoque centrado en el paciente en fisioterapia suele enfatizar el hecho de que la práctica de la fisioterapia está fuertemente

arraigada en la cultura de la medicina y que los fisioterapeutas a menudo se sienten inseguros cuando van más allá de su campo de especialización (es decir, el cuerpo físico) y se comunican con los pacientes sobre su vida social y emocional (Mudge et al 2014)

La comunicación es el proceso de enviar y recibir mensajes para compartir habilidades, conocimientos y actitudes. La comunicación es una habilidad clínica fundamental, ya que ayuda a establecer la relación terapéutica entre los médicos y sus pacientes. La comunicación eficaz en el ámbito sanitario tiene muchos beneficios, como la mejora del estado de salud, el funcionamiento y la satisfacción del paciente. (Physiopedia 2023)

La comunicación eficaz entre el paciente y el proveedor requiere un diálogo bidireccional en el que cada parte respete a la otra. Ambas partes podrán:

1. intercambiar información
2. Hablar y escuchar sin interrupciones
3. expresar opiniones
4. Haga preguntas para mayor claridad

La comunicación no verbal es la expresión de información a través del cuerpo, el rostro o la voz. Proporciona una forma de transmitir emociones e información sin utilizar palabras. Puede proporcionar al oyente información adicional, a veces contradiciendo el mensaje hablado.

Incluye una amplia gama de signos físicos como:

- expresiones faciales / gestos
- lenguaje corporal / postura
- contacto visual
- encogiéndose de hombros
- señalando

Las diferencias individuales y culturales pueden afectar la comunicación no verbal, ya que las distintas culturas y personas pueden tener distintas normas y convenciones para las señales no verbales. (Physiopedia 2023)

9.3.1 Diferencias interculturales en la comunicación no verbal

La comunicación no verbal, que abarca los gestos, las expresiones faciales, la postura, el contacto visual y otras formas de lenguaje corporal, desempeña un papel fundamental en las interacciones humanas. Sin embargo, su interpretación puede variar significativamente en distintas culturas. Comprender estas diferencias interculturales es esencial para una comunicación eficaz en un mundo globalizado.

Gestos

Los gestos son una forma común de comunicación no verbal, pero sus significados pueden diferir dramáticamente entre culturas.

- **Gestos con las manos:** Un gesto tan sencillo como levantar el pulgar puede tener diversas interpretaciones. En muchas culturas occidentales, es una señal de aprobación o de un trabajo bien hecho. Sin embargo, en algunas partes de Oriente Medio y Sudamérica, puede considerarse ofensivo. De manera similar, el signo de "OK" (un círculo formado con el pulgar y el índice) es positivo en Estados Unidos, pero se considera de mala educación en algunos países mediterráneos y sudamericanos.
- **Asintiéndolo y sacudiendo la cabeza:** En la mayoría de las culturas occidentales, asentir con la cabeza suele significar acuerdo y sacudirla, desacuerdo. Por el contrario, en algunas partes de la India y Bulgaria, inclinar la cabeza de un lado a otro puede significar acuerdo, lo que puede resultar confuso para quienes no están familiarizados con estas normas culturales.

Expresiones faciales

Si bien algunas expresiones faciales son universales, como las sonrisas que indican felicidad y los ceños fruncidos que indican desagrado, el contexto y el alcance de su uso pueden variar.

- **Sonriente:** En muchas culturas asiáticas, sonreír no es solo un signo de felicidad, sino que también se utiliza para ocultar incomodidad o vergüenza. En cambio, en las culturas occidentales, la sonrisa suele interpretarse estrictamente como un signo de amabilidad o felicidad.
- **Contacto visual:** Las normas de contacto visual varían ampliamente. En las culturas occidentales, mantener el contacto visual suele considerarse un signo de confianza y atención. Sin embargo, en muchas culturas asiáticas, africanas y de Oriente Medio, el contacto visual prolongado puede considerarse una confrontación o una falta de respeto, especialmente cuando se dirige a una persona con autoridad.

