

**CORRELACIÓN ENTRE CONCIENCIA CORPORAL INTEROCEPTIVA Y EL
BIENESTAR MENTAL GENERAL DE LOS ESTUDIANTES DE FISIOTERAPIA DE
UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA**

ESTUDIANTES

DANNA VALERIA ROSERO CHINGAL

ANYELLI DANIELA CORAL ROJAS

KARLA ALEJANDRA ROSERO FLOREZ

TUTORA

DELIA CONSTANZA SERPA ANAYA

Ft PhD

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE SALUD

SEDE SAN FERNANDO

ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA

PROGRAMA ACADÉMICO DE FISIOTERAPIA

CALI

2025

**CORRELACIÓN ENTRE CONCIENCIA CORPORAL INTEROCEPTIVA Y EL
BIENESTAR MENTAL GENERAL DE LOS ESTUDIANTES DE FISIOTERAPIA DE
UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA.**

ESTUDIANTES:

DANNA VALERIA ROSERO CHINGAL

ANYELLI DANIELA CORAL ROJAS

KARLA ALEJANDRA ROSERO FLOREZ

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE FISIOTERAPEUTA

TUTORA:

DELIA CONSTANZA SERPA ANAYA

Ft PhD

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE SALUD

SEDE SAN FERNANDO

ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA

PROGRAMA ACADÉMICO DE FISIOTERAPIA

CALI

2025

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Santiago de Cali, 14 de Agosto del 2025

AGRADECIMIENTOS

A Dios, fuente de vida, salud y fortaleza. Gracias por guiarnos en cada paso, por sostenernos en los momentos de incertidumbre y regalarnos la sabiduría y la paz necesarias para concluir este camino. A ti, Arcángel San Miguel, por ser luz en medio de la oscuridad, por escucharnos cuando oramos con el corazón y devolvernos la calma cuando más la necesitábamos.

A nuestros padres, pilares inquebrantables de este logro. Gracias por creer en nosotras, por su amor, su apoyo incondicional y los sacrificios silenciosos que hoy se ven reflejados en este triunfo, que es tanto nuestro como suyo.

A nuestra Alma Mater y a los docentes que nos acompañaron en este proceso formativo. Gracias por sus enseñanzas, por impulsarnos a comprender que nuestra profesión va más allá del cuerpo: es un acto humano de transformación y esperanza, donde el movimiento se convierte en lenguaje, en vínculo y en sanación.

A cada uno de los pacientes que cruzaron nuestro camino, gracias por permitirnos mirar con el alma, por hacernos sentir que estábamos en el lugar correcto y por enseñarnos que el aprendizaje más profundo nace del encuentro genuino con el otro.

Honramos la vida que nos ha sido dada y agradecemos cada experiencia que nos forjó. Hoy comprendemos que todo sacrificio tiene su recompensa, que los sueños se alcanzan cuando el alma permanece conectada con aquello que se anhela desde el corazón.

RESUMEN

La salud mental universitaria enfrenta crecientes desafíos asociados a la sobrecarga académica, las presiones socioeconómicas y el impacto postpandemia, factores que incrementan la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en los estudiantes. En este contexto, la conciencia corporal interoceptiva se plantea como un recurso clave para la autorregulación emocional y el fortalecimiento del bienestar. Esta investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre la conciencia corporal y el bienestar mental general en estudiantes de fisioterapia de la Universidad del Valle durante el periodo académico 2025-1, mediante un estudio cuantitativo, transversal y correlacional con 99 participantes. Se aplicaron un cuestionario sociodemográfico, el Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) y el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12). Los resultados mostraron que la mayoría de los estudiantes eran mujeres jóvenes, solteras y de estratos 2 y 3; presentaron niveles altos en las dimensiones de conciencia emocional y confianza corporal, pero bajos en regulación atencional y autorregulación, mientras que en bienestar mental general predominó un estado moderadamente afectado, con síntomas de tensión, dificultades de concentración e insomnio. El análisis estadístico reveló una correlación inversa significativa entre conciencia corporal y malestar psicológico: a mayor conciencia corporal, menor nivel de afectación en salud mental. Estos hallazgos sugieren que la conciencia corporal podría desempeñar un papel protector frente a las exigencias académicas y emocionales propias del contexto universitario. En conclusión, se recomienda que las instituciones de educación superior incorporen estrategias pedagógicas y programas de promoción del bienestar que incluyan prácticas corporales orientadas a fortalecer la conciencia interoceptiva, como recurso para mejorar la salud mental estudiantil.

Palabras claves: Conciencia corporal, Bienestar general, Salud mental, Universitarios, Estudiantes de fisioterapia, Conciencia interoceptiva.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	11
2. MARCO DE REFERENCIA	15
2.1. MARCO CONTEXTUAL	15
2.2. ANTECEDENTES	18
2.3. MARCO CONCEPTUAL	23
2.4 MARCO TEÓRICO	37
3. OBJETIVOS	44
4. METODOLOGÍA	45
4.1 DISEÑO DE ESTUDIO	45
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO	45
4.2.1 Criterios de inclusión	47
4.2.2 Criterios de exclusión	47
4.3 VARIABLES DE ESTUDIO	48
4.4 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	53
4.4.1 The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA)	54
4.4.2. Cuestionario de bienestar mental general Goldberg-12 (GHQ-12)	55
4.5 FASES DE ESTUDIO	58
4.5.1 Fase I: Planeación y diseño del estudio	58
4.5.2 Fase II: Diseño y ajuste de instrumentos	59
4.5.3 Fase III: Recolección de datos	61
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	63
4.6.1 Riesgos de la investigación	64

4.6.2 Procedimientos para proteger a los participantes	65
4.6.3 Balance Riesgo/Beneficio	66
4.6.4 Conflicto de Intereses	67
5. ANÁLISIS Y RESULTADOS	68
6. DISCUSIÓN	76
7. CONCLUSIONES	86
8. LIMITACIONES	88
9. RECOMENDACIONES	89
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
11. ANEXOS	110

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de estudiantes por semestre	46
Tabla 2. Variables del estudio	47
Tabla 3. Caracterización sociodemográfica	68
Tabla 4. Conciencia Interoceptiva de los estudiantes	70
Tabla 5. Bienestar Mental de los estudiantes	71
Tabla 6. Correlación entre bienestar mental y conciencia corporal interoceptiva	74

INTRODUCCIÓN

En el contexto universitario, varios estudios han abordado las dimensiones del bienestar y la salud mental en distintos grupos de estudiantes (1). Esta línea de investigación adquiere particular relevancia en los programas de formación en salud, dado que sus estudiantes están expuestos tempranamente a los conceptos de promoción, prevención, atención y educación en salud, así como al contacto con escenarios clínicos durante su formación profesional (2, 3, 4). Paradójicamente, estos programas brindan herramientas para el cuidado de la salud y el fomento del bienestar, también se caracterizan por exigencias académicas elevadas, una intensa carga práctica y presión constante, factores que pueden incidir negativamente en la salud mental de sus estudiantes (5).

Esto ha llevado a considerar nuevas formas de abordar la salud mental que tengan en cuenta la perspectiva subjetiva del estudiante y el papel de las experiencias corporales en su comprensión. En este sentido, la conciencia corporal interoceptiva ha emergido como una variable de interés para analizar la conexión entre la percepción corporal y el bienestar mental (4).

Dicho enfoque ha ganado relevancia en el ámbito internacional, y representa una oportunidad investigativa para analizar esta relación en la comunidad de estudiantes de fisioterapia, quienes enfrentan las exigencias académicas comunes y se forman profesionalmente en torno a los conceptos de cuerpo, percepción y movimiento (6). Por ello, esta investigación tiene como objetivo establecer la relación entre la conciencia corporal interoceptiva y el bienestar mental general en estudiantes de fisioterapia de una universidad pública, durante el periodo académico 2025-1.

A través de este análisis, se espera contribuir a una mayor comprensión de los desafíos actuales en torno a la salud estudiantil, especialmente en lo relacionado con el bienestar

mental general. La interacción entre estos factores puede incidir, tanto cualitativa como cuantitativamente, en el movimiento corporal humano.

En este contexto, resulta fundamental considerar las experiencias corporales vividas y las percepciones internas del cuerpo, ya que estas pueden influir en las respuestas al estrés (7), en la regulación emocional y en los procesos de adaptación propios de esta etapa. La conciencia interoceptiva se presenta como una perspectiva innovadora y prometedora para fortalecer el bienestar mental, al integrar múltiples dimensiones sensoriales, propioceptivas y cognitivas del cuerpo (8). Esta integración favorece procesos de autorregulación, facilitando la gestión de las demandas emocionales y académicas de la vida universitaria (9).

Comprender esta relación puede aportar elementos valiosos tanto para el desarrollo de nuevas estrategias formativas en fisioterapia como para fortalecer las políticas institucionales orientadas a la promoción del bienestar en contextos universitarios.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

La salud mental se ha convertido en una prioridad global. Según el informe de la Organización Mundial de la Salud en 2022, aproximadamente 1 de cada 8 personas en el mundo vive con un trastorno mental, siendo la ansiedad y la depresión los más comunes (10). La pandemia por COVID-19 agravó esta situación, lo que provocó un aumento del 26% en los casos de ansiedad y del 28% en los de depresión durante el primer año de crisis sanitaria. Además, otros trastornos como el bipolar (40 millones de personas) y la esquizofrenia (24 millones) también representan una carga importante para los sistemas de salud pública (10).

En América Latina la salud mental de los estudiantes universitarios ha experimentado una tendencia progresiva al deterioro en los últimos años. Investigaciones en países como México y Chile, muestran resultados preocupantes. Por ejemplo, en México, un estudio con 506 estudiantes universitarios reportó que el 37.5% de ellos tenía síntomas de ansiedad, el 24.7% tenía síntomas depresivos y 25.5% tenía síntomas psicósomáticos de intensidad moderada a alta.(11). En Chile, se encontró que el 38.8% de los estudiantes de primer año presentaban ansiedad, el 16.5% depresión y el 28.5% consumo problemático de alcohol, y se observó que presentaban mayor ansiedad en estudiantes egresados de colegios públicos, y mayor consumo de alcohol en egresados de colegios privados (12).

Por otra parte, en una universidad pública de Cartagena (Colombia), se reportaron prevalencias altas de ansiedad (76.2%) y depresión (74.4%), asociadas principalmente a dificultades económicas, disfunción familiar, consumo de alcohol y antecedentes familiares de trastornos mentales (13). De forma similar, en la Universidad del Valle en Cali (Colombia), se identificó que el 71.4% de los estudiantes de la Facultad de Salud presentaba algún diagnóstico clínico, con una fuerte presencia de ansiedad y depresión. Además, se

encontró que la depresión se vinculaba con una menor adaptación social, y la ansiedad con antecedentes de maltrato infantil (14).

En Colombia estas cifras pueden ser la consecuencia de momentos vividos por los jóvenes como el impacto post-pandemia, el estallido social en 2021 durante el gobierno de Iván Duque y el proceso de transición que experimentan los estudiantes universitarios de su adolescencia a su juventud, dentro de un ambiente académico y de experiencias de independencia y adaptaciones a los diversos contextos sociales, que aumentan la carga emocional (15).

Ante este panorama, resulta necesario ampliar la mirada sobre la salud mental, más allá del enfoque centrado exclusivamente en los trastornos mentales. Algunos estudios recientes tienen una perspectiva más integradora, reconociendo el bienestar psicológico y subjetivo como fundamentales para el estado mental de los estudiantes. En esta línea, el trabajo de Urrego-Betancourt et al. (16) cobra relevancia, al demostrar que niveles elevados de bienestar se asocian significativamente con mejores estrategias de afrontamiento, hábitos de estudio y uso de tecnologías para el aprendizaje, lo que refuerza su papel como factor protector frente a las exigencias del contexto universitario. El estudio plantea una visión salutogénica, en la que el bienestar no solo representa la ausencia de malestar, sino un recurso activo para afrontar desafíos, adaptarse al entorno y fortalecer el potencial humano (16).

De forma complementaria, un estudio realizado con universitarios en Popayán evidenció que el estado emocional influye significativamente en las estrategias de afrontamiento frente a las demandas académicas (17). En particular, se encontró que las emociones positivas, como la tranquilidad y el entusiasmo, promueven respuestas más adaptativas, mientras que las emociones negativas se asocian con afrontamientos menos eficaces (17).

Este enfoque amplio, invita a considerar otras dimensiones del bienestar que tradicionalmente han sido relegadas, como la conexión con el cuerpo (18). En este contexto, ha surgido un interés creciente por explorar la relación entre la salud mental y la conciencia corporal. Se ha encontrado que el sedentarismo y la desconexión con el cuerpo afectan negativamente el bienestar emocional. Feng y Zhang observaron que el sedentarismo se relaciona con una disminución en la conciencia corporal y el control postural (19). De igual forma, investigaciones de Montoya et al. (4) y Paulus et al. (20) identificaron que trastornos mentales como la ansiedad y la depresión están relacionados con la distorsión de la imagen corporal generando una desconexión con las sensaciones físicas, dificultando el manejo del estrés y la regulación emocional. Esto sugiere que una baja conciencia corporal puede ser tanto una consecuencia como un factor agravante de los trastornos mentales.

En respuesta a estas necesidades, disciplinas como la fisioterapia han empezado a ampliar su mirada. Aunque históricamente se ha centrado en el aspecto físico del movimiento corporal humano, la fisioterapia ha evolucionado hacia un enfoque psicosocial que reconoce al individuo en interacción constante con su entorno, el cual lo influye de manera bidireccional (21). Esto ha permitido que aspectos como la conciencia corporal cobren relevancia dentro del abordaje integral del bienestar.

Las Universidades públicas, como actores con compromiso social, no son ajenas a la problemática de la salud mental estudiantil. Si bien se han desarrollado esfuerzos para abordar este tema, aún es limitado el conocimiento sobre el estado de la conciencia corporal en los estudiantes, particularmente en aquellos como el programa académico de Fisioterapia, cuyo objeto de estudio es el movimiento corporal humano. Esta población resulta especialmente pertinente para el estudio, ya que su formación profesional está estrechamente vinculada al cuerpo, al movimiento y a la percepción corporal. Por tanto, comprender la

relación entre conciencia corporal interoceptiva y el bienestar mental general no solo puede contribuir al bienestar personal del estudiante, sino también enriquecer su futura práctica profesional como fisioterapeuta, dado que la interocepción como base de la conciencia corporal está ligada a la autorregulación emocional, la motivación y la percepción de bienestar (22).

Frente a esto resulta importante seguir explorando la perspectiva que puede tener la conciencia corporal como variable asociada o factor protector del bienestar mental. Aunque han aumentado los estudios sobre salud mental en estudiantes universitarios, aún son limitadas las investigaciones que integran esta dimensión corporal en sus análisis. Por tanto, se requiere mayor evidencia que permita comprender la relación entre la conciencia corporal interoceptiva y el bienestar mental en estudiantes universitarios.

Por lo anterior se crea la necesidad de caracterizar los universitarios para reconocer su estado de bienestar general y desde la fisioterapia identificar su conciencia corporal para evidenciar si hay una asociación entre estas dos variables, que nos lleven a pensar en intervenciones con prácticas corporales para mejorar el bienestar mental de los estudiantes.

En este contexto, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la conciencia corporal interoceptiva y el bienestar mental general en estudiantes de fisioterapia de una universidad pública de Cali, en el año 2025?

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 MARCO CONTEXTUAL

Dado que la Universidad del Valle se encuentra ubicada en Cali y su comunidad estudiantil forma parte activa del entorno urbano y social de esta ciudad, resulta necesario considerar las condiciones políticas, sociales y culturales del contexto local para comprender cómo se experimenta el bienestar y la salud mental dentro del entorno universitario.

Cali, capital del departamento del Valle del Cauca, se ubica en una de las regiones de mayor desarrollo industrial en Colombia. Sus tierras fértiles han permitido el crecimiento de grandes empresas agrícolas, destacándose por su alta producción y exportación de azúcar de caña a nivel internacional (23). En esta ciudad confluyen dinámicas económicas y sociales diversas que también se reflejan en los espacios educativos.

Actualmente, Cali es sede de siete universidades, entre las cuales se destaca la Universidad del Valle por su amplia cobertura en las áreas de humanidades, salud, ciencias, ingeniería, así como por su fuerte desarrollo en investigación científica y tecnológica. Este crecimiento ha sido posible gracias a la colaboración con entidades nacionales e internacionales, mediante convenios de cooperación interinstitucional (24).

En el contexto social, investigaciones recientes han revelado cifras preocupantes sobre el bienestar mental del estudiantado universitario en la ciudad. Por ejemplo, en estudiantes de Medicina se reportó una prevalencia del 31,7 % de síntomas depresivos, 59,9 % de ansiedad y 37,3 % de estrés. Además, más del 60 % de los estudiantes universitarios en Cali presentaban niveles moderados o severos de estrés académico. Estas condiciones afectan no solo la salud mental individual, sino también el rendimiento académico y la permanencia en la educación superior (25,26).

A nivel regional, el Análisis Integral de Salud Mental en el Valle del Cauca ha identificado este departamento como uno de los más afectados por trastornos de conducta alimentaria y otros problemas psicosociales. Estos trastornos se vinculan a condiciones económicas, sociales y culturales específicas, lo que incrementa la vulnerabilidad de ciertos grupos, especialmente jóvenes, mujeres y personas de bajos ingresos (27).

En respuesta a esta problemática, la ciudad de Cali ha implementado estrategias de atención en salud mental desde el sector público. Una de las más destacadas es la Línea 106 de teleorientación en salud mental, operada por la Secretaría de Salud Pública y la red de Salud del Centro ESE. Solo en el año 2024, esta línea recibió 6.694 atenciones, siendo los meses con mayor demanda noviembre (1.392), octubre (1.057) y diciembre (935). Los principales grupos atendidos fueron adolescentes, jóvenes y adultos, lo que pone en evidencia la urgencia de fortalecer los sistemas de apoyo psicosocial en los entornos educativos (28).

Contexto institucional: Universidad del Valle.

La Universidad del Valle (Univalle) es una institución pública de educación superior, reconocida como la principal universidad del suroccidente colombiano. Posee la Acreditación Institucional de Alta Calidad otorgada por el Ministerio de Educación Nacional y está posicionada como uno de los centros de investigación más importantes a nivel nacional. Su sede principal se encuentra en Cali y cuenta con nueve sedes regionales distribuidas en el Valle del Cauca y una en el norte del Cauca, donde ofrece programas de pregrado y posgrado en diversas áreas del conocimiento, incluyendo formación tecnológica, profesional, especializaciones, maestrías, especialidades clínicas y doctorados (29).

La universidad se caracteriza por su compromiso con el desarrollo de proyectos innovadores, el fortalecimiento de la investigación y la cooperación académica a nivel nacional e

internacional. Además, impulsa políticas de inclusión y accesibilidad que garantizan una educación equitativa y de calidad para una población diversa (29).

Consciente de la necesidad de promover entornos educativos que favorezcan el bienestar de su comunidad, desde el año 2015 Univalle implementa el proyecto institucional “Universidad Saludable”, inscrito en sus planes de desarrollo 2016–2020 y 2021–2024. Esta iniciativa parte del principio del cuidado como derecho y concibe el bienestar como un eje fundamental para la formación integral, la calidad de vida universitaria y el éxito académico (30).

El proyecto se estructura en dos ejes: el primero, orientado a la construcción participativa de una política institucional de salud a través de grupos focales, mapeo de activos, educación para la salud e investigación; el segundo, enfocado en la implementación de cinco líneas de acción: Salud Mental, Salud Física, Salud Social, Salud Ambiental y Generación de Conocimiento en Promoción de la Salud, desarrolladas mediante estrategias participativas en los distintos campus (30).

Particularmente en salud mental, la universidad la concibe como un proceso dinámico y relacional, influido por factores sociales, históricos y culturales. Desde esta mirada, se promueve el bienestar subjetivo y colectivo, entendido como la capacidad de los sujetos para expresar emociones, comunicarse, convivir y afrontar los desafíos del entorno. Entre las estrategias desarrolladas se destacan: “Universidad Saludable Libre de Humo”, programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, promoción de habilidades para la vida y acciones frente a la depresión, el suicidio y la violencia autoinfligida (30).

Estas acciones reflejan el compromiso institucional con la construcción de entornos saludables, reconociendo la salud mental como un componente clave del derecho a la salud y del desarrollo humano en el ámbito universitario.

En cuanto a su estructura académica, la Universidad del Valle cuenta en la ciudad de Cali con dos campus principales: Meléndez y San Fernando. En este último se ubican la Facultad de Ciencias de la Administración y la Facultad de Salud. En esta última funciona la Escuela de Rehabilitación Humana, que ofrece los programas de pregrado en Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y Fisioterapia. Este último es el programa en el que se centrará el presente trabajo de grado (29).

La misión del programa de Fisioterapia es: “Educar integralmente, en el campo del movimiento corporal humano, en su relación con el funcionamiento humano y la discapacidad, mediante la aplicación, apropiación, transformación y generación del conocimiento, la utilización de las nuevas metodologías pedagógicas y de las tecnologías adecuadas, la formación en valores éticos y morales y, el desarrollo de una actitud crítica, creativa, democrática y de solidaridad, para producir impacto en la comunidad y contribuir de esta forma a su transformación social.” (31)

2.2 ANTECEDENTES

Es fundamental respaldar teórica y argumentativamente, con evidencia, las intervenciones que se enfocan en el área de la salud mental. El interés por comprender la relación entre la conciencia interoceptiva y las emociones, así como las sensaciones humanas, es un tema que aún presenta un amplio campo para la investigación, en diferentes poblaciones y circunstancias. Cada año surgen hallazgos más sólidos e innovadores, especialmente en el área de la salud.

En el caso específico de los estudiantes universitarios, se ha investigado acerca de la relación entre la carga académica y la salud mental, así como sobre el vínculo de la salud mental y la

conciencia corporal interoceptiva. Asimismo, se han empleado diversos instrumentos que permiten identificar la señal de riesgo en la salud mental. Finalmente, diferentes intervenciones han sido objeto de exploración debido a su impacto en la salud física y mental.

A continuación, se presentan varios estudios que fundamentan la realización del presente trabajo de grado:

Con relación a la presencia de alteraciones o trastornos de salud mental en Colombia en el 2020 (1), en una muestra de 697 estudiantes del área de la salud, se identificó que el 50% presentaba síntomas de ansiedad y el 80% síntomas de depresión. Esta tendencia es especialmente evidente en carreras como medicina, psicología y enfermería, donde se ha documentado una mayor vulnerabilidad. Estas condiciones pueden entenderse como manifestaciones de un bienestar mental general deteriorado, el cual se relaciona estrechamente con la conciencia corporal interoceptiva. Una baja percepción y conexión con las señales internas del cuerpo puede afectar la autorregulación emocional y contribuir al desarrollo de alteraciones como la ansiedad o la depresión. Esto resalta la importancia de comprender cómo la conciencia corporal influye en el estado general de salud mental, incluso en poblaciones en formación dentro del área de la salud, como los estudiantes de fisioterapia.(10), (32), (33).

Analizando las evidencias sobre las asociaciones encontradas entre bienestar psicológico y alteraciones o trastornos de salud mental se encontró, una asociación altamente significativa entre el bienestar psicológico y trastornos mentales, el 77,9% de los estudiantes con trastornos mentales presentaron niveles bajos de bienestar psicológico (34).

Por otro lado, en un estudio realizado con 1763 estudiantes de medicina en Vietnam, se encontró que el 76,3% de los participantes obtuvo una puntuación igual o superior al punto de corte en el GHQ-12, lo que sugiere un nivel considerable de malestar psicológico en esta

población. Además, el estudio validó una estructura bifactorial del cuestionario, explicando un 60,17% de la varianza total. El cuestionario demostró una alta confiabilidad, con un alfa de Cronbach de 0,893, lo que respalda su uso como herramienta válida para evaluar la salud mental en estudiantes universitarios del área de la salud. (35)

Con alusión al artículo anterior, en un estudio realizado con 804 estudiantes universitarios de Bangladesh, se encontró que alrededor del 60% presentaba síntomas depresivos, evaluados mediante el Cuestionario de Salud General GHQ-12. Esta alta prevalencia evidencia el impacto del malestar psicológico en la población estudiantil universitaria. El estudio también aplicó modelos de aprendizaje automático para predecir la presencia de depresión, destacando que el modelo “Árbol Extremadamente Aleatorizado” alcanzó una precisión del 90,26% en la detección, lo que refuerza la eficacia del GHQ-12 como herramienta de cribado inicial en contextos académicos. (36)

Adentrándonos a el objeto de estudio de la fisioterapia, una investigación (2019) encontró en estudiantes universitarios, que la satisfacción corporal y el bienestar predicen la conciencia de atención plena con un nivel estadísticamente significativo (37). Otro estudio (2023) relacionó la conciencia interoceptiva corporal con la orientación suicida, respaldando la existencia de una relación negativa o inversa entre la conciencia interoceptiva corporal y la orientación suicida en estudiantes universitarios (4).

Por otro lado, en Japón, un artículo de validación del instrumento MAIA mencionó que las personas con una percepción más precisa de las señales interoceptivas tienden a experimentar y procesar sus emociones con mayor intensidad, además de regularlas de manera más adaptativa. Esto sugiere que la conciencia interoceptiva, evaluada a través del MAIA, está estrechamente vinculada a la capacidad de manejar las emociones en contextos de salud mental, como la ansiedad, la depresión o los trastornos relacionados (38).

Reafirmando esta postura, para el año 2025, en Francia se encontró un hallazgo relevante que indicó que la conciencia interoceptiva, particularmente la dimensión de confianza en las señales corporales, juega un papel importante en la salud mental. Específicamente, la confianza en las señales internas del cuerpo puede mediar la relación entre insomnio y riesgo de suicidio, sugiriendo que una mayor confianza podría proteger contra pensamientos y conductas suicidas. Además, estudios previos citados en el trabajo muestran que una percepción alterada o baja confianza en las señales corporales está asociada con mayor dificultad para regular las emociones y mayores riesgos de depresión y conducta suicida. (5)

También se encontró que en un estudio de validación realizado en Portugal con una muestra de 497 estudiantes universitarios, la versión adaptada del MAIA (MAIA-P) mostró buenas propiedades psicométricas, destacándose en las escalas de autorregulación, confianza corporal y conciencia emocional. Estos resultados respaldan el uso del instrumento en contextos educativos para evaluar la conciencia interoceptiva como un componente vinculado al bienestar psicológico en población joven universitaria (39).

En coherencia con los anteriores artículos, en Turquía (2022) se realizó una investigación con jóvenes y adultos, donde se encontró que no había diferencias significativas entre la conciencia corporal y el nivel de actividad física y halló una correlación negativa entre la conciencia corporal de los participantes y su puntuación de depresión. Al mismo tiempo, se encontró una correlación positiva entre la conciencia corporal y la función física (40). En contraste, una investigación realizada en Japón en el mismo año encontró diferencias significativas entre los grupos de estudiantes mujeres de educación física tanto en la cantidad total de actividad física como en los niveles de conciencia corporal. Sin embargo, el tamaño del efecto fue pequeño, lo que sugiere que, aunque las diferencias existen, su impacto práctico o clínico es limitado (41).

De acuerdo con estudios recientes, la interocepción no solo permite una mayor conexión con las señales corporales, sino que también se vincula con procesos clave de autorregulación emocional. Por ejemplo, en una investigación con 211 estudiantes universitarios en China, se observó que la atención interoceptiva se asocia positivamente con el uso frecuente de estrategias de regulación emocional. Además, la conciencia emocional mediaba dicha relación, lo que indica que quienes poseen mayor capacidad para atender a sus sensaciones internas tienden a modular mejor sus respuestas frente a eventos negativos. Estos hallazgos subrayan la relevancia de la interocepción como vía para fortalecer el bienestar mental en jóvenes universitarios (9).

Hashimoto et al (41). buscaban establecer la asociación entre actividad física y conciencia corporal por medio de un estudio transversal con 475 mujeres que habían asistido a los cursos obligatorios de educación física que se ofrecían a todos los estudiantes de primer año de una universidad femenina en Japón. Se midió la cantidad de actividad física con la versión abreviada del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) y la Conciencia Corporal con la Escala de Conciencia Corporal (SBC). Para examinar la asociación entre ellas se realizó un análisis de covarianza (ANCOVA) con cada puntuación de Conciencia Corporal después de la conversión logarítmica como variable dependiente. Se calculó el intervalo de confianza del 95% y la media geométrica para cada puntuación de Conciencia Corporal después del ajuste de la edad y el porcentaje de grasa corporal por tercil de actividad física, y se realizó una prueba de tendencia basada en polinomios. Se observaron diferencias significativas entre los grupos en la cantidad total de actividad física y en la conciencia corporal, pero la cantidad de efecto fue pequeña.

De los estudios anteriores, se podría concluir que existe una relación significativa entre la conciencia corporal y la salud mental, pero faltan más estudios para afirmarlo. En el contexto universitario, estas variables están interrelacionadas con otros factores como la actividad

física, el estrés y el rendimiento académico. La literatura revisada subraya la importancia de investigar estos temas en la población estudiantil, particularmente a nivel universitario, donde la prevalencia de trastornos como la ansiedad y la depresión es notablemente alta. Esta tendencia es especialmente evidente en los estudiantes de áreas de la salud, en carreras como medicina, psicología y enfermería, quienes muestran una mayor predisposición a problemas de salud mental en comparación con sus pares de otras disciplinas fuera de este ámbito.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

A continuación, se presentan los conceptos que hacen parte de este estudio:

2.3.1 FISIOTERAPIA EN SALUD MENTAL

La fisioterapia en salud mental es una especialidad centrada en la persona que integra aspectos físicos y mentales para optimizar el bienestar, en contextos de prevención, tratamiento y rehabilitación. Esta práctica abarca diferentes entornos, desde el hospitalario hasta el comunitario, y se caracteriza por el uso de intervenciones basadas en el movimiento, la educación y el trabajo corporal para mejorar tanto la salud física como la mental(42).

Según la Federación Internacional de Fisioterapia en Salud Mental (IOPTMH), la intervención puede abordarse desde tres enfoques complementarios:

- **Enfoque relacionado con la salud física:** orientado a mejorar la condición física general y prevenir complicaciones derivadas de la inactividad(42).
- **Enfoque psicosocial:** dirigido al desarrollo de competencias físicas, sensoriales, cognitivas y sociales a través del cuerpo en movimiento, incorporando elementos de educación para la relajación, regulación emocional, interacción social y manejo del

estrés(42).

- **Enfoque psicoterapéutico:** emplea el movimiento como medio para la exploración emocional y el cambio en el funcionamiento socioafectivo(42).

Dentro del enfoque psicosocial, se enfatiza la adquisición de competencias mentales y físicas relacionadas con el cuerpo en movimiento, integrando elementos como la educación para la relajación, el manejo del estrés, las técnicas de respiración y las habilidades sociales y emocionales, que favorecen la autorregulación y la participación social(42). Considerando lo anterior, la conciencia corporal se convierte en una herramienta clave para potenciar la percepción de uno mismo y mejorar el bienestar físico, mental y emocional.

2.3.2. CONCIENCIA CORPORAL:

2.3.2.1. Historia

La historia de la conciencia corporal se remonta a debates filosóficos y científicos que han evolucionado a lo largo del tiempo. Uno de los hitos más significativos en este campo fue el trabajo del filósofo Maurice Merleau-Ponty, quien, en su obra "Fenomenología de la percepción" publicada en 1945, propuso una distinción fundamental entre el "cuerpo objetivo" y el "cuerpo vivido". Merleau-Ponty argumentó que nuestra relación con el cuerpo va más allá de la mera posesión; en cambio, "habitamos" y vivimos con nuestros cuerpos en cada momento de nuestra vida. Esta perspectiva enfatiza que la conciencia corporal no es solo una cuestión de percepción externa, sino que también implica una experiencia interna y subjetiva de nuestro ser (43).

Desde entonces, la discusión sobre la conciencia corporal ha sido enriquecida por diversas disciplinas, incluyendo la psicología, la neurociencia y la filosofía. A medida que se ha

investigado más sobre la interocepción (la percepción de las sensaciones internas del cuerpo) y la propiocepción (la percepción de la posición y el movimiento del cuerpo), se ha reconocido la complejidad de cómo estas experiencias sensoriales se integran en nuestra percepción del "yo". (43).

2.3.2.2. Definiciones actuales

Conciencia corporal puede definirse como la capacidad de percibir las sensaciones y movimientos del cuerpo en tiempo real, junto con los sentimientos emocionales que los acompañan, sin juicios críticos. Se basa en nociones interoceptivas y propioceptivas relacionadas con la identidad y percepción corporal. (44).

Tomando en cuenta los enfoques, la conciencia corporal no solo implica llevar un registro de señales corporales, sino también integrarlas y atribuirles significado, favoreciendo tanto autoconocimiento, autorregulación emocional e interacción con el entorno (45).

Autores contemporáneos plantean que disfunciones en estos procesos puede contribuir al desarrollo de alteraciones emocionales, como ansiedad, somatización o alexitimia, lo cual resalta su papel en el bienestar psicológico (46).

2.3.2.3. Conceptos relacionados con la conciencia corporal

- **Interocepción:** Capacidad del sistema nervioso para percibir e interpretar y utilizar las señales internas del cuerpo, como el ritmo cardíaco, la respiración o el estado visceral con el fin de mantener el equilibrio interno y guiar la experiencia emocional. Esta percepción incluye tanto procesos conscientes como automáticos, y cumple un

papel central en la conciencia corporal, la regulación emocional y la toma de decisiones adaptativas (45) (47).

- **Exterocepción:** Se refiere a la percepción de estímulos externos, como la vista, el oído, el tacto y otros sentidos que nos permiten interactuar con el entorno. Esta forma de percepción complementa la interocepción y es esencial para la experiencia del cuerpo en relación con el mundo exterior (47).
- **Propiocepción:** La propiocepción es la capacidad del cuerpo para percibir la posición y el movimiento de sus partes, así como la sensación de esfuerzo y fuerza. Esta información es proporcionada por los propioceptores, que son receptores sensoriales ubicados en músculos, tendones y articulaciones, y permite a las personas maniobrar en su entorno y manipular objetos, incluso sin verlos. (48).
- **Esquema Corporal:** Es una representación interna del cuerpo el cual se actualiza continuamente, mediante la información que llega de los sentidos lo que concede la adaptación y el ajuste constante de nuestras acciones y posturas donde este se ve influenciado por diversos factores externos es decir el entorno (49)
- **Imagen Corporal:** Según Gallagher, es una representación consciente del cuerpo que involucra percepciones, creencias y actitudes. Tiene una naturaleza intencional, donde el cuerpo es experimentado como propio y parte de la experiencia subjetiva. Esta imagen implica una representación parcial del cuerpo y abarca tres tipos de intencionalidad: la experiencia perceptual, el entendimiento conceptual y la actitud emocional hacia el propio cuerpo (50)

Desde esta perspectiva, la conciencia corporal puede entenderse como una construcción compleja que surge de la interacción entre múltiples sistemas sensoriales y representacionales

Los principales canales sensoriales que alimentan esta conciencia son la interocepción, la exterocepción y la propiocepción, cada uno con un aporte complementario en la experiencia del cuerpo. La interocepción proporciona información sobre el estado interno del organismo, como el ritmo cardíaco, la respiración o la tensión visceral, y se relaciona con procesos de autorregulación emocional y percepción del bienestar(43). La exterocepción, a través de sentidos como la vista, el tacto o el oído, permite situar el cuerpo en relación con el entorno externo. Por su parte, la propiocepción ofrece datos sobre la posición y el movimiento corporal, fundamentales para el control postural y la coordinación motora.(43,51)

Estos sistemas interactúan de forma constante y dinámica, permitiendo una representación integrada del cuerpo tanto en reposo como en movimiento(43). Esta integración constituye la base del esquema corporal, entendido como una representación automática y continuamente actualizada del cuerpo que guía la acción de manera implícita. Paralelamente, se desarrolla la imagen corporal, una representación más consciente que involucra percepciones, emociones y actitudes hacia el propio cuerpo (51).

De este modo, la conciencia corporal puede concebirse como una capacidad emergente que articula los canales sensoriales (interoceptivo, exteroceptivo y propioceptivo) con las dimensiones representacionales del cuerpo (esquema e imagen corporal). Esta integración no solo facilita una percepción precisa del cuerpo, sino que también permite desarrollar una relación emocional con él, regular los estados internos y promover el bienestar(43,51).