Postura y proximidad

La postura y el uso del espacio personal también pueden transmitir mensajes diferentes en distintas culturas.

- **Postura:** En Estados Unidos, una postura relajada puede ser percibida como un signo de tranquilidad y comodidad. Sin embargo, en Japón, donde la formalidad es muy valorada, se espera una postura erguida y formal en la mayoría de las interacciones sociales.
- **Espacio personal:** La proxémica, el estudio del espacio personal, revela importantes diferencias culturales. En las culturas latinoamericanas y de Oriente Medio, las personas tienden a permanecer más cerca unas de otras cuando conversan, lo que es un signo de calidez y amabilidad. En cambio, los europeos del norte y los norteamericanos suelen preferir un mayor espacio personal, y permanecer demasiado cerca puede ser percibido como intrusivo o agresivo.

Tocar

El tacto es otra señal no verbal con diferentes interpretaciones.

- **Apretones de manos y saludos:** En Estados Unidos y en gran parte de Europa, un apretón de manos firme es un saludo común y una señal de confianza. En cambio, en algunas culturas asiáticas, un apretón de manos suave o una reverencia son más apropiados. En la India, el saludo tradicional es el Namaste, una leve reverencia con las manos juntas, que transmite respeto.
- **Muestra pública de afecto:** En muchas culturas occidentales, los toques suaves, como los apretones de manos, los abrazos y las palmaditas en la espalda, son habituales y aceptables. Sin embargo, en muchos países de mayoría musulmana, las demostraciones públicas de afecto, incluso entre amigos cercanos, están mal vistas.

Silencio

El silencio también puede tener diferentes significados según las culturas.

- **El silencio como respeto:** En Japón y Finlandia, el silencio se utiliza a menudo como señal de respeto y contemplación. Las personas pueden hacer una pausa antes de responder para demostrar que están considerando detenidamente lo que se ha dicho. En cambio, en Estados Unidos, el silencio prolongado puede percibirse como algo incómodo o indicativo de desacuerdo.

- **Estilo de comunicación:** Las culturas con estilos de comunicación de alto contexto, como las de Asia y Oriente Medio, se basan más en señales no verbales y en el contexto del mensaje que en las palabras en sí. En cambio, las culturas de bajo contexto, como las de Estados Unidos y Alemania, prefieren la comunicación verbal directa y explícita, en la que las palabras son las principales portadoras de significado.

Comprender las diferencias interculturales en la comunicación no verbal es fundamental para fomentar interacciones eficaces y respetuosas en un mundo cada vez más interconectado. Reconocer estas diferencias y adaptarse a ellas puede ayudar a evitar malentendidos, forjar relaciones más sólidas y facilitar una comunicación más fluida a través de las fronteras culturales. A medida que la globalización sigue acercando a culturas diversas, cultivar la sensibilidad y la conciencia cultural se vuelve cada vez más importante para el éxito personal, social y profesional. Reynolds, S., & Valentine, D. (2004)

9.4 Cooperación con psiquiatras/psicólogos

Los fisioterapeutas reciben a muchos pacientes para terapia psicomotriz que no ven en un primer momento la conexión entre sus problemas físicos y emocionales/sociales. El objetivo de la terapia psicomotriz es dar a los pacientes un mejor contacto con su vida emocional. Cuando se producen cambios en el cuerpo y se libera la respiración, el paciente registra un contacto más profundo con los sentimientos.

Si los conflictos y las emociones empiezan a convertirse en un problema o el tratamiento se estanca, entonces la cuestión de la psicoterapia cobra relevancia. Normalmente se utilizan la psicoterapia y la terapia psicomotora en combinación. La terapia psicomotora, cuando va seguida inmediatamente de la psicoterapia, es la más eficaz.