2.3.2.4. Evaluación de la conciencia corporal.

La evaluación de la conciencia corporal se puede realizar mediante la Escala de Conexión Corporal (SBC), que mide la percepción y la conexión que una persona tiene con su propio cuerpo. Esta escala se compone de diferentes ítems que abordan aspectos como la atención a

las sensaciones físicas, la percepción del estado emocional y la capacidad de identificar tensiones o incomodidades en el cuerpo. La SBC ha demostrado tener propiedades psicométricas adecuadas, lo que la convierte en una herramienta útil para investigar la conciencia corporal en diversas poblaciones, incluyendo meditadores y no meditadores (52).

Otra herramienta relevante es el Cuestionario de las Cinco Facetas del Mindfulness (FFMQ), que complementa la evaluación de la conciencia corporal al medir la atención plena y la conciencia del momento presente. Este cuestionario incluye subescalas que evalúan aspectos como la observación y la descripción de las experiencias internas, lo que puede influir en la conciencia corporal. La combinación de la SBC y el FFMQ permite obtener una visión más completa de cómo las personas perciben y se relacionan con sus cuerpos, así como de los factores que pueden afectar esta conciencia, como el estrés y la disociación (52).

La conciencia corporal también se evalúa mediante el uso de cuestionarios como el Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA), que analiza la conciencia interoceptiva a través de ocho categorías mediante 32 preguntas. Este instrumento permite obtener una puntuación total que refleja el nivel de conciencia corporal y una evaluación dimensional, donde algunas preguntas son puntuadas de manera inversa para asegurar la validez de los resultados. Además, se considera que la conciencia corporal implica la capacidad de identificar las señales del cuerpo y su significado, lo cual es crucial para la regulación emocional y la toma de decisiones (53).

2.3.3. Salud socioemocional y su relación con la conciencia corporal

Las competencias emocionales y sociales necesarias para desenvolverse de manera efectiva en la vida cotidiana forman parte de lo que se denomina salud socioemocional. En el marco de la fisioterapia en salud mental, y particularmente desde el enfoque psicosocial, estas competencias pueden potenciarse mediante intervenciones centradas

en la conciencia corporal, ya que esta facilita la identificación y regulación de emociones, la mejora de la comunicación y la interacción social (42,54).

La salud socioemocional se refiere al conjunto de habilidades que permiten a las personas reconocer sus emociones, regularlas de forma adecuada, relacionarse con los demás, tomar decisiones responsables y construir una vida con bienestar. Según Rafael Bisquerra, estas habilidades forman parte de lo que él denomina competencias emocionales, y deben desarrollarse desde la infancia en todos los espacios educativos (54).

Competencias emocionales principales, según Bisquerra:

2.3.3.1. Conciencia emocional

Es la capacidad para reconocer las propias emociones y las emociones de los demás. Implica tener conciencia de las emociones que se experimentan, ponerles nombre y saber utilizarlas como guía para la acción. También comprende la capacidad para captar los sentimientos de otras personas, lo que constituye la base de la empatía (54).

2.3.3.2. Regulación emocional

Consiste en la capacidad para manejar las emociones de forma apropiada. Incluye la habilidad para expresar adecuadamente las emociones, regular la intensidad de las emociones desagradables, generar emociones positivas y recuperarse de estados emocionales negativos (54).

2.3.3.3. Autonomía emocional

Hace referencia a un conjunto de características personales vinculadas al desarrollo de la autogestión emocional, tales como la autoestima, la automotivación, la actitud positiva ante la vida, la responsabilidad, y la capacidad de tomar decisiones con autonomía emocional.

Supone tener confianza en uno mismo y percibirse como una persona competente y valiosa(54).

2.3.3.4. Competencia social

Implica la habilidad para mantener buenas relaciones con otras personas. Incluye la comunicación positiva, la escucha activa, el respeto por los demás, la cooperación, la resolución de conflictos y el comportamiento prosocial. Esta competencia es esencial para establecer vínculos afectivos saludables y convivir en sociedad(54).

2.3.3.5. Competencias para la vida y el bienestar

Se refiere al conjunto de habilidades necesarias para llevar una vida plena, satisfactoria y con sentido. Abarca la capacidad para tomar decisiones responsables, establecer metas personales, buscar ayuda cuando es necesario, manejar el estrés, cuidar la salud física y emocional, y promover el bienestar individual y colectivo(54).

El fortalecimiento de las competencias socioemocionales, especialmente aquellas relacionadas con la conciencia y regulación emocional, repercute directamente en la salud mental. Desde la perspectiva de la fisioterapia en salud mental, el enfoque psicosocial busca no solo mejorar la condición física, sino también promover un estado de bienestar que permita a las personas participar activamente en la sociedad y manejar de forma adaptativa las demandas de la vida diaria (42)

2.3.4.SALUD MENTAL:

2.3.4.1.Historia

La historia de la salud mental nace en la antigüedad, donde la locura era interpretada como un castigo divino, como se ejemplifica en el relato de Nabucodonosor en el Antiguo Testamento, donde su locura es vista como una consecuencia de su soberbia. Esta percepción reflejaba una visión generalizada que atribuía la enfermedad mental a causas sobrenaturales, siendo aceptada tanto por la población común como por los sanadores profesionales . Posteriormente, en la Edad Media, la comprensión de la locura se vio influenciada por la religión, donde se consideraba que las enfermedades mentales eran manifestaciones de posesiones demoníacas. A pesar de que la peste negra generó alteraciones conductuales en la población, la salud mental seguía siendo un tema marginal, con un enfoque en el aislamiento de otros grupos como los leprosos, lo que mantenía a los enfermos mentales al margen de las preocupaciones de salud pública (55).

Con el Renacimiento, se comenzó a cuestionar la visión demonológica de la locura. Sin embargo, la enfermedad mental continuaba siendo un tema poco tratado en la medicina formal. El ensayo "Elogio de la locura" de Erasmo de Rotterdam, aunque no es un tratado médico, refleja un cambio en la percepción cultural hacia la locura, presentándola de manera más crítica y reflexiva (55).

En el siglo XVIII, la psiquiatría comenzó a tomar forma como disciplina médica, con figuras como Philippe Pinel y Vincenzo Chiarugi que promovieron un trato más humano hacia los enfermos mentales. Pinel, en particular, es recordado por liberar a los pacientes de cadenas y cepos, lo que marcó un cambio significativo en la forma de abordar la locura, apoyándose en nuevas teorías que reinterpretan la clasificación de las enfermedades mentales. Por otro lado, la llegada de los asilos en el siglo XIX representó un avance en la comprensión de la salud mental, donde se empezó a observar y clasificar diversas enfermedades neurológicas. Este periodo marcó el reconocimiento de la locura como un tema médico, lo que permitió una

mejor identificación y tratamiento de los problemas de salud mental, integrándose finalmente en la agenda de la salud pública (55).

Definición

“La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad” (56). Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.

La salud mental es más allá de la ausencia de trastornos mentales. Se da en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes.

Las afecciones de salud mental comprenden trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales asociados a un alto grado de angustia, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva. Las personas que las padecen son más propensas a experimentar niveles más bajos de bienestar mental, aunque no siempre es necesariamente así (57).

Alteraciones y Trastornos De Salud Mental

- **Ansiedad:** *“La ansiedad es una respuesta natural del cuerpo ante situaciones percibidas como amenazantes o estresantes. Es un mecanismo fisiológico que prepara al organismo para enfrentar o huir. Los Trastornos de ansiedad se caracterizan, entre*

otros, por sentimientos persistentes de preocupación, miedo y tensión excesiva que interfieren significativamente en la vida diaria y en el bienestar emocional de quienes los experimentan. Algunos de los mecanismos que se producen son la tensión muscular, el aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial, la alteración de la respiración y el aumento de la glucemia” (58).

- **Depresión:** *“Los trastornos comúnmente denominados depresivos incluyen un conjunto de entidades clínicas relacionadas con problemas de mayor o menor intensidad y duración, tales como el episodio de depresión mayor (EDM) y la distimia (D) que, de acuerdo con el DSM-5, son trastornos del estado de ánimo. Se refieren a síndromes conformados por diferentes patrones comportamentales de significación clínica que no obedecen a respuestas convencionales, y cuya característica singular se centra en una alteración del humor asociada al malestar y discapacidad, así como al riesgo de perder la vida, sufrir dolor o perder la libertad” (59).*
- **Estrés:** *“El estrés es la tensión física y emocional que se produce como respuesta a una presión externa o interna. Prácticamente es imposible vivir sin algún tipo de estrés y en pequeñas dosis resulta estimulante y motiva al logro. Sin embargo, cuando es excesivo o no se controla adecuadamente puede producir problemas de salud” (60).*

2.3.4.2. Evaluación de la salud mental desde un enfoque salutogénico

Aunque el presente estudio no tiene como objetivo principal el diagnóstico o tratamiento de trastornos mentales, resulta pertinente reconocer que condiciones como el estrés, la ansiedad y la depresión pueden afectar significativamente la salud mental y, en consecuencia, la conciencia corporal. Estas alteraciones pueden modificar la percepción interna del cuerpo, modulada por procesos mentales como la atención y la interpretación de señales corporales

(42). Esta consideración permite incorporar enfoques que no se centran exclusivamente en la patología, sino que promueven de manera activa la salud y potencian los recursos personales, como es el caso del enfoque salutogénico.

La evaluación de salud mental generalmente inicia con cuestionarios auto-informados, herramientas subjetivas muy útiles en investigación y en situaciones clínicas, son de gran importancia para la comprensión de trastornos mentales y el tratamiento integral. No son pruebas definitivas, ni diagnósticos médicos, solo pueden dar aproximaciones o signos de alarma para proceder con pruebas más específicas (61).

Entre la gran cantidad de herramientas de evaluación, el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) ha surgido como un instrumento versátil diseñado para evaluar el estado de salud mental en diversas poblaciones, culturas y contextos lingüísticos. Se ha convertido en un instrumento ampliamente utilizado para evaluar la salud mental en diversas poblaciones debido a su validez de constructo y criterio, confiabilidad y diferencias de género y edad entre los pacientes. Este cuestionario se ha estandarizado y utilizado para comparar diferentes cohortes de población, lo que proporciona datos valiosos para la salud pública y la práctica clínica (61).

La salud mental es un componente crucial del bienestar general y del desarrollo personal de los estudiantes. Un estado de bienestar mental permite a los individuos enfrentar los desafíos de la vida universitaria, desarrollar plenamente sus habilidades y contribuir positivamente a su comunidad. Sin embargo, condiciones como el estrés, la ansiedad y la depresión pueden afectar significativamente tanto la salud mental como la conciencia corporal, al alterar la percepción interna del cuerpo mediante procesos como la atención y la interpretación de señales corporales (42).

En este contexto, el enfoque salutogénico, al centrarse en los recursos y capacidades que promueven la salud, se orienta a generar condiciones que favorezcan el funcionamiento óptimo de la persona (42). Esta perspectiva conecta directamente con el concepto de bienestar mental general, ya que no se limita a la ausencia de malestar, sino que implica potenciar activamente la satisfacción vital, la autorrealización y el equilibrio emocional.

2.3.5. BIENESTAR MENTAL

El bienestar mental se ha convertido en un concepto central en el estudio de la salud mental, ya que permite una comprensión más amplia que no se limita únicamente a la ausencia de síntomas o trastornos psicológicos (Hernández-Torrano et al., 2020). Este término alude a los aspectos positivos del funcionamiento humano, como la satisfacción con la vida, el crecimiento personal, la autorrealización y el equilibrio emocional. A pesar de que no existe una definición única y universalmente aceptada, en la literatura predominan dos enfoques que ofrecen perspectivas complementarias: el bienestar subjetivo y el bienestar psicológico(62).

2.3.5.1. Bienestar subjetivo.

El bienestar subjetivo (Subjective Well-Being, SWB) se basa en un enfoque hedónico, centrado en la experiencia de placer y satisfacción vital. Según Diener (2012), este tipo de bienestar representa “las creencias y sentimientos de las personas de que están viviendo una vida deseable y gratificante”. Deci y Ryan (2008) añaden que implica niveles elevados de afecto positivo, bajos niveles de afecto negativo y una alta satisfacción con la vida. Es decir, se enfoca en cómo las personas evalúan y experimentan su vida emocionalmente(62).

2.3.5.2. Bienestar psicológico.

Por su parte, el bienestar psicológico (Psychological Well-Being, PWB) se fundamenta en un enfoque eudaimónico, el cual considera que el verdadero bienestar se alcanza a través de la

autorrealización y el desarrollo del potencial humano. Este modelo, propuesto por Ryff y Singer (2008), define el bienestar psicológico como un estado de funcionamiento óptimo, comprendido por seis dimensiones: propósito en la vida, autonomía, crecimiento personal, dominio del entorno, relaciones positivas y autoaceptación. A diferencia del SWB, el PWB no se enfoca exclusivamente en “sentirse bien”, sino en vivir de manera congruente con los propios valores y objetivos personales(62).

2.3.5.3. Postura asumida en esta investigación

Desde esta perspectiva, y reconociendo la complejidad del concepto, este estudio asume una visión integral del bienestar mental, articulando tanto el bienestar subjetivo como el bienestar psicológico. Esta postura permite una comprensión más completa del bienestar, en consonancia con el enfoque biopsicosocial y salutogénico. En ese sentido, el bienestar mental no se entiende únicamente como la ausencia de enfermedad, sino como la presencia activa de características positivas que favorecen el desarrollo personal y social de los individuos.

Asimismo, se asume la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (2004), que concibe la salud mental como *“un estado de bienestar en el que cada individuo realiza su propio potencial, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* (62).

Por lo tanto, en el marco de este estudio, el bienestar emocional se considera una dimensión del bienestar mental, pero no lo abarca completamente. En cambio, se adopta el término bienestar mental integral para referirse a una construcción más amplia, que incluye componentes afectivos, cognitivos, sociales y existenciales del funcionamiento humano.

2.4. MARCO TEÓRICO

Antes de adentrarnos en el tema, es pertinente considerar una perspectiva filosófica que enmarca de forma más amplia la experiencia del cuerpo. Desde la fenomenología de Maurice Merleau-Ponty, el cuerpo no solo es una estructura física que se representa o regula, sino el punto de partida de toda experiencia vivida. Su noción de percepción encarnada enfatiza que el cuerpo es el medio primario por el cual el ser humano se relaciona con el mundo y consigo mismo. Esta visión permite comprender que la conciencia corporal no se limita al procesamiento de señales internas o externas, sino que emerge de una experiencia corporal situada, activa y significativa. Esta postura ofrece un marco integrador que dialoga con los modelos estructural, funcional y predictivo presentados a continuación (63).

Desde esta mirada, el cuerpo no es únicamente una estructura biológica o un objeto de estudio, sino el centro viviente de la experiencia subjetiva. Merleau-Ponty, en su obra *Fenomenología de la percepción* (1945), propone que el cuerpo no es algo que se posee, sino aquello que somos. En sus palabras, “mi cuerpo no es solamente un objeto entre otros, sino el medio general que tengo para tener un mundo” . Esta idea constituye la base de lo que se conoce como percepción encarnada, entendida como la experiencia del mundo a través de un cuerpo vivido, situado y consciente (63).

A diferencia de enfoques que separan mente y cuerpo, Merleau-Ponty plantea que la percepción no se produce en la mente como una representación, sino que emerge de la relación directa y activa del cuerpo con el mundo. Esta percepción es pre-reflexiva, es decir, ocurre antes de cualquier análisis racional o verbal, y se manifiesta en la forma en que habitamos el espacio, nos orientamos, reconocemos emociones o ejecutamos movimientos. En este sentido, el cuerpo no es pasivo, sino un sujeto encarnado que

sabe y comprende el mundo de forma implícita, a través del movimiento, el gesto y la sensación. “La percepción no es una ciencia del mundo, no es ni siquiera un acto, una toma de posición deliberada: es el trasfondo sobre el cual se dibujan todos los actos y es el conocimiento perceptivo el que proporciona a la ciencia sus cimientos”(63).

Otro de sus aportes fundamentales es la noción de esquema corporal (*schéma corporel*), que refiere a la organización implícita que el cuerpo tiene de sí mismo en su relación con el entorno. Este esquema permite mantener la postura, ejecutar acciones, y adaptarse al medio sin necesidad de procesos conscientes constantes. A través de este concepto, Merleau-Ponty destaca que la conciencia corporal no es una simple suma de sensaciones, sino una forma de conocimiento incorporado y dinámico(63).

Así mismo, en la obra se plantea que el cuerpo es una ambigüedad ontológica, ya que es simultáneamente objeto y sujeto, carne y conciencia. Esta ambivalencia permite comprender fenómenos como el dolor, la emoción o la enfermedad no solo como datos fisiológicos, sino como experiencias vividas que implican al cuerpo en su totalidad. En sus palabras: “el cuerpo es un ser de doble pertenencia: es a la vez lo que ve y lo que es visto” (63).

Esta visión fenomenológica ha influido en distintas áreas del conocimiento, incluyendo la psicología, la neurociencia y las prácticas corporales terapéuticas, al ofrecer una comprensión más integradora de la conciencia corporal. Desde esta base, se hace posible considerar al cuerpo no solo como soporte de funciones, sino como un espacio de significado y sentido, fundamental para la construcción del bienestar, la identidad y la salud mental.

Este planteamiento filosófico, abre el camino para la articulación de los tres modelos, bases del marco teórico sobre los cuales se desarrolló la propuesta de investigación. El primero

plantea la base conceptual que permite diferenciar las distintas funciones de la representación corporal, así como las fuentes sensoriales que las configuran, el segundo muestra cómo la información interoceptiva y exteroceptiva se integran para formar una representación de “yo en el mundo” y el tercer modelo le da profundidad al procesamiento interoceptivo al explicar que la forma en que sentimos el cuerpo no depende únicamente de señales internas, sino que también está influida por lo que el cerebro espera sentir debido a que éste, constantemente hace predicciones sobre nuestro estado y compara estas predicciones con la información real que recibe.

El primer modelo teórico es la propuesta de **Möllmann et al (44)** que introduce una Estructura tridimensional para la representación corporal, junto con un enfoque de proceso que describe cómo se configura dicha representación (**Figura 1**). Este modelo distingue entre la función (esquema corporal vs. imagen corporal), la fuente sensorial (exterocepción, propiocepción, interocepción) y la estabilidad (representaciones de corto y largo plazo). Esta clasificación permite entender la multiplicidad de formas en que el cuerpo puede ser representado mentalmente. Además, su modelo de proceso complementario explica cómo los estímulos sensoriales presentes se combinan con experiencias almacenadas para guiar la conducta. Este marco es esencial para atender la configuración mental del cuerpo y las posibles alteraciones que pueden surgir en el contexto de diversas patologías mentales. Actúa, por tanto, como la base conceptual que permite diferenciar las distintas funciones de la representación corporal, así como las fuentes sensoriales que las configuran.

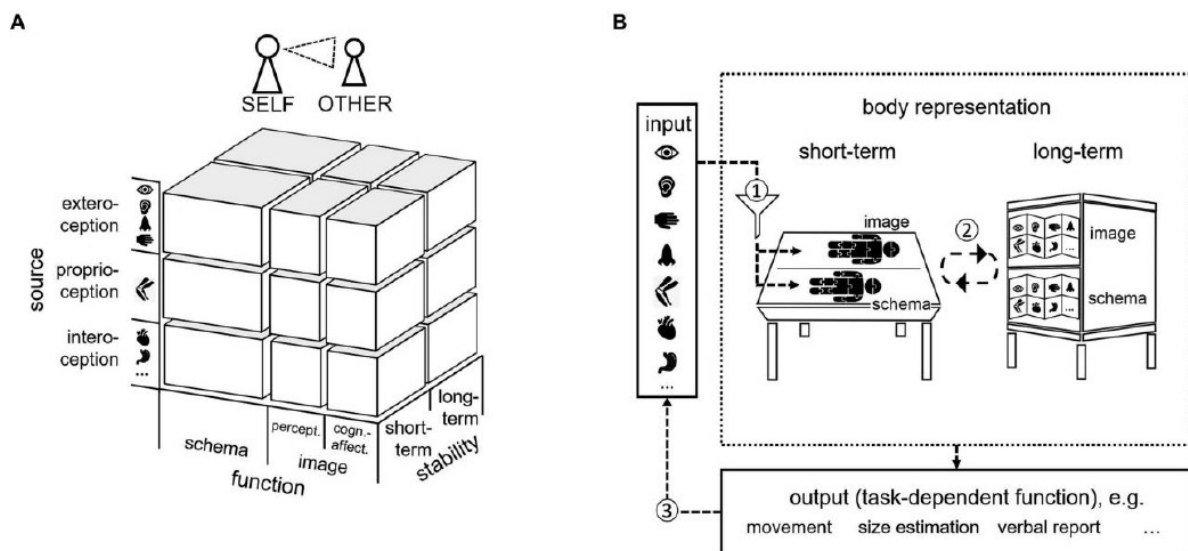


Figura 1. Marco conceptual de las representaciones corporales que consiste en (A) un modelo estructural tridimensional de la representación corporal y (B) un modelo de proceso de la representación corporal. *Tomado de:* Möllmann A, Heinrichs N, Herwig A. Un marco conceptual sobre las representaciones corporales y su relevancia para los trastornos mentales. *Front Psychol.* 2024;14:1312734. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1312734>

Sobre esta base estructural se trae a colación el Modelo de procesamiento interoceptivo, representado por **Pizarro et al** (46), que muestra cómo la información interoceptiva y exteroceptiva se integran para formar una representación de “yo en el mundo” (**Figura 2**). Este modelo amplía la comprensión tradicional, al establecer una interacción recíproca entre percepción y acción, indicando que las conductas pueden estar orientadas tanto hacia el entorno como hacia el propio cuerpo. Se trata de un modelo funcional en el que el cuerpo se experimenta de forma activa como parte de un proceso sensorial constante que influye de manera directa en la emoción y la conducta. De este modo, el modelo conecta lo estructural con lo neurobiológico destacando que el cuerpo se experimenta en tiempo real a través de un proceso multisensorial de integración y autorregulación, cuya alteración puede tener consecuencias sobre la salud mental.

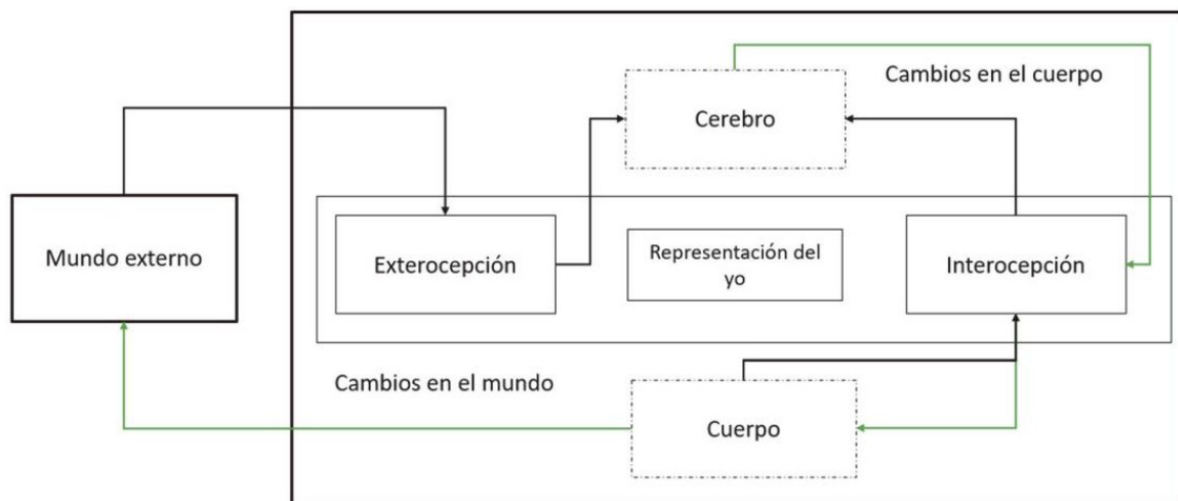


Figura 2. Modelo del procesamiento interoceptivo. *Tomado de:* Ceric F, Pizarro C. La interocepción en el procesamiento emocional: de la sensación a la psicopatología. *Papeles del Psicólogo.* 2023;44(2):102–9.

Finalmente, **Khalsa et al. (45)** introduce un modelo jerárquico de integración interoceptiva y regulación predictiva (**Figura 3**), que representa cómo el cerebro construye, compara y actualiza continuamente modelos internos del cuerpo a partir de señales interoceptivas. Este modelo le da profundidad al procesamiento interoceptivo al explicar que la forma en que sentimos el cuerpo no depende únicamente de señales internas, sino que también está influida por lo que el cerebro espera sentir debido a que esté constantemente hace predicciones sobre nuestro estado y compara estas predicciones con la información real que recibe, si no es igual lo que se espera y lo que realmente ocurre entonces hay un “error de predicción”. La información interoceptiva y exteroceptiva es aquí integrada en un sistema común que orienta acciones internas (visceromotoras) y externas (esqueléticas), mientras que estructuras como la ínsula, el hipotálamo y la corteza cingulada procesan e interpretan estas señales. De este modo, se introduce un nivel neurocomputacional que permite comprender cómo el cerebro regula la homeostasis y la alostasis, y cómo esa regulación puede fallar en condiciones clínicas.

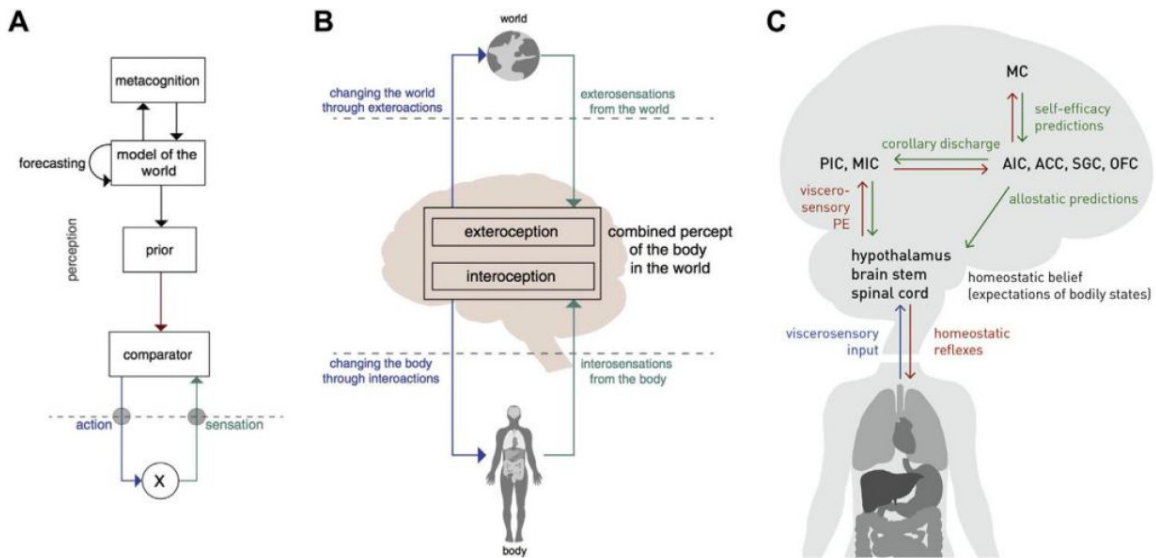


Figura 3. Modelo jerárquico de inferencia y control basado en inferencia bayesiana, que integra información interoceptiva y exteroceptiva para la regulación de acciones internas y externas.. Tomado de: Khalsa SS, Adolphs R, Cameron OG, Critchley HD, Davenport PW, Feinstein JS, et al. Interocepción y salud mental: una hoja de ruta. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*. 2018 jun;3(6):501–13.

Estos tres modelos se integran como **niveles progresivos de análisis**. El modelo de Möllmann et al. (44) define el *qué*: las estructuras de representación del cuerpo, sus funciones y fuentes sensoriales, ofreciendo una base conceptual clara. Sobre esta, el modelo de Pizarro et al. (46) desarrolla el *cómo*: el procesamiento funcional de la experiencia corporal mediante la integración de señales internas y externas, con efectos en la acción y la regulación emocional. Finalmente, Khalsa et al. (45) abordan el *por qué*: la necesidad de un sistema cerebral que prediga y ajuste constantemente la información interoceptiva para mantener el equilibrio interno. Esta organización permite **inferir** que la conciencia corporal no es meramente sentir el cuerpo, sino **representarlo, integrarlo y regularlo activamente**, y que cualquier alteración puede afectar directamente el equilibrio emocional, la capacidad de afrontamiento y el bienestar general.

En el marco de esta investigación, los modelos analizados ofrecen una base útil para explorar posibles relaciones entre el procesamiento consciente del cuerpo y la salud mental. Así, estos enfoques proporcionan una guía conceptual para orientar la exploración del fenómeno y sustentar futuras investigaciones centradas en el cuerpo y la salud mental.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Describir la relación entre la conciencia corporal y el bienestar mental general de los estudiantes de fisioterapia en la Universidad del Valle.

3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar a los estudiantes de fisioterapia con respecto a la edad, sexo, lugar de procedencia y estrato socioeconómico.
- Determinar el nivel de conciencia corporal interoceptiva en los estudiantes del programa de fisioterapia de una universidad pública.
- Identificar el nivel de bienestar mental general en los estudiantes del programa de fisioterapia de una universidad pública.
- Analizar la asociación entre la conciencia corporal y el estado de bienestar mental general.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de estudio.

Se desarrolló un estudio cuantitativo con diseño transversal correlacional (64). Este tipo de estudio, de carácter observacional, analiza datos de una población en un momento determinado, en particular un estudio transversal correlacional permite examinar la relación entre dos o más variables, ya sea positiva cuando ambas tienden a aumentar o disminuir simultáneamente o negativa cuando una aumenta mientras la otra disminuye (65) (66).

Para ello se utilizaron técnicas de recolección y análisis de datos cuantitativos con el propósito de identificar patrones y validar hipótesis preestablecidas. Los datos fueron recopilados en un único punto en el tiempo, ofreciendo una “instantánea” de un fenómeno o población en un momento específico, a partir de ello se examinó la relación entre dos o más variables para determinar si estaban asociadas, sin implicar una relación causal.

4.2. Población y muestra del estudio

La investigación se desarrolló con estudiantes del Programa Académico de Fisioterapia de la Universidad del Valle, pertenecientes a todos los semestres activos. Se eligió esta población por la pertinencia de su perfil formativo en relación con los objetivos del estudio, ya que su formación implica un vínculo constante con el cuerpo, no solo como objeto de estudio, sino también como herramienta de intervención, esto facilita que los estudiantes desarrollen una percepción más atenta de sus propias sensaciones físicas. A su vez el enfoque psicosocial de la profesión los lleva a reconocer que lo físico, lo emocional y lo social están conectados, lo cual es fundamental para entender cómo se relacionan la conciencia corporal y el bienestar mental.

Para sacar la muestra se tomó como referencia la información del sistema de registro académico de la universidad, en el cual se registraron oficialmente 157 estudiantes matriculados en el programa de Fisioterapia. Se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia, integrada por quienes aceptaron participar de manera voluntaria y quienes incumplían los criterios de exclusión. Se logró recolectar un total de 103 respuestas completas mediante los formularios digitales, de los cuales 4 fueron excluidos por reportar consumo de sustancias psicoactivas. Finalmente se obtuvieron 99 respuestas válidas para el análisis.

Tabla 1. Distribución de estudiantes por semestre

Semestre	Número de estudiantes matriculados
II	28
IV	31
VI	33
VIII	31
X	29
Sin especificar 5	
Total: 157	

4.2.1. Criterios de inclusión

- Estudiantes matriculados en el Programa Académico de Fisioterapia

4.2.2. Criterios de exclusión

- Estudiantes que consumen sustancias psicoactivas (Cannabis).
- Estudiantes de fisioterapia menores de edad

4.3 VARIABLES DE ESTUDIO

Tabla 2. Variables del estudio.

Objetivo	Variable	Definición	Operacionalización	N i v e l	Instrumento
Caracterizar a los estudiantes de fisioterapia con respecto a la edad, sexo, lugar de procedencia y estrato socioeconómico.	Edad	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia (67).	Años	R a z o n	Cuestionario sociodemográfico e información de medidas.
	Sexo	Diferencias biológicas entre el hombre y la mujer (68).	Hombre/ Mujer	N o m i	

				n a l	
	Lugar de procedencia	Lugar donde una persona jurídica o moral tiene su sede social, administración central o centro de actividad principal (69).	Municipio/departamento	N o m i n a l	
	Estrato socioeconómico	Es una clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos (70).	- Bajo: 1 y 2 - Medio: 3 y 4 - Alto: 5 y 6	O r d i n a l	
	Semestre al que se encuentra	El año académico suele dividirse en uno o varios	II, IV, VI, VIII, X o no tiene cohorte definida	O r d	

	matriculad o	periodos, los periodos son nombrados según su duración, un periodo de seis meses (71).		i n a l	
Determinar el nivel de conciencia corporal interoceptiva en los estudiantes del programa de fisioterapia de una universidad pública.	Concienci a corporal interocepti vo	La conciencia interoceptiva se refiere a la capacidad de una persona para percibir y entender las señales internas de su cuerpo, como la frecuencia cardíaca, la respiración y la sensación de saciedad. Esta habilidad es importante porque permite a las personas tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar,	La escala MAIA consta de 32 ítems, divididos en 8 subescalas (o dimensiones): No distrarse, No preocuparse, Regulación de la atención, Conciencia emocional, Autorregulación, Escucha corporal, Confianza corporal las cuales evalúan diferentes aspectos de la conciencia interoceptiva. El	O r d i n a l	Evaluación multidimensional de la conciencia interoceptiva(MA IA)

		ayudando a detectar y responder adecuadamente a las señales de su cuerpo. (72).	puntaje se obtiene de la siguiente manera: Cada ítem de la escala se puntúa en una escala de 0 a 5, donde: 0 = Nunca 1 = Rara vez 2 = Algunas veces 3 = Frecuentemente 4 = Casi siempre 5 = Siempre Ítems con puntuación inversa Algunos ítems están formulados negativamente y deben ser invertidos antes de calcular el puntaje. Los valores deben transformarse de la siguiente manera:		
--	--	--	--	--	--

			0 → 5 1 → 4 2 → 3 3 → 2 4 → 1 5 → 0 Los ítems con puntuación inversa son: Subescala "No-distrae": Ítems 5, 6 y 7 Subescala "No-inquieta": Ítems 8 y 9 Para cada subescala, se debe calcular el promedio de los ítems que la componen(73).		
--	--	--	---	--	--

Identificar el nivel de bienestar mental general en los estudiantes del programa de fisioterapia de una universidad pública.	Bienestar general	El bienestar es la experimentación de salud, felicidad y prosperidad. Incluye tener buena salud mental, sentirse altamente satisfecho con la vida, tener un sentido de significado o propósito, y la capacidad para manejar el estrés (74).	Uso frecuente en investigaciones psicométricas y análisis correlacional o de regresión. Métodos de Puntuación: ● Puntuación tipo Likert (0-1-2-3) ● Respuestas en escala ordinal de 4 puntos, puntuadas de 0 a 3. ● El sentido de la puntuación se invierte en ítems formulados positivamente Rango de puntuación total:	O r d i n a l	Cuestionario de bienestar general Goldberg-12 (GHQ-12)
--	-------------------	---	---	---------------------------------	--

			GHQ-12: 0 a 36		
			Interpretación del Puntaje:		
			Punto de corte común:		
			≥ 9 o ≥ 12 Indicativo		
			de mayor riesgo de trastorno mental. (75)		

4.4. Instrumentos para la toma de datos

Con el fin de recolectar la información para este estudio, se emplearon dos instrumentos de autoinforme, los cuales están validados en contextos internacionales. La escala Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness MAIA versión 1, evalúa varios aspectos de la conciencia corporal interoceptiva, y el cuestionario General mental health GHQ-12, está diseñado para identificar morbilidad psicológica. Los instrumentos mencionados fueron seleccionados por apropiación al objetivo del estudio y por su implementación en investigaciones con población universitaria.

4.4.1 The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-1)

La escala de evaluación multidimensional de la conciencia interoceptiva (MAIA-1), es un cuestionario de autoinforme de 32 ítems que mide ocho facetas de la conciencia corporal interoceptiva: (I) Observación, (II) No distracción, (III) No preocupación, (IV) Regulación de la atención, (V) Conciencia emocional, (VI) Autorregulación, (VII) Escucha corporal y (VIII)

Confianza (76). MAIA es un cuestionario de autoinforme, debido a esta característica existen limitaciones inherentes para evaluar cualquier rasgo psicológico que incluyen, sesgo de respuesta, dependencias del estado y deseabilidad social. Sin embargo, es una manera aceptada, porque no hay una medida objetiva bien definida para las dimensiones de la conciencia corporal interoceptiva.