Si la vida del paciente está llena de conflictos, entonces quizás la psicoterapia sola sea suficiente por un tiempo. Rara vez es necesario suspender por completo la terapia psicomotora porque se puede utilizar para estabilizar al paciente. En otras palabras, ayudar al paciente a valerse por sí mismo, de modo que le resulte más fácil enfrentarse a la realidad.

Ante crisis emocionales, el uso de sedantes y antidepresivos puede ser útil durante un periodo de tiempo limitado.

Referencias:

- Ahlsen, B. & Nilsen, A. 2022. Getting in touch: Communication in physical therapy practice and the multiple functions of language. *Front. Rehabil. Sci.* Volume 3 - 2022 | <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.882099>
- Ambegaonkar JP, Jordan M, Wiese KR, Caswell SV. Kinesiophobia in Injured Athletes: A Systematic Review. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology.* 2024; 9(2):78. <https://doi.org/10.3390/jfmk9020078>
- Australian Physiotherapy Association. 2023. Respecting boundaries. <https://australian.physio/inmotion/respecting-boundaries>
- Bonanno M, Papa D, Cerasa A, Maggio MG, Calabrò RS. Psycho-Neuroendocrinology in the Rehabilitation Field: Focus on the Complex Interplay between Stress and Pain. *Medicina.* 2024; 60(2):285. <https://doi.org/10.3390/medicina60020285>
- Bordeleau M, Vincenot M, Lefevre S, Duport A, Seggio L, Breton T, Lelard T, Serra E, Roussel N, Neves JFD, Léonard G. Treatments for kinesiophobia in people with chronic pain: A scoping review. *Front Behav Neurosci.* 2022 Sep 20;16:933483. doi: 10.3389/fnbeh.2022.933483. PMID: 36204486; PMCID: PMC9531655.
- Burston JJ, Valdes AM, Woodhams SG, Mapp PI, Stocks J, Watson DJG, Gowler PRW, Xu L, Sagar DR, Fernandes G, Frowd N, Marshall L, Zhang W, Doherty M, Walsh DA, Chapman V. The impact of anxiety on chronic musculoskeletal pain and the role of astrocyte activation. *Pain.* 2019 Mar;160(3):658-669. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001445. PMID: 30779717; PMCID: PMC6407811.
- Cooper K, Smith BH, Hancock E. 2007. Patient-centredness in physiotherapy from the perspective of the chronic low back pain patient. *Physiotherapy.* 94:244–52.
- Dragesund, T. & Oien, A. 2023. Norwegian psychomotor physiotherapy: A scoping review. <https://www.fysioterapeuten.no/fagfellevurderet-fysioterapi-psykomotorisk-fysioterapi/norwegian-psychomotor-physiotherapy-a-scoping-review/146142>
- Dragesund, T. & Oien, A. 2021. Developing self-care in an interdependent therapeutic relationship: patients' experiences from Norwegian psychomotor physiotherapy. *PHYSIOTHERAPY THEORY AND PRACTICE* <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1875524>
- Dragesund T, Kvåle A. Study protocol for Norwegian Psychomotor Physiotherapy versus Cognitive Patient Education in combination with active individualized physiotherapy in patients with long-lasting musculoskeletal pain—a randomized controlled trial. *BMC musculoskeletal disorders.* 2016 Dec;17(1):1-9
- Dueñas M, Ojeda B, Salazar A, Mico JA, Failde I. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *J Pain Res.* 2016 Jun 28;9:457-67. doi: 10.2147/JPR.S105892. PMID: 27418853; PMCID: PMC4935027.
- Esteve, Rosa & Camacho, Laura. (2008). Anxiety sensitivity, body vigilance and fear of pain. *Behaviour research and therapy.* 46. 715-27. 10.1016/j.brat.2008.02.012.
- Harjunen, E. 2020. ROBE - Resource oriented body examination - workshop for physiotherapy students. Bachelor thesis. Satakunta university of Applied Sciences. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/780689/Harjunen_Emilija.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2010. Psykofyysinen ihminen.
- Helsinki: WSOYpro Oy/Hargreaves, S. 1982. The relevance of non-verbal communication in physiotherapy. *Aust J Physiother.* 28 (4):19-22.
- Härkönen, U., Muhonen, M., Matinheikki-Kokko, K., Sipari, S. 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona. Kuntoutuksen vaikutukset ja hyödyt asiakas- ja ammattilaiskokemusten sekä kirjallisuuskatsauksen valossa. KELA. Työpapereita 97/2016
- International Association for the Study of Pain. 2023. Definitions of chronic pain syndromes. <https://www.iasp-pain.org/advocacy/definitions-of-chronic-pain-syndromes/>