La validación de la escala MAIA, fue un proceso sistemático y multidimensional diseñado para garantizar su validez y confiabilidad como herramienta de evaluación. Este desarrollo se llevó a cabo mediante un enfoque iterativo basado en métodos mixtos, comenzando con la revisión de literatura, la construcción de un marco conceptual, el desarrollo inicial de más de 300 ítems preliminares basados en instrumentos previos y discusiones en grupos focales con instructores y pacientes de terapias cuerpo-mente. Un panel de expertos revisó y refinó estos elementos, reduciéndose a una versión apta para pruebas de campo (47).

Esta escala ha sido ampliamente utilizada en investigaciones con estudiantes universitarios, pero presenta ciertas limitaciones que deben considerarse para una aplicación más precisa y contextualizada. Investigaciones han identificado que las subescalas "No Distraerse" y "No Preocuparse" presentan menor confiabilidad en comparación con otras dimensiones de la escala, lo que sugiere la necesidad de ajustes o adaptaciones para mejorar su consistencia interna en diferentes poblaciones. Aunque la escala MAIA ha sido traducida a varios idiomas, es esencial validar estas versiones en cada contexto específico, ya que las diferencias culturales pueden influir en la interpretación de los ítems y afectar la precisión de la evaluación (76).

Además, se recomienda utilizar la escala en su totalidad en lugar de seleccionar ítems individuales, ya que la modificación de las subescalas podría afectar la validez y fiabilidad de la medición de la conciencia interoceptiva (77). En términos metodológicos, varios estudios

han utilizado muestras de conveniencia no aleatorizadas y poco diversas, lo que limita la generalización de los resultados. Asimismo, la mayoría de las investigaciones han sido de tipo correlacional, lo que impide establecer relaciones causales entre la conciencia interoceptiva y otras variables (4).

4.4.2 Cuestionario de bienestar mental general Goldberg-12 (GHQ-12):

Es un instrumento autoadministrado de cribado que tiene por objetivo detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos en contextos como la atención primaria o en población general, el GHQ-12 ha sido traducido a más de 11 idiomas, siendo uno de los instrumentos de cribado validado más utilizados en todo el mundo (61). En Colombia, Campos-Arias (2007) analizó las propiedades psicométricas del GHQ-12 en una muestra comunitaria grande de 2496 individuos. Este autor encontró un alfa de Cronbach de 78, que es relativamente menor en comparación con la consistencia interna encontrada para la escala original (78)

La versión original del GHQ contaba con 60 puntos, en la actualidad se cuenta con versiones de 36, 30, 28, 20 y 12 puntos. La versión de doce puntos (GHQ-12) es la preferida por la brevedad y más rápida administración y es de particular utilidad en poblaciones con limitadas habilidades para la lectura y la escritura, con dificultades para la concentración que pueden ser propensas al cansancio, como las personas adultas mayores. El GHQ es una escala tipo Likert que explora síntomas durante el último mes, con un patrón de respuesta ordinal de cuatro opciones de “nunca” a “siempre”. Se han probado y validado varias formas de puntuar las respuestas en este cuestionario en diferentes poblaciones. La forma de puntuación más conocida, la ordinal, da evaluación de cero a tres (0-1-2-3) y las formas binarias de cero o un punto a cada respuesta (0-1-1-1, 0-0-1-1 y 0-0-0-1). Para todas las formas de puntuación, más

puntos indique mayor número o gravedad de síntomas. Estas formas de puntuación muestran un comportamiento psicométrico algo distinto en la misma población (79).

La revisión cuidadosa del GHQ-12 muestra que la escala está compuesta por síntomas de ansiedad y depresivos, como los clasificados en la actualidad la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Psiquiátrica Americana 8, 9. El GHQ-12 muestra dos o tres factores denominados ansiedad y depresión, disfunción social y pérdida de la confianza, y autoestima; dependiendo de la población que lo responda (78).

A pesar de ser una herramienta ampliamente utilizada para la detección de trastornos psiquiátricos, presenta limitaciones significativas que se deben considerar. La principal es su marcada heterogeneidad ($I^2 = 96,7\%$) entre diferentes estudios, lo que indica una considerable variabilidad en su confiabilidad según el contexto y la población. También muestra variaciones importantes en la consistencia de sus subescalas, con coeficientes alfa que oscilan entre 0,72 y 0,82, sugiriendo que algunas dimensiones del cuestionario son más confiables que otras. Además, al ser una herramienta de autoinforme, está sujeta a la subjetividad de las respuestas y carece de precisión temporal en la evaluación de síntomas. Las diferencias culturales y lingüísticas también afectan su aplicabilidad, ya que la interpretación de las preguntas puede variar según el contexto cultural, lo que subraya la necesidad de adaptaciones más específicas y una aplicación más cautelosa del instrumento (61).

El GHQ-12 presenta sesgos o limitaciones al momento de ser aplicado en población juvenil. Primero, porque podría detectar como "problemas" los cambios de humor normales en esta edad. Segundo, usa los mismos puntos de referencia para jóvenes y adultos, sería importante desarrollar una distinción según el ciclo de vida de la persona a evaluar. Tercero, trata todos los síntomas con la misma importancia, cuando algunos son más graves que otros y eso es redundante en un escenario práctico. Cuarto, mide como se siente la persona en el momento

de realizar el cuestionario, lo que puede generar confusión entre el estado actual y el habitual. Por último, es pertinente que se haga más estudios con población juvenil para así hacer los ajustes pertinentes que permitan resultados más certeros y concretos (79).

A pesar de las limitaciones que presenta el cuestionario en población juvenil, es importante señalar que, en contextos prácticos, esta herramienta se utiliza como un método de tamizaje para poblaciones amplias y dependiendo el contexto y la población resultan confiable y válido. Su aplicación debe estar acompañada por profesionales capacitados, quienes supervisen la ejecución del instrumento y analicen sus resultados. Esto con el fin de que, en caso de encontrarse puntuaciones elevadas o respuestas que sugieran alguna alteración, se pueda remitir al individuo a evaluaciones más específicas. El cuestionario se caracteriza por ser breve y de fácil comprensión, lo cual lo convierte en una herramienta adecuada para una primera aproximación al bienestar mental general, o a la detección de su posible ausencia. No obstante, como ocurre con toda prueba que evalúa aspectos complejos como la salud mental, es fundamental considerar los factores contextuales que influyen en ella, así como el componente subjetivo de cada persona. Esto no invalida su utilidad, sino que subraya la necesidad de interpretarla como parte de un proceso más amplio de valoración (61).

En concordancia, un estudio realizado en el contexto de atención primaria en salud mental demostró que el cuestionario GHQ-12 puede ser de gran utilidad como herramienta de detección. En este caso, se utilizó como un elemento clave en la examinación estandarizada de los pacientes. Con el acompañamiento profesional y un proceso adecuado, se orientó a las personas que presentaron puntajes elevados hacia áreas más especializadas, donde se les realizó una evaluación más completa y exhaustiva. Anjara et al. señalan que, frente a un sistema con sobrecarga, el uso de medidas rápidas y fiables permite una mejor recepción y canalización de los pacientes. Aunque este estudio no permite generalizar sus resultados a todas las poblaciones, ofrece una perspectiva favorable respecto al uso del GHQ-12. (80)

4.5. Fases de estudio

4.5.1. Fase I: Planeación y diseño del estudio

En esta fase se llevó a cabo la construcción del anteproyecto, la cual se basó en una revisión exhaustiva de la literatura en bases de datos científicas, con el objetivo de sustentar el marco conceptual y teórico, así como de identificar antecedentes relevantes del tema de investigación. Para la definición del enfoque metodológico, las variables y los instrumentos, se realizaron asesorías y reuniones con la docente especialista en salud mental de la Universidad del Valle y con un estudiante de maestría en salud mental.

Como resultado de este proceso, se definieron las variables del estudio: la variable independiente fue la conciencia corporal, y la variable de resultado fue el bienestar mental (o malestar psicológico), evaluado desde un enfoque dimensional. Posteriormente, el anteproyecto fue presentado ante el Comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle para su aval correspondiente. Sin embargo, para mitigar las limitaciones del cuestionario las investigadoras recibieron una charla con una profesional con experiencia en la validación del instrumento cuestionario MAIA en Colombia, permitiendo una mejor comprensión de los ítems y reduciendo errores en su aplicación. Además, esto con el fin de obtener una interpretación más precisa de los resultados y así identificar posibles dificultades en la población estudiada. Esto no sólo permitió optimizar la validez de las respuestas, sino que también fortalecer el rigor metodológico al garantizar un uso más alineado con el diseño y validación del instrumento.

4.5.2. Fase II: Diseño y ajuste de instrumentos

En esta fase se llevó a cabo una prueba piloto con el objetivo de ajustar los instrumentos de recolección de datos y asegurar su idoneidad para la población objetivo. La prueba piloto se realizó el 4 de abril de 2025, en la jornada de la mañana, en las instalaciones de la Universidad del Valle, y contó con la participación voluntaria de seis estudiantes pertenecientes a programas académicos distintos al de fisioterapia (fonoaudiología, medicina y enfermería), quienes firmaron un consentimiento informado previo a su participación.

Durante el pilotaje se aplicaron los siguientes instrumentos: Cuestionario MAIA (Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness), Cuestionario GHQ-12 (Cuestionario de Salud General de Goldberg), Cuestionario sociodemográfico elaborado en formato digital por las investigadoras.

El objetivo principal fue evaluar la comprensión, pertinencia y tiempo de aplicación de estos cuestionarios, así como identificar dificultades en redacción, interpretación de ítems, navegación del formato digital, y obtener sugerencias para optimizar su aplicación.

Las observaciones destacadas incluyeron:

- Un error de redacción recurrente en la pregunta 11 del GHQ-12, señalado por varios participantes.
- Confusión con los términos "habitual" y "más que lo habitual" en las opciones de respuesta del GHQ-12.
- Problemas en el formato de respuesta, ya que en algunas preguntas se permitía seleccionar múltiples opciones cuando solo debía elegirse una.
- Sugerencia de unificar los tres instrumentos en un solo formulario digital para facilitar el acceso.
- Propuesta de incluir códigos QR para agilizar el ingreso al cuestionario desde dispositivos móviles.

El tiempo promedio de diligenciamiento osciló entre 4 y 8 minutos, lo cual se consideró adecuado para su aplicación en el contexto académico.

A partir de los resultados del pilotaje, se tomaron las siguientes acciones:

- Se corrigieron los errores de redacción identificados en el GHQ-12 y MAIA.
- Se ajustó la codificación de las respuestas para evitar selecciones múltiples en preguntas de opción única.
- Se aclararon los términos ambiguos mediante instrucciones previas a la aplicación del GHQ-12.
- Se unificaron los tres cuestionarios en un solo formulario digital a través de Google Forms.
- Se incorporaron códigos QR para facilitar el acceso a los formularios desde teléfonos móviles.

Estas medidas permitieron optimizar tanto el contenido como la logística de aplicación de los instrumentos, garantizando su comprensión y eficiencia antes del inicio de la recolección de datos con la población definitiva del estudio.

4.5.3. Fase III: Recolección de datos.

El reclutamiento de la muestra se gestionó inicialmente mediante contacto formal con el Programa Académico de Fisioterapia de la Universidad del Valle, solicitando permiso para ingresar dos veces por semana en horarios de la tarde a tres salones de clase de manera simultánea, durante un espacio de 30 a 40 minutos, incluido los 10 minutos de breve

orientación. Cada investigadora fue asignada a un salón específico, donde se encargó de desarrollar el proceso de recolección de datos conforme a los protocolos establecidos.

La recolección de datos fue realizada directamente por las investigadoras, como primer paso se les solicitó a los participantes leer y firmar el consentimiento, el cual contiene de manera detallada el objetivo del estudio, los procedimientos a seguir, los beneficios esperados, los riesgos mínimos, así como su derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Esto permitió que la participación fuera voluntaria, consciente y ética. Posteriormente se llevó a cabo una orientación informativa breve, ejecutada en el mes de mayo de 2025, con una duración aproximada de 10 minutos. En esta se explicaron los instrumentos utilizados.

También se informó a los participantes sobre el uso de un sistema de codificación numérica anónima el cual se estructuró de la siguiente forma: se asignó a cada participante un código compuesto por el semestre académico en números romanos, el número y la letra del primer apellido por ejemplo “III-17-R”, este sistema fue implementado para proteger la confidencialidad de sus respuestas y garantizar que los datos recolectados fueran utilizados exclusivamente con fines académicos e investigativos, sin vincularse a información personal identificable. Todas las evaluaciones se realizaron en formato digital, mediante un formulario diseñado en la plataforma Google Forms, donde se integraron tanto la encuesta sociodemográfica como los cuestionarios GHQ-12 y MAIA.

La estrategia de recolección de datos fue especialmente efectiva en los grupos de segundo, cuarto y sexto semestre, donde los estudiantes se encontraban completos en sus respectivas clases, lo que facilitó el abordaje directo y simultáneo. Posteriormente, se presentaron situaciones internas en la Universidad que llevaron a la suspensión temporal de clases presenciales, lo cual dificultó el ingreso a los salones. Ante esta contingencia, se optó por continuar el proceso de recolección en los espacios de práctica clínica. Las investigadoras se

desplazaron hasta los sitios de práctica donde se encontraban los estudiantes de octavo y décimo semestre, gestionando con antelación los permisos con los docentes encargados de la supervisión. Esto permitió mantener el cumplimiento del protocolo investigativo y asegurar la continuidad del proceso de recolección.

Los estudiantes que aceptaron participar voluntariamente en la investigación siguieron el siguiente protocolo:

1. Lectura y firma del consentimiento informado.
2. Recepción de una explicación concisa sobre los instrumentos de evaluación.
3. Diligenciamiento del formulario que incluyó:
 - Caracterización sociodemográfica.
 - Cuestionario de Salud General GHQ-12 (12 ítems).
 - Evaluación multidimensional de conciencia interoceptiva MAIA (32 ítems).

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

La Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, poniendo especial énfasis en el bienestar, la protección de los derechos y la dignidad de los participantes humanos. Es crucial que los estudiantes de fisioterapia participen de manera voluntaria y que su bienestar sea la prioridad durante todo el proceso de investigación.

Según el artículo 11° de esta resolución, este estudio se clasifica como de riesgo mínimo. Esto implica que se tomarán las medidas necesarias para minimizar cualquier riesgo potencial relacionado con la participación en la investigación, como el uso de encuestas y cuestionarios que no involucren procedimientos invasivos ni intervenciones riesgosas.

Además, de acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012, que regula la protección de datos personales en Colombia, se garantizará la confidencialidad total de la información recopilada. Para proteger la identidad de los participantes, se utilizaron códigos numéricos en lugar de nombres. Además, se aseguró que todos los datos se manejen con el mayor nivel de confidencialidad y se almacenen de manera segura para evitar cualquier divulgación no autorizada.

Finalmente, conforme a la misma Resolución 008430, todos los participantes fueron informados completamente sobre los objetivos, procedimientos y posibles riesgos del estudio antes de dar su consentimiento informado. Se aseguró que comprendieran plenamente lo que implica su participación y que puedan retirarse del estudio en cualquier momento sin sufrir consecuencias negativas.

Estos principios éticos y legales garantizaron que la investigación se realice de manera ética, protegiendo los derechos y la integridad de todos los participantes en el estudio sobre el nivel de conciencia corporal en estudiantes de fisioterapia de la Universidad del Valle y su relación con la salud mental.

4.6.1. Riesgo de la investigación

En el caso de esta investigación que busca evaluar el nivel de conciencia corporal en estudiantes universitarios de fisioterapia y relacionar estos resultados con la salud mental, se podría considerar como una **INVESTIGACIÓN DE RIESGO MÍNIMO** debido a que los instrumentos utilizados (Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) y el GHQ-12) son no invasivos y se centran en la autoevaluación de los participantes. Al emplear métodos de recolección de datos que no implican intervenciones físicas o

manipulaciones directas sobre los sujetos, se minimiza la posibilidad de causar daño físico o psicológico significativo. Los cuestionarios permiten a los investigadores obtener información valiosa sobre la percepción y el bienestar de los participantes sin someterlos a procedimientos que puedan generar estrés o incomodidad.

Además, el uso de herramientas estandarizadas y validadas como MAIA y el GHQ-12 asegura que los datos recolectados sean confiables y relevantes, lo que contribuye a la integridad del estudio. Dado que los participantes pueden completar estos cuestionarios en un entorno cómodo, además ya que la investigación se enfoca en aspectos subjetivos de la experiencia humana, se considera que el riesgo asociado es mínimo, cumpliendo así con los criterios establecidos en la **Resolución 8430** para este tipo de investigaciones en seres humanos como está descrito en el Título II, **capítulo 1 “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”** (81).

4.6.2. Procedimientos para proteger a los participantes

En esta investigación, se han identificado los siguientes riesgos potenciales:

- Malestar emocional leve debido a las preguntas de la encuesta, así como posibles inconvenientes asociados con la disponibilidad de tiempo para participar en el estudio. Para mitigar estos riesgos, se ha asegurado que la participación sea completamente voluntaria, con la opción de retirarse en cualquier momento sin consecuencias.
- Mal manejo de la información personal. Para disminuir este riesgo, se proponen medidas como: restringir el acceso a la base de datos únicamente a los investigadores principales. Además, se implementarán controles de acceso mediante autenticación de usuario, que incluirán contraseñas seguras y sistemas de identificación, junto con permisos específicos según el rol de cada persona en el proyecto. Finalmente, se

establecerán acuerdos de confidencialidad con todas las personas.

Los beneficios que obtendrá serán: una charla informativa sobre conceptos de conciencia corporal antes de la aplicación de las encuestas, en la que también se presentarán dos herramientas útiles en el ámbito de la salud mental, lo cual es relevante para la formación profesional de los estudiantes. La información recopilada permitirá obtener un conocimiento más profundo sobre su condición actual en cuanto a los aspectos evaluados, lo cual podría utilizarse para desarrollar medidas preventivas que mejore la salud general, disminuyendo así el riesgo de problemas de salud mental. Debe saber que no incurrirá en ningún gasto por cuenta de su participación y tampoco recibirá ninguna compensación económica por la misma. A nivel social, se espera que los hallazgos de este estudio proporcionen datos valiosos que puedan guiar futuras investigaciones y políticas en el campo.

4.6.3 Balance riesgo beneficio

Toda investigación con participantes humanos debe tener una evaluación de riesgos y beneficios en su revisión ética, entra dentro de las obligaciones éticas respecto a los protocolos de investigación, de modo que los investigadores puedan determinar los riesgos existentes e intentar minimizarlos, siendo lo ideal, como resultado los beneficios deben superar en gran medida los riesgos para los participantes (82).

En esta investigación, se estableció que, dentro del marco legal, la aplicación de escalas y la calificación de cuestionarios autoadministrados representan un riesgo mínimo, ya que no son invasivos ni perturbadores para los participantes. Además, se identificaron dos posibles riesgos, para los cuales se diseñaron estrategias orientadas a minimizar en la mayor medida posible. Se consideró que los beneficios pretenden contribuir de manera individual y social

por lo que se concluye que superan significativamente estos riesgos potenciales.

La información obtenida en el estudio es protegida por las investigadoras Karla Rosero Florez, Anyelli Coral Rojas y Danna Rosero Chingal, estudiantes de décimo (10) semestre del programa de fisioterapia de la Universidad del Valle, quienes garantizan la confidencialidad de los datos mediante un proceso de codificación, un acuerdo de confidencialidad y el acceso exclusivo a los datos.

El proceso de codificación de los datos siguió un sistema estructurado para garantizar la confidencialidad de la información de los participantes. A cada sujeto se le asignó un código único compuesto por tres elementos: (1) el número del semestre en curso, expresado en números romanos; (2) un número secuencial de tres dígitos, iniciando en 001 y aumentando progresivamente conforme se registren nuevos participantes; y (3) la primera letra del primer apellido del participante.

Por ejemplo, si un estudiante de tercer semestre es el primer inscrito en el estudio y su primer apellido es 'Gómez', su código será 'III-001-G'. Si el siguiente participante también pertenece al tercer semestre y su primer apellido es 'Pérez', su código será 'III-002-P'.

Este sistema de codificación permitió mantener la organización de los datos sin comprometer la identidad de los participantes. La asignación de códigos será realizada exclusivamente por las investigadoras, quienes llevarán un registro seguro de la correspondencia entre los códigos y los participantes en un archivo protegido con contraseña. Este archivo sólo estará disponible para el equipo de investigación autorizado.

Los datos serán conservados por un período de cinco (5) años, tras el cual serán eliminados de manera segura para garantizar la protección de la privacidad de los participantes.

El proyecto fue presentado al Comité de Ética de la Universidad del Valle, que se encargó de

revisar los protocolos y garantizar que el plan de intervención cumpliera con las normas éticas. Fue avalado con # 130-024 el 03 de marzo de 2025.

4.6.3 Conflicto de intereses

No se ha manifestado conflicto de interés entre los autores y la institución en la que se desarrolló esta investigación.

5. ANÁLISIS Y RESULTADOS

Una vez se contó con la base de datos, se importó al programa estadístico Stata v.16 y se inició el procesamiento de los datos mediante la fase exploratoria, en la cual se identificó la presencia de datos perdidos, observando que 3 estudiantes no reportaron su lugar de procedencia. Posteriormente, se hizo el análisis descriptivo mediante tablas de frecuencias y porcentajes para el caso de las variables categóricas (sexo, estado civil, semestre académico, lugar de procedencia y residencia, estrato económico y consumo actual de sustancias psicoactivas, así como con las 12 preguntas del cuestionario GHQ-12).

Para el caso de las variables numéricas, se inició identificando la distribución de estas mediante la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov, considerando una distribución normal cuando se presentaba un valor $p > 0,05$. Partiendo de esto, la edad se presentó en mediana con rango intercuartil (RIC) al no contar con una distribución normal, mientras que para el caso de las variables con distribución normal (como lo fueron los puntajes de las ocho dimensiones del cuestionario MAIA, así como su puntaje total y el puntaje total del GHQ-12) los resultados se presentaron en medias con desviación estándar (DE).

Finalmente, para el cruce entre el puntaje global del cuestionario GHQ-12 con las dimensiones y el puntaje total del cuestionario MAIA, se consideró la prueba paramétrica de correlación de Pearson, esto teniendo presente la normalidad de las variables. Se estableció como significancia estadística a un valor $p < 0,05$.

En cuanto a la caracterización sociodemográfica, se identificó que, del total de participantes, el 64,95% fueron mujeres, la mediana de edad fue de 22 años (RIC 20-23 años) y el estado civil que predominó fue soltero(a) (91,75%). Con relación al semestre académico, primaron los participantes de octavo y décimo semestre con un 21,65% cada uno, seguido de los estudiantes de cuarto semestre (20,62%). Respecto a lugar de residencia, la mayoría reportó

vivir en zona urbana (91,75%) y como procedencia primó la ciudad de Cali (52,58%).

Finalmente, el 70,10% de los estudiantes vivían en estratos 2 y 3. (Tabla 3)

Tabla 3. Caracterización sociodemográfica

Variables	Frecuencia	Porcentaj e
<i>Sexo</i>		
Mujer	63	64,95
Hombre	34	35,05
<i>Edad*</i>		
	22 (20 - 23)	
<i>Estado civil</i>		
Soltero(a)	89	91,75
Unión libre	5	5,15
Prefiero no decir	3	3,09
<i>Semestre</i>		
Segundo	18	18,56
Cuarto	20	20,62
Sexto	17	17,53
Octavo	21	21,65
Décimo	21	21,65
<i>Lugar de residencia</i>		
Rural	8	8,25
Urbano	89	91,75
<i>Lugar de procedencia</i>		
Cali	51	52,58

Valle sin incluir Cali	12	12,37
Otro departamento	31	31,96
Exterior	1	1,03
Sin respuesta	2	2,06
<i>Estrato socioeconómico</i>		
1	16	16,49
2	34	35,05
3	34	35,05
4	9	9,28
5	4	4,12
<i>Consumo actual de sustancias psicoactivas</i>		
No	98	100,00

*Mediana (RIC)

Con respecto a la conciencia corporal, se identificó una media del puntaje global de 21,60 (DE: $\pm 4,54$), con un mayor promedio en lo que concierne a la Conciencia Emocional (media: 3,33; DE: $\pm 0,96$), seguido de la Confianza (media: 3,13; DE: $\pm 1,16$), y Percibe (media: 3,10; DE: $\pm 0,94$). Por su parte, las puntuaciones más bajas se presentaron en la dimensión de Escuchar al Cuerpo (media: 2,10; DE: $\pm 1,01$) y en No-distrae, con una media de 2,35 (DE: $\pm 0,76$). (Tabla 4)

Tabla 4. Conciencia corporal interoceptiva en los estudiantes

Variables	Media	Desviación estándar
<i>Percibe</i>	3,10	$\pm 0,94$

<i>No-distrae</i>	2,35	± 0,76
<i>No-inquieta</i>	2,65	± 0,79
<i>Regulación de la atención</i>	2,50	± 0,87
<i>Conciencia emocional</i>	3,33	± 0,96
<i>Auto-Regulación</i>	2,41	± 0,98
<i>Escuchar al cuerpo</i>	2,10	± 1,01
<i>Confianza</i>	3,13	± 1,16
<i>Puntaje global</i>	21,60	± 4,54

En relación con el bienestar mental, los estudiantes presentaron una media de 15,13 puntos (DE: 7,55) para el cuestionario GHQ-12. En cuanto a los diferentes ítems, se observa que el 42,27% de los participantes ha podido concentrarse menos de lo habitual en lo que hace; el 45,36% ha perdido el sueño por preocupaciones más o mucho más de lo habitual; más de la tercera parte (36,08%) sintió que no desempeñaba un papel útil en la vida; un poco más de la mitad (55,67%) se sintió agobiado y en tensión de manera constante, y el 42,26% reportó sentirse poco feliz o deprimido más o mucho más de lo habitual. (Tabla 5)

En contraste, 64,95% de los y las estudiantes indicó que disfruta las actividades del día a día de manera habitual o más de lo habitual, mientras que el 18,56% manifestó sentirse más feliz de lo habitual y el 57,73% igual de costumbre. (Tabla 5)

Tabla 5. Bienestar mental de los estudiantes

Variables	Frecuencia	Porcentaj
		e

<i>Puntaje total[†]</i>	15,13 (7,55)	
<i>Concentrarse bien en lo que hace</i>		
Mejor que lo habitual	7	7,22
Igual que lo habitual	42	43,30
Menos que lo habitual	41	42,27
Mucho menos que lo habitual	7	7,22
<i>Pérdida del sueño por las preocupaciones</i>		
No, en absoluto	21	21,65
Igual que lo habitual	32	32,99
Mas que lo habitual	34	35,05
Mucho más que lo habitual (Ya no puede dormir)	10	10,31
<i>Siente que desempeña un papel útil en la vida</i>		
Mas que lo habitual	18	18,56
Igual que lo habitual	44	45,36
Menos que lo habitual	23	23,71
Mucho menos que lo habitual	12	12,37
<i>Sentirse capaz de tomar decisiones</i>		
Mas capaz que lo habitual	26	26,80
Igual que lo habitual	55	56,70
Menos capaz que lo habitual	11	11,34
Mucho menos capaz que lo habitual	5	5,15
<i>Sentirse agobiado y en tensión</i>		
No, en absoluto	7	7,22
Igual que lo habitual	36	37,11
Más que lo habitual	34	35,05

Mucho más que lo habitual	20	20,62
<i>Sentir que no puede superar las dificultades</i>		
No, en absoluto	24	24,74
Igual que lo habitual	38	39,18
Mas que lo habitual	26	26,80
Mucho más que lo habitual (No se siente capaz)	9	9,28
<i>Disfrutar de las actividades diarias</i>		
Mas que lo habitual	12	12,37
Igual que lo habitual	51	52,58
Menos que lo habitual	30	30,93
Mucho menos que lo habitual (No disfrutas en absoluto)	4	4,12
<i>Capacidad de enfrentar los problemas</i>		
Mas capaz que lo habitual	13	13,40
Igual que lo habitual	59	60,82
Menos capaz que lo habitual	19	19,59
Mucho menos capaz que lo habitual	6	6,19
<i>Sentirse poco feliz o deprimido(a)</i>		
No, en absoluto	16	16,49
No más que lo habitual	40	41,24
Mas que lo habitual	26	26,80
Mucho más que lo habitual	15	15,46
<i>Pérdida de confianza en sí mismo</i>		
No, en absoluto (Se tiene confianza)	24	24,74
No más que lo habitual	28	28,87

Mas que lo habitual	29	29,90
Mucho más que lo habitual (No se tiene confianza)	16	16,49
<i>Ha pensado que no vale nada</i>		
No, en absoluto (Usted vale mucho y merece ser feliz)	51	52,58
No más que lo habitual	25	25,77
Mas que lo habitual	10	10,31
Mucho más que lo habitual (No vale nada y no merece ser feliz)	11	11,34
<i>Se siente razonablemente feliz</i>		
Mas feliz que lo habitual	18	18,56
Igual que lo habitual	56	57,73
Menos feliz que lo habitual	18	18,56
Mucho menos feliz que lo habitual	5	5,15
⁺ Media (DE)		

En cuanto a la correlación entre el bienestar mental y la conciencia corporal, se identificó una correlación inversamente proporcional entre el puntaje del cuestionario GHQ-12 y las dimensiones de Regulación de la atención (ρ : -0,301), Auto-Regulación (ρ : -0,359), Escuchar al Cuerpo (ρ : -0,271) y Confianza (ρ : -0,406), así como con el puntaje global del cuestionario MAIA (ρ : -0,300), siendo estas correlaciones estadísticamente significativas ($p < 0,05$), indicando que a medida que aumenta el puntaje en las dimensiones de la conciencia corporal, se reduce el puntaje del cuestionario GHQ-12, lo que sugeriría un mayor bienestar mental. (Tabla 6)

Tabla 6. Correlación entre bienestar mental y conciencia corporal interoceptiva

Variables	Puntaje GHQ-12	
	Rho	Valor p
<i>Percibe</i>	0,121	0,238
<i>No-distrae</i>	-0,070	0,494
<i>No-Inquieta</i>	-0,023	0,818
<i>Regulación de la atención</i>	-0,301	0,003
<i>Conciencia emocional</i>	-0,044	0,667
<i>Auto-Regulación</i>	-0,359	0,000
<i>Escuchar al cuerpo</i>	-0,271	0,007
<i>Confianza</i>	-0,406	0,000
<i>Puntaje global</i>	-0,300	0,003
Rho (Coeficiente de correlación)		

6. DISCUSIÓN

Para hablar de la relación entre la conciencia corporal y el bienestar mental general de los estudiantes de fisioterapia de una universidad pública del suroccidente colombiano se inició caracterizando a la población con el fin de tener un panorama más completo del contexto en el que se desarrolló la investigación, reconociendo aspectos relevantes del perfil estudiantil que pueden influir en sus experiencias universitarias y condiciones de vida.

En este estudio, la mayoría de la muestra es de sexo femenino (65 %) lo cual coincide con lo reportado por Montoya et al. (4) y por Vergara Darré (34) donde se refleja una tendencia en la participación predominante de mujeres en programas universitarios vinculados al cuidado, la salud y las ciencias sociales. En cuanto a la edad, la media fue de 22 años, lo que se asemeja al promedio encontrado por Montoya et al. (20 años) y al rango reportado por Vergara Darré (18 a 25 años), evidenciando una población estudiantil joven, que se encuentra en una etapa formativa crucial tanto a nivel académico como personal (83).

El estado civil soltero también fue predominante en los tres estudios, siendo del 91,7 % en el presente trabajo, 93 % en Montoya et al. y 76,7 % en Vergara Darré. Esto puede interpretarse como reflejo de una etapa en la que las relaciones afectivas estables no suelen ocupar un lugar prioritario. La soltería en los estudiantes universitarios puede estar asociada a la búsqueda de independencia, al deseo de tener una mayor disponibilidad para responder a exigencias académicas, y a tener relaciones más flexibles e informales que no impliquen algún tipo de responsabilidad (84).

Aunque el estudio de Vergara Darré y el de Montoya et al. no reportan directamente el estrato socioeconómico, la pertenencia mayoritaria a estratos 2 y 3 en la presente investigación (70

%) se puede interpretar como consistente con los perfiles de estudiantes de instituciones públicas, como también ocurre en los estudios comparativos (85).

En relación con la variable de estudio que es la **conciencia interoceptiva en universitarios**, los hallazgos muestran que, entre las distintas dimensiones evaluadas mediante el cuestionario MAIA, los estudiantes de Fisioterapia ($M = 22$ años) obtuvieron puntuaciones altas en conciencia emocional ($M = 3,33$), confianza ($M = 3,13$) y percepción del cuerpo ($M = 3,10$).

Estos resultados podrían estar influenciados por factores contextuales, como la particularidad propia de la región, ya que el 65 % de los participantes proviene de la ciudad de Cali y sus alrededores. La cultura Vallecaucana y en especial Caleña se distingue por una importancia en lo corporal, lo rítmico y lo emocional, aspectos que forman parte central de su vida social y se expresan en tradiciones como el baile, la música (Salsa) y una comunicación interpersonal expresiva (86,87). Esta centralidad del cuerpo y la emocionalidad puede favorecer una mayor conexión con las sensaciones físicas internas, lo cual podría explicar los altos puntajes en dimensiones interoceptivas relacionadas con la conciencia emocional y la confianza corporal (88).

Los datos anteriores coinciden con lo reportado en un estudio realizado en Colombia con estudiantes Universitarios ($M = 20$ años) por Montoya et al. (4), en el que también se observaron puntuaciones altas en conciencia emocional ($M = 3,76$), confianza ($M = 3,33$) y percepción del cuerpo ($M = 3,53$). Esta coincidencia sugiere la existencia de un patrón compartido entre estudiantes de Fisioterapia, posiblemente relacionado con el perfil académico de las carreras del área de la salud que tienden a incorporar nociones sobre el cuerpo, el autocuidado y la percepción somática, lo cual puede fortalecer su conciencia interoceptiva (89).

En Europa se encontraron dos estudios: uno realizado en Portugal por Machorrinho et al. (39), con estudiantes de varios programas académicos ($M = 21,3 \pm 2,2$ años), donde se observaron resultados similares en conciencia emocional ($M = 3,7$), confianza ($M = 3,5$) y percepción del cuerpo ($M = 3,4$); y otro en Francia, con estudiantes de distintas universidades ($M = 23,18 \pm 16,38$ años), reportado por Faccini et al (7), en el que se obtuvieron los siguientes puntajes: conciencia emocional ($M = 2,98$), confianza ($M = 2,90$) y percepción del cuerpo ($M = 3,10$). Dentro de estos rangos también se encontró una puntuación destacada en regulación de la atención ($M = 2,95$).

Igualmente, en Asia, un estudio con población general en Japón (edad: $20,3 \pm 2,2$ años), llevado a cabo por Shoji et al (38), reportó datos similares: conciencia emocional ($M = 2,88$), confianza ($M = 2,67$) y percepción del cuerpo ($M = 2,96$).

En estos cuatro estudios analizados junto con los datos obtenidos de esta investigación, la mayoría de participantes fueron mujeres, con un promedio de edad de 22 años. Aunque no fue un objetivo del estudio establecer diferencias según el género, es relevante mencionar que esta composición de la muestra puede aportar elementos contextuales para interpretar los resultados.

Estudios previos como el de Re Anna et al. en 2021 (90) han sugerido que las mujeres tienden a puntuar más alto en ciertas dimensiones de la conciencia interoceptiva, como la habilidad para notar señales internas y la conciencia del vínculo entre sensaciones corporales y estados emocionales. Esta diferencia se ha atribuido a factores fisiológicos, hormonales y psicosociales (91). Por tanto, no puede descartarse que la alta proporción de mujeres en la muestra haya influido en los resultados observados en esta investigación, aunque no fue un aspecto directamente evaluado.

En conjunto con estos hallazgos, y como elemento común entre los estudios revisados y los resultados de la presente investigación, se destacan puntuaciones elevadas en dimensiones como conciencia emocional y confianza.

Estas dimensiones implican una buena conexión con las sensaciones corporales, lo cual permite identificar y diferenciar estados emocionales a partir de señales físicas internas, como tensión muscular, ritmo respiratorio o palpitaciones. Esta conciencia emocional no solo favorece una mejor regulación afectiva, sino que también refleja una sensibilidad interoceptiva más desarrollada (92). Por otro lado, la dimensión de confianza alude a la experiencia subjetiva del cuerpo como un espacio seguro y fiable, es decir, la percepción de que las sensaciones internas son comprensibles y no amenazantes, lo cual facilita una interpretación más clara y consistente de las mismas.