Li L, Sun Y, Qin H, Zhou J, Yang X, Li A, Zhang J, Zhang Y. A scientometric analysis and visualization of kinesiophobia research from 2002 to 2022: A review. *Medicine (Baltimore)*. 2023 Nov 3;102(44):e35872. doi: 10.1097/MD.000000000035872. PMID: 37932995; PMCID: PMC10627652.

Lumley MA, Cohen JL, Borszcz GS, Cano A, Radcliffe AM, Porter LS, Schubiner H, Keefe FJ. Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *J Clin Psychol*. 2011 Sep;67(9):942-68. doi: 10.1002/jclp.20816. Epub 2011 Jun 6. PMID: 21647882; PMCID: PMC3152687.

Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth*. 2019 Aug;123(2):e273-e283. doi: 10.1016/j.bja.2019.03.023. Epub 2019 May 10. PMID: 31079836; PMCID: PMC6676152.

Mudge S, Stretton C, Kayes N. 2014. Are physiotherapists comfortable with personcentred practice? An autoethnographic insight. *Disabil Rehabil*. 36:457– 63.

Nicholls, D. & Gibson, B. 2010. *The Body and Physiotherapy*. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(8):497–509. DOI: 10.3109/09593981003710316

NHS. 2023. Chronic pain. <https://www.nhsinform.scot/illnesses-and-conditions/brain-nerves-and-spinal-cord/chronic-pain>

Ojala, T., Häkkinen A., Karppinen, J., Sipilä, K., Suutama, T., Piirainen, A. 2014. Chronic pain affects the whole person – a phenomenological study. *Disabil Rehabil, Early Online*: 1–9. OI: 10.3109/09638288.2014.923522

Physiopedia.2024. Kinesiophobia. <https://www.physio-pedia.com/Kinesiophobia>

Physiopedia. 2023. Modes of communication. https://www.physio-pedia.com/Modes_of_Communication

Physiopedia. 2023. Psychomotor Physical Therapy. https://www.physio-pedia.com/Psychomotor_Physical_Therapy

Probst, M. & Skjaerven, L. (edit.) 2017. *Physiotherapy in mental health and psychiatry. A scientific and clinical based approach*. Elsevier

Reynolds, S., & Valentine, D. (2004). *Guide to cross-cultural communication*. Pearson Prentice Hall.

Sheng J, Liu S, Wang Y, Cui R, Zhang X. The Link between Depression and Chronic Pain: Neural Mechanisms in the Brain. *Neural Plast*. 2017;2017:9724371. doi: 10.1155/2017/9724371. Epub 2017 Jun 19. PMID: 28706741; PMCID: PMC5494581.

Steger MF, Kashdan TB. Depression and Everyday Social Activity, Belonging, and Well-Being. *J Couns Psychol*. 2009 Apr;56(2):289-300. doi: 10.1037/a0015416. PMID: 20428460; PMCID: PMC2860146. Thornquist, E. & Bunkan, H. 1991. *What is Psychomotor therapy*. Norwegian University Press

WHO. Musculoskeletal conditions. Key facts 2022 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>

Yang S, Chang MC. Chronic Pain: Structural and Functional Changes in Brain Structures and Associated Negative Affective States. *Int J Mol Sci*. 2019 Jun 26;20(13):3130. doi: 10.3390/ijms20133130. PMID: 31248061; PMCID: PMC6650904.