Continuando con el análisis de las otras dimensiones que presentaron respuestas más bajas en este estudio, tenemos: escuchar al cuerpo ($M = 2,10$), no distraerse ($M = 2,35$), no inquietarse ($M = 2,65$), regulación de la atención ($M = 2,50$) y autorregulación ($M = 2,41$). Esto podría sugerir que los estudiantes presentan dificultades para prestar atención activa a lo que su cuerpo les señala, particularmente en situaciones de malestar, dolor o incomodidad, mostrando una tendencia a evitar o desatender dichas sensaciones (93).

Si lo comparamos con los otros estudios, se observan que en cuanto a las dimensiones con puntuaciones más bajas, hay tanto similitudes como diferencias. La dimensión Escuchar al cuerpo fue la más baja en la muestra de este estudio ($M = 2,10$), así como en la de Francia ($M = 2,19$) (7) y en la japonesa ($M = 2,26$) (38). En el caso del estudio portugués, realizado por Machorrinho et al (39), esta subescala no formó parte de la versión definitiva del MAIA en su validación en ese país, ya que fue excluida debido al bajo rendimiento psicométrico y a una reestructuración factorial que simplificó el modelo a cuatro dimensiones. Pese a ello, los

ítems vinculados a esta dimensión presentaron valores bajos, lo que apunta a una tendencia parecida.

No distraerse también presentó puntuaciones bajas en esta investigación ($M = 2,35$), así como en Japón ($M = 2,44$) (38) y, sobre todo, en Portugal ($M = 1,8$) (39), donde fue la más baja reportada. Cabe señalar que, en el caso de la muestra francesa, se obtuvo un puntaje elevado en esta dimensión ($M = 2,70$) (7), por lo tanto, no se ubicó entre las menos desarrolladas.

Estos resultados muestran que los estudiantes tienen menos desarrolladas las habilidades relacionadas con prestar atención y responder activamente a las señales del cuerpo en momentos de malestar, pero también existen diferencias que dependen del país y del tipo de formación que reciben. La formación en estudiantes de carreras de la salud prioriza el conocimiento técnico y el cuidado del otro, lo que puede llevar a ignorar señales internas de malestar (94). Además, el estrés académico y clínico favorece una desconexión corporal como mecanismo de afrontamiento (95).

En el caso de los estudiantes de Fisioterapia, se observa que reconocen mejor sus sensaciones físicas y emocionales. Este perfil académico podría facilitar una mayor familiaridad con las sensaciones corporales, especialmente al trabajar con el propio cuerpo como herramienta diagnóstica y terapéutica. No obstante, estas habilidades no siempre se traducen en una regulación efectiva del malestar (96).

Referente al **bienestar mental general**, el cual fue evaluado a través del cuestionario General mental health GHQ-12, los estudiantes de fisioterapia de la universidad del sur occidente colombiano, obtuvieron una puntuación media de 15,13 ($DE = 7,55$). Este resultado indica una percepción moderadamente afectada del bienestar mental, con una extensa variabilidad entre participantes. Este resultado podría estar condicionado por factores del contexto académico, sociocultural, rutina académica, presión económica o familiar junto con el

proceso de adaptación y retos de la vida universitaria, en especial en esta población joven que transita por procesos formativos y personales con estratos bajos y medios dentro de una universidad pública. (15).

Al establecer comparación con otros estudios se evidencia que Mumenin et al. (36) en Bangladesh, reportó una media levemente inferior de 14,97 (DE = 5,69), lo que sugiere que la percepción de bienestar mental general se encuentra en una puntuación semejante, pero con menor dispersión entre los participantes. Hung et al. (97) en Vietnam con 1763 estudiantes de medicina, reportó un promedio más elevado, 16,22 (DE = 6,64), Vergara Darré (34), no refleja un promedio global, pero indica que el 77,9% de quienes obtuvieron puntajes altos también presentaron niveles bienestar psicológico reducido, lo que sugiere un grado significativo de afectación en esa población.

Al detallar los ítems con mayor frecuencia de alteración en este estudio, se encontró que el 55,67% de los estudiantes manifestó sentirse agobiado o en tensión constante, el 45,36% reportó pérdida del sueño por preocupaciones, el 42,27% presentó dificultades para concentrarse, el 42,26% refirió sentirse poco feliz o deprimido, y el 36,08% indicó que no desempeñaba un papel útil en su vida diaria. Estos datos permiten observar afectación en dominios, emocional y cognitivo.

Los resultados anteriores coinciden parcialmente con lo reportado por Vergara Darré (34), quien encontró que en Paraguay los porcentajes fueron más elevados en todos esos ítems: el 56,8% de los estudiantes se sintió en tensión constante, el 51,9% experimentó pérdida del sueño, el 50,4% reportó dificultades para concentrarse, el 54,1% expresó sentirse poco feliz o deprimido y el 60,1% manifestó no sentirse útil. En contraste, el estudio de Mumenin et al. (36) en Bangladesh muestra un patrón diferente: aunque los niveles de tensión (27,24%) y pérdida de sueño (34,08%) fueron inferiores a los de esta investigación, los niveles de

alteración en ítems como dificultad para concentrarse (74,5%), sentirse poco feliz o deprimido (68,53%) y no sentirse útil (63,68%) fueron considerablemente más altos.

Cabe señalar que en este estudio se reconocieron indicadores positivos. El 64,95% de los estudiantes reportó que disfruta de sus actividades diarias igual o más que de lo habitual, y el 57,73% indicó sentirse igual o más feliz que de costumbre, lo que refleja una percepción subjetiva relativamente estable del bienestar en la vida cotidiana, a pesar de tensiones manifestadas. Este hallazgo contrasta con lo reportado por Vergara Darré (34), donde solo el 56,7% manifestó disfrutar sus actividades igual o más que de costumbre, y apenas el 20,7% se sintió feliz, lo que podría reflejar un panorama más crítico del bienestar subjetivo en esa población. En el estudio de Bangladesh, se encontró que el 68,53% disfrutaba de las actividades (ítem G9), pero solo el 12,94% expresó sentirse más o mucho más feliz de lo habitual (ítem G12), lo que sugiere una desconexión entre el funcionamiento cotidiano y la experiencia emocional positiva.

Estos resultados considerándolos en conjunto, reflejan que aunque se identifiquen señales de malestar en dominios tales como tensión, el sueño, estado de ánimo, también se observa elementos protectores en la población universitaria, como el disfrutar de la rutina actividades diarias y una percepción subjetiva de felicidad de una manera relativamente conservada. Aspectos como estos se deben tener en cuenta en el momento de diseñar estrategias institucionales de promoción de bienestar mental en la educación superior, reconociendo no únicamente dificultades, sino que también fortalezas presentes en los universitarios.

En cuanto a la **relación de las dos variables**, se encontró una correlación inversa y estadísticamente significativa entre los resultados de la evaluación de conciencia corporal interoceptiva, y el cuestionario de bienestar general. Esta relación fue altamente significativa

en categorías como regulación de la atención, autorregulación, escucha del cuerpo y confianza en las sensaciones corporales.

Estos resultados se alinean con lo planteado por Pizarro y Cedric, (46), quienes sostienen que los déficit o problemas interoceptivos representan un factor común en diversos trastornos emocionales como la ansiedad, la depresión y la alexitimia. Desde el enfoque planteado en esta teoría la conciencia interoceptiva tiene como función principal la autorregulación emocional al promover que los sujetos identifiquen, y luego modulen sus interacciones afectivas internas. En esta línea, conviene destacar que la conciencia interoceptiva supera la simple percepción del dolor y las manifestaciones físicas, constituyéndose de esta manera como una herramienta de autorregistro y regulación emocional, potenciando el funcionamiento personal y fortaleciendo el potencial de los estudiantes universitarios para afrontar las tensiones en la vida personal y académica (98) (99) (100).

Por lo tanto, se puede inferir que, los participantes con mayor puntuación en la evaluación de conciencia multidimensional interoceptiva manifiestan una mayor capacidad para percibir, atender y confiar en las señales provenientes de su cuerpo, favoreciendo el desarrollo de estrategias de autorregulación y control emocional desde una perspectiva mucho más consciente. Desde este enfoque el artículo de Pizarro y Ceric (46), destaca la relación entre la conciencia corporal interoceptiva y la percepción emocional, demostrando que ambos procesos cerebrales se desarrollan en estructuras subyacentes como la ínsula y la corteza cingulada anterior, esta evidencia refuerza que ante una mayor conciencia interoceptiva propiciará un mayor potencial en cuanto a mecanismos adaptativos cognitivos y emocionales.

En consistencia con lo planteado, se hace pertinente la comparación de esta investigación con la de Montoya et al. (4), en este segundo se aplicaron los cuestionarios MAIA e ISO-30. La principal diferencia con el presente trabajo radica en el uso del ISO-30, instrumento diseñado

para evaluar dimensiones asociadas a sintomatología clínica de mayor gravedad (101). Por su parte, el GHQ-12, utilizado en esta investigación, constituye una herramienta breve de tamizaje orientada a la detección de malestar psicológico general, sin clasificaciones clínicas (75).

En el de Montoya et al. (4) se identificó una correlación negativa moderada y significativa entre el puntaje total del MAIA y el ISO-30 ($r = -0.54$, $p < 0.001$). Asimismo, las dimensiones de confianza corporal ($r = -0.578$) y auto-regulación ($r = -0.506$) fueron las que mostraron mayores correlaciones inversas con la orientación suicida, seguidas de escucha al cuerpo ($r = -0.419$) y regulación de la atención ($r = -0.400$).

La coincidencia en los resultados de ambas investigaciones refuerza la hipótesis de que la conciencia corporal cumple una función preventiva frente al malestar psicológico y favorece el bienestar mental general (102). Aunque los instrumentos utilizados para evaluar el malestar mental fueron distintos (GHQ-12 vs ISO-30), los patrones de correlación sugieren un mecanismo común. No obstante, el ISO-30 ofrece un enfoque más clínico y específico, permitiendo identificar dimensiones psicológicas asociadas a conductas suicidas (103), mientras que el GHQ-12 proporciona una aproximación más global, adecuada para contextos poblacionales. Esta distinción metodológica no solo justifica la comparación entre ambos estudios, sino que también respalda la elección del GHQ-12 como herramienta apropiada para los objetivos del presente trabajo.

Además de los hallazgos previamente discutidos, en el año 2023 Tan et al (9). realizaron un estudio con 230 estudiantes universitarios chinos, en el cual emplearon el MAIA, aunque únicamente aplicaron la subescala “Noticing” (Percibe), evaluando así únicamente el primer nivel de la conciencia corporal interoceptiva, sin profundizar en otras dimensiones como la autorregulación, confianza o regulación de la atención.

Otra diferencia metodológica relevante es que, en lugar de evaluar malestar psicológico general como en el presente estudio, Tan et al (9). aplicaron dos instrumentos centrados en la salud mental funcional: el cuestionario Estrategias de Regulación Emocional (RESS), que evalúa las estrategias más comunes que utilizan las personas para manejar sus emociones, y la escala DERS-Awareness, que mide las dificultades para tomar conciencia de las propias emociones.

En particular, el estudio de **Tan et al (9)**. encontró una correlación negativa significativa entre la subescala “Noticing” del MAIA y la escala DERS-Awareness ($r = -0.27$, $p < 0.001$), lo que sugiere que una mayor atención a las sensaciones corporales se asocia con menos dificultades para reconocer y ser consciente de los propios estados emocionales. Esta relación respalda la idea de que la conciencia interoceptiva básica favorece una regulación emocional más eficiente. No obstante, a diferencia de dicho estudio, el presente trabajo incorporó una evaluación multidimensional de la conciencia corporal a través del MAIA completo.

Aunque el estudio de Tan et al (9). aporta una visión útil del vínculo entre percepción corporal y conciencia emocional, su uso exclusivo de la subescala Noticing constituye una limitación cuantitativa, ya que deja por fuera habilidades interoceptivas más complejas, como la capacidad de confiar en las propias sensaciones o de regular activamente las respuestas emocionales desde el cuerpo, elementos que, como muestra el presente estudio, son de gran relevancia para comprender la relación entre interocepción y salud mental en contextos universitarios.

7. CONCLUSIONES

- La caracterización sociodemográfica de los estudiantes de Fisioterapia de una universidad pública del suroccidente colombiano mostró que la mayoría de los participantes eran mujeres jóvenes, con una edad promedio de 22 años, solteras y provenientes principalmente de estratos socioeconómicos 2 y 3. Este perfil es representativo del contexto estudiantil en programas universitarios de pregrado de salud pública en Colombia y ayuda a entender el contexto social en el que los estudiantes viven y responden a los retos académicos, personales y emocionales.
- Los niveles de conciencia interoceptiva fueron elevados en dimensiones como la conciencia emocional, la confianza corporal (Confianza) y la percepción del cuerpo (Percibe). Estos resultados reflejan una fuerte conexión de los estudiantes con su experiencia corporal, posiblemente influida por la formación disciplinar en fisioterapia, que favorece la atención sobre el cuerpo como objeto y sujeto de estudio. No obstante, se evidenciaron debilidades en aspectos como la regulación de la atención, la auto-regulación emocional (Auto-regulación) y la capacidad de escuchar las señales del cuerpo (Escuchar al Cuerpo), lo que sugiere que, aunque existe percepción corporal, no siempre se traduce en una gestión emocional efectiva.
- En cuanto al estado de bienestar mental, los resultados revelaron un nivel moderadamente afectado. Muchos estudiantes reportaron tensión frecuente, dificultades para concentrarse, insomnio y sentimientos de inutilidad. Estos síntomas reflejan una realidad preocupante y coinciden con la tendencia global de deterioro de la salud mental en población universitaria, especialmente en carreras relacionadas con el área de la salud. Factores como el contexto postpandemia, la sobrecarga académica y las exigencias socioeconómicas podrían estar influyendo de manera directa en este panorama.

- Finalmente, el análisis de correlación evidenció una relación inversa y estadísticamente significativa entre la conciencia corporal interoceptiva y el bienestar mental general. Específicamente, el puntaje global del MAIA mostró que, a mayor conciencia corporal en general, menor fue el malestar psicológico percibido. Además, las dimensiones de confianza, autorregulación, regulación de la atención y escucha al cuerpo fueron las que presentaron una asociación más clara con un mejor estado psicológico, lo que indica que estos aspectos específicos de la conciencia corporal podrían desempeñar un papel protector frente al estrés y las demandas académicas. No obstante, estas mismas dimensiones obtuvieron puntajes bajos dentro de la muestra, lo que sugiere que, aunque son recursos valiosos para la gestión emocional, aún no están plenamente desarrollados en esta población. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de incluir estrategias pedagógicas y psicoeducativas centradas en el cuerpo como parte de los programas de promoción del bienestar mental en contextos universitarios.

8. LIMITACIONES

Entre las limitaciones más destacadas de este estudio fue el contexto institucional en el que se realizó la recolección de la información. En este periodo en específico la universidad atravesó una problemática social sensible e importante, lo que desencadenó acciones colectivas del estudiantado, manifestaciones y cese temporal de las actividades académicas. esta circunstancia interfirió de manera directa con la ejecución planeada del estudio.

Adicionalmente, se presentaron complicaciones organizativas asociadas a la asistencia de los estudiantes. En diversas ocasiones, al ingresar a los espacios destinados para la recolección de datos, se detectó una inasistencia de una aproximado de 2 a 4 estudiantes por grupo, lo cual modificó el tamaño de la muestra esperada, lo que obligó a ampliar el tiempo destinado para esta fase en el estudio.

Por otro lado, resultó especialmente complejo captar a estudiantes que no pertenecían a una cohorte específica, ya que cursan asignaturas de distintos semestres sin coincidir con los horarios designados para la recolección de información. Esta condición dificultó su participación efectiva, requiriendo estrategias adicionales de localización y coordinación para garantizar su inclusión en el estudio.

Finalmente, se emplearon instrumentos de autoinforme (MAIA y GHQ-12), los cuales, si bien cuentan con evidencia de validez y confiabilidad, pueden estar influenciados por sesgos de deseabilidad social, interpretación subjetiva de los ítems o fluctuaciones emocionales momentáneas. A su vez, algunas subescalas del MAIA como “No preocuparse” y “No distraerse”, han reportado niveles bajos de consistencia interna en contextos similares, lo cual podría afectar la precisión de los puntajes obtenidos en dichas dimensiones.

9. RECOMENDACIONES

- Dado que la presente investigación incluyó una caracterización sociodemográfica básica de los estudiantes, se recomienda que futuros estudios profundicen en el análisis de la posible relación entre el sexo, la edad, el estado civil o el estrato socioeconómico y la conciencia corporal o el bienestar mental. De este modo, comprender cómo estos factores influyen en la forma en que los estudiantes experimentan su cuerpo y gestionan su salud mental.
- Se recomienda incluir contenidos sobre conciencia corporal, interocepción y regulación emocional dentro de los planes de estudio, bien sea a través de cursos electivos, seminarios de integración o prácticas corporales guiadas. Estas acciones permitirían no solo fortalecer las competencias personales de los estudiantes, sino también enriquecer su desempeño profesional al contar con herramientas de evaluación e intervención que integren los componentes psicológicos y emocionales del movimiento humano.
- Igualmente, se sugiere fomentar espacios de formación en torno a la corporeidad, para superar enfoques centrados en el cuerpo como objeto de estudio y avanzar hacia perspectivas que lo reconozcan como una entidad vivida y sentida. Esta mirada permite enriquecer los procesos formativos desde una comprensión más amplia del cuerpo, en coherencia con el modelo biopsicosocial y no restringida a una visión exclusivamente biomédica o biomecánica. En este sentido, el contacto con las propias sensaciones, emociones y tensiones puede ser una vía para el desarrollo profesional y personal, particularmente como es el caso de la fisioterapia, profesión enfocada en el movimiento corporal humano en sus diferentes dimensiones.

- Se propone implementar programas institucionales de promoción de la salud mental que incorporen prácticas basadas en la conciencia corporal, tales como el entrenamiento en atención plena (mindfulness), el movimiento consciente, el yoga terapéutico, el trabajo somático y otras técnicas cuerpo-mente. Estas actividades deben ser ofrecidas de manera regular, voluntaria y gratuita, integrándose como parte de una estrategia institucional de prevención afectaciones en la salud mental y promoción del bienestar.
- Adicionalmente, se recomienda realizar evaluaciones periódicas del estado emocional y corporal de la población estudiantil, utilizando instrumentos como el MAIA y el GHQ-12, adaptados a las particularidades culturales y lingüísticas del contexto. Esta información permitiría caracterizar de manera más precisa los factores de riesgo y diseñar intervenciones diferenciales según las necesidades de cada individuo.
- Se considera pertinente fortalecer las políticas institucionales en salud mental con una mirada más amplia que incluya dimensiones subjetivas como la corporeidad, la interocepción y la construcción del sentido de vida. En este marco, se sugiere que las universidades reconozcan la salud mental como un componente necesario en el proceso formativo. Esto implica destinar recursos humanos, físicos y financieros suficientes para garantizar acciones sostenidas, articuladas y basadas en la evidencia.
- Es necesario ampliar la evidencia científica mediante estudios con diseños longitudinales o de intervención que permitan explorar los efectos de programas educativos o terapéuticos centrados en la conciencia corporal sobre el bienestar

psicológico de la población universitaria. También resulta relevante realizar análisis diferenciales según género, carrera, semestre académico, carga horaria o condiciones socioeconómicas, con el fin de identificar subgrupos de mayor vulnerabilidad. Asimismo, se sugiere complementar los enfoques cuantitativos con métodos cualitativos que permitan recoger experiencias, narrativas y significados asociados al cuerpo y a la salud mental en los estudiantes.

- Finalmente, se recomienda continuar el proceso de validación transcultural de los instrumentos utilizados, en particular del MAIA, a través de estudios de confiabilidad, consistencia interna y análisis factorial confirmatorio en poblaciones universitarias colombianas. Esto permitirá fortalecer su aplicabilidad, mejorar la calidad de los datos obtenidos y ampliar las posibilidades de uso práctico y preventivo de la escala en el ámbito de la educación superior.

Los resultados obtenidos permiten reconocer el estado actual de la relación entre conciencia corporal y salud mental en estudiantes de fisioterapia, y plantean posibles líneas de acción que contribuyan a mejorar la calidad de vida de esta población.

La comprensión del cuerpo como parte de la experiencia individual y como elemento implicado en la autorregulación permite ampliar las estrategias de formación, investigación e intervención en salud, en consonancia con un enfoque integral y contextualizado.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Monterrosa Á, Ordosgoitia E, Beltrán T. Ansiedad y depresión identificadas con la Escala de Golberg en estudiantes universitarios del área de la salud. MedUNAB [Internet]. 2020 Nov 26 [cited 2025 Jul 2];23(3):372–404. Available from: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3881>
2. Picco L, Seow E, Chua BY, Mahendran R, Verma S, Chong SA, et al. Recognition of mental disorders: findings from a cross-sectional study among medical students in Singapore. BMJ Open [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2025 Jul 2];7(12):e019038. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/12/e019038>
3. Arrieta K, Fortich N, Tirado L, Simancas M. Trastornos mentales comunes y factores asociados en estudiantes de Odontología en Cartagena, Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2025 Jul 2];48(1):10–6. Available from: <https://www-sciencedirect-com.bd.univalle.edu.co/science/article/abs/pii/S0034745017300719?via%3Dihub>
4. Montoya OL, Gómez N, Criado JM, Pérez J, Sancho C, Sánchez M, et al. Exploring the Link between Interoceptive Body Awareness and Suicidal Orientation in University Students: A Cross-Sectional Study. Behavioral Sciences. 2023 Nov 1;13(11).
5. Yalim AC, Daly K, Bailey M, Kay D, Zhu X, Patel M, et al. Wellness and Stress Management Practices Among Healthcare Professionals and Health Professional Students. American Journal of Health Promotion [Internet]. 2025 Feb 1 [cited 2025 Aug 1];39(2):204–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39162683/>

6. Halák J, Kříž P. Phenomenological physiotherapy: extending the concept of bodily intentionality. *Medical Humanities* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2025 Aug 1];48(4):e14–e14. Available from: <https://mh.bmj.com/content/48/4/e14>
7. Faccini J, Bayard S, Madiouni C, Del-Monte J. Suicidal risk, insomnia symptoms, and interoceptive sensitivity: Network analysis in a university student population. *Journal of American College Health* [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 2]; Available from: <https://www.tandfonline-com.bd.univalle.edu.co/doi/abs/10.1080/07448481.2025.2479693>
8. Nord CL, Garfinkel SN. Interoceptive pathways to understand and treat mental health conditions. *Trends in Cognitive Sciences* [Internet]. 2022 Jun 1 [cited 2025 Jul 2];26(6):499–513. Available from: <https://www.cell.com/action/showFullText?pii=S1364661322000626>
9. Tan Y, Wang X, Blain SD, Jia L, Qiu J. Interoceptive attention facilitates emotion regulation strategy use. *International Journal of Clinical and Health Psychology* [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2025 Jul 3];23(1):100336. Available from: <https://www-sciencedirect-com.bd.univalle.edu.co/science/article/pii/S169726002000448?via%3Dihub>
10. World Health Organization. World Mental Health Report [Internet]. 2022 [cited 2025 Jul 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
11. Teresa M, Ramírez G, Hernández RL, García-Campayo J. Relación entre la depresión , la ansiedad y los síntomas psicosomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(2):141-5.

12. Pérez VC, Bonnefoy DC, Cabrera FA, Peine GS, Macaya AK, Baqueano RM, et al. Problemas de salud mental en alumnos universitarios de primer año de Concepción, Chile. *Anales Psicol.* 2012;28(3):797-804.
13. Arrieta KM, Díaz S, Martínez G. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios : prevalencia y factores relacionados. *Rev Clín Med Fam.* 2014;7(1):14-22.
14. Campo CG, Gutierrez SJC. Psicopatología en estudiantes universitarios de la Facultad de Salud - Univalle. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2001;XXX(4):351-8.
15. Regalado M, Baltazar H, Pineda F, Medina A. Mental health in young university students: A challenge for institutions. *Atencion Primaria Practica.* 2023 Oct 1;5(4).
16. Urrego-Betancourt Y, Castro-Muñoz JA, Garavito-Ariza CE, Yáñez-Botello CR. Influencia del bienestar psicológico y subjetivo en el afrontamiento, los hábitos de estudio y uso de TICS en estudiantes universitarios durante la pandemia por COVID-19. *MedUNAB* [Internet]. 2022;25(2):176-192. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.4426>
17. Molano-Tobar N, Rojas E, Velez R. Estado emocional y su correlación con las habilidades de afrontamiento de universitarios, Popayán-Colombia. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, ISSN-e 1988-2041, ISSN 1579-1726, N° 42, 2021, págs 154-161 [Internet]. 2021 [cited 2025 Aug 5];42(42):154–61. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7986312&info=resumen&idioma=E>
[NG](#)

18. Warren V. Holistic Wellness Experiences: The Design of Transformative Retreats. Reference Module in Social Sciences [Internet]. 2024 Jan 1 [cited 2025 Aug 1]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780443137013000712?via%3Dihub>
19. Feng D, Zhang Y. College Students' Knowledge, attitudes, and practices regarding body posture: A cross-sectional survey–Taking a university in Wuhu City as an example. Preventive Medicine Reports. 2023 Dec 1;36.
20. Paulus MP, Feinstein JS, Khalsa SS. An Active Inference Approach to Interoceptive Psychopathology. Annual Review of Clinical Psychology. 2019 May 7;15:97–122.
21. Marchán G. El Modelo Biopsicosocial de la Fisioterapia y la Educación Bioética para la Formación Profesional Humanista. CIENCIAEDUC [Internet]. 2022 [cited 2025 Jul 6];10, núm. 1. Available from: <https://portal.amelica.org/ameli/journal/480/4803731033/>
22. Farb N, Daubenmier J, Price CJ, Gard T, Kerr C, Dunn BD, et al. Interoception, contemplative practice, and health. Frontiers in Psychology [Internet]. 2015 Jun 9 [cited 2025 Jul 6];6(JUN):118347. Available from: www.frontiersin.org
23. Alcaldía de Cali. Así es la historia de nuestra amada Cali [Internet]. Santiago de Cali: Alcaldía de Cali; [citado 2025 jun 9]. Disponible en: <https://www.cali.gov.co/gobierno/publicaciones/1335/asi-es-la-historia-de-nuestra-amada-cali/>
24. Universidad del Valle / Cali, Colombia [Internet]. Univalle.edu.co. 2015 [cited 2024 Sep 28]. Available from: <https://www.univalle.edu.co/historia-de-las-facultades/facultad-de-salud-75-aniversari>

25. Zapata-Ospina J, Patiño-Lugo D, Vélez CM, Campos-Ortiz S, Madrid-Martínez P, Pemberthy-Quintero S, et al. Mental health interventions for college and university students during the COVID-19 pandemic: a critical synthesis of the literature. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2025 Aug 5];50(3):199–213. Available from:
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745021000834>
26. Carbonell D, Arevalo S, Morales M, Ocampo MB, Cepeda IL. Síntomas depresivos, ansiedad, estrés y factores asociados en estudiantes de medicina. *Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health* [Internet]. 2019 Dec 15 [cited 2025 Aug 1];2(2):e-021. Available from:
<https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/IJEPH/article/view/5497>
27. Gobernación del Valle del Cauca. Análisis Integral de Salud Mental en el Valle del Cauca. Cali, Colombia: Gobernación del Valle del Cauca; 2023 [citado 2025 ago 1]. Disponible en:
<https://www.valledelcauca.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=viewpdf&id=62655>
28. Secretaría de Slud. En 2024, más de 6000 personas consultaron la Línea 106 para recibir orientación en salud mental [Internet]. Portal Alcaldía de Santiago de Cali. 2025 [cited 2025 Aug 1]. Available from:
<https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/184946/en-2024-mas-de-6000-personas-consultaron-la-linea-106-para-recibir-orientacion-en-salud-mental/#:~:text=Cualquier%20persona%20puede%20comunicarse%20marcado,de%20tiempo%2C%20ni%20de%20edad>

29. Universidad del Valle / Cali, Colombia [Internet]. Univalle.edu.co. 2015 [cited 2024 Sep 28]. Available from:
<https://www.univalle.edu.co/historia-de-las-facultades/facultad-de-salud-75-aniversario>
30. Vicerrectoría de Bienestar Universitario, Universidad del Valle. Salud Mental — Programa Universidad Saludable. Cali, Colombia: Universidad del Valle; [s.f.] [citado 2025 ago 1]. Disponible en:
<https://vicebienestar.univalle.edu.co/proyecto-universidad-saludable/salud-mental>
31. Universidad del Valle. *Programa Académico de Fisioterapia* [Internet]. Cali: Facultad de Salud, Universidad del Valle; [citado 2024 Dic 6]. Disponible en:
<https://salud.univalle.edu.co/10-escuela-de-rehabilitacion-humana/33-fisioterapia>
32. García EA, Castillo DA, Cepeda I, Pacheco JL, López RP. Ansiedad y depresión en estudiantes universitarios: relación con rendimiento académico. *Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health* [Internet]. 2019 Jun 26 [cited 2025 Jul 6];2(1):e-022. Available from:
<https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/iJEPH/article/view/5342>
33. Ainley V, Tsakiris M. Body Conscious? Interoceptive Awareness, Measured by Heartbeat Perception, Is Negatively Correlated with Self-Objectification. *PLoS ONE*. 2013 Feb 6;8(2).
34. Vergara Darré MV. Trastornos mentales y bajos niveles de bienestar psicológico en estudiantes universitarios. *Revista científica ciencias de la salud*, ISSN-e 2664-2891, N° 5, 2023 (Ejemplar dedicado a: Revista científica ciencias de la salud - ISSN: 2664-2891) [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 3];(5):19. Available from:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10009856&info=resumen&idioma=SPA>

35. Moreta R, López C, Ramos M, López J. Estructura factorial y fiabilidad del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) en universitarios ecuatorianos. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento* [Internet]. 2018 [cited 2025 Jul 6];10, núm. 3:35–42. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/3334/333464720002/html/>
36. Mumenin N, Kabir Hossain ABM, Hossain MA, Debnath PP, Nusrat Della M, Hasan Rashed MM, et al. Screening depression among university students utilizing GHQ-12 and machine learning. *Heliyon* [Internet]. 2024 Sep 15 [cited 2025 Jul 3];10(17):e37182. Available from: <https://www.cell.com/action/showFullText?pii=S2405844024132136>
37. Mert A, Kahraman M, Farkındalığın B, Olarak Y, Memnuniyeti B, İyilik V, et al. Body Satisfaction and Well-Being Status as Predictors of Conscious Awareness. *Bartın University Journal of Faculty of Education* [Internet]. 2019 Jun 30 [cited 2025 Jul 3];8(2):645–65. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/buefad/issue/46051/482699>
38. Shoji M, Mehling WE, Hautzinger M, Herbert BM. Investigating multidimensional interoceptive awareness in a Japanese population: Validation of the Japanese MAIA-J. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2018 Oct 8 [cited 2025 Jul 3];9(OCT):385678. Available from: www.frontiersin.org
39. Machorrinho J, Veiga G, Fernandes J, Mehling W, Marmeleira J. Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness: Psychometric Properties of the Portuguese Version. *Perceptual and Motor Skills* [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2025 Jul 3];126(1):87–105. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30451581/>

40. Şahbaz C, Cihan E, Sönmez B, Gerçek H. Genç Yetişkinlerde Vücut Farkındalığı ile Fiziksel Aktivite, Depresyon ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. CBÜ Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi [Internet]. 2022 Dec 31 [cited 2025 Jul 3];17(2):207–15. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/cbubesbd/issue/73352/1118305>
41. Hashimoto Y, Kawakami R, Gando Y, Sawada S, Matsudaira K, Naito H. The association between physical activity and Body Awareness: Taiikugaku kenkyu (Japan Journal of Physical Education, Health and Sport Sciences) [Internet]. 2022 [cited 2025 Jul 3];67(0):437–44. Available from: https://www.researchgate.net/publication/360211628_The_Association_between_Physical_Activity_and_Body_Awarenessshentihuodongliangtobodiaueanesunoguanlian_Cross-Sectional_Study_of_Japanese_Female_University_Studentsribenrennuzidaxueshengwoduixiangtoshi
42. Probst M. Physiotherapy and Mental Health. Clinical Physical Therapy [Internet]. 2017 May 31 [cited 2025 Aug 5]; Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/54472>
43. Parma C, Doria F, Zulueta A, Lanzone J, Boscarino M, Giani L, et al. An Overview of the Bodily Awareness Representation and Interoception: Insights and Progress in the Field of Neurorehabilitation Research. Brain Sciences 2024, Vol 14, Page 386 [Internet]. 2024 Apr 16 [cited 2025 Jul 3];14(4):386. Available from: <https://www.mdpi.com/2076-3425/14/4/386/html>
44. Möllmann A, Heinrichs N, Herwig A. A conceptual framework on body representations and their relevance for mental disorders. Frontiers in Psychology. 2023 Jan 5;14:1231640.
45. Khalsa SS, Adolphs R, Cameron OG, Critchley HD, Davenport PW, Feinstein JS, et al. Interoception and Mental Health: A Roadmap. Biological Psychiatry: Cognitive

Neuroscience and Neuroimaging [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2025 Jul

6];3(6):501–13. Available from:

<https://www-sciencedirect-com.bd.univalle.edu.co/science/article/pii/S2451902217302343?via%3Dihub>

46. Pizarro C, Ceric F. La interocepción en el procesamiento emocional: de la sensación a la psicopatología. Papeles del Psicólogo [Internet]. 2023 May 1 [cited 2025 Jul

6];44(2):102–9. Available from:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0214-78232023000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=en

47. Mehling WE, Wrubel J, Daubenmier JJ, Price CJ, Kerr CE, Silow T, et al. Body Awareness: A phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 2011 Apr 7;6(1).

48. Proske U, Gandevia SC. The proprioceptive senses: Their roles in signaling body shape, body position and movement, and muscle force. *Physiological Reviews* [Internet]. 2012 Oct 1 [cited 2025 Jul 3];92(4):1651–97. Available from:

/doi/pdf/10.1152/physrev.00048.2011

49. Buffone J. La construcción del esquema corporal infantil desde una perspectiva merleau-pontyana. La propiocepción como fundamento del accouplement fenomenológico. *Areté* [Internet]. 2019 Nov 4 [cited 2025 Jul 3];31(2):297–320.

Available from: <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/arete/article/view/21381>

50. Gallagher S. Body schema and intentionality. In: Bermúdez J, Eilan N, Marcel AJ, editors. *The body and the self*. Oxford: Oxford University Press; 1995. p. 225–244.

Available from:

https://www.researchgate.net/publication/312939682_Gallagher_S_1995_Body_schema_and_intentionality

51. Naraindas AM, Cooney SM. Body image disturbance, interoceptive sensibility and the body schema across female adulthood: a pre-registered study. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2023 Nov 30 [cited 2025 Aug 5];14:1285216. Available from: <https://www.prolific.co/>
52. Quezada L, Gonzáles M, Cebolla A, Soler J, Garcia J. PubMed. 2014 [cited 2025 Jul 6]. Body awareness and mindfulness: validation of the Spanish version of the Scale of Body Connection. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24715363/>
53. Montoya O, Gómez N, Bermúdez G, Correa L, Cañón S, Juárez R, et al. Psychometric Properties of the Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) Questionnaire in Colombian University Students. *Journal of Clinical Medicine*. 2023 Apr 1;12(8).
54. Bisquerra R, Pérez N. Las competencias emocionales. *Educación XXI*. 2007;10:61–82.
55. Salaverry O. La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica* [Internet]. 2012 [cited 2025 Jul 3];29(1):143–8. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100022&lng=es&nrm=iso&tlng=es
56. Salud Mental. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [cited 2025 Jul 6]. Salud Mental. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1
57. World Health Organization. Plan de acción sobre salud mental 2013–2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2024 Sep 30]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/97488>

58. Expósito V, Torres ME, Domínguez JA. Determinantes sociales de la ansiedad en el siglo XXI. *Atención Primaria Práctica* [Internet]. 2024 Apr 1 [cited 2025 Jul 3];6(2). Available from:
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-practica-24-articulo-determinante-s-sociales-ansiedad-el-siglo-S2605073024000026>
59. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2022 Mar 18;
60. Leal IY. El Estrés: Cómo nos Afecta. *Revista Científica General José María Córdova* [Internet]. 2006 [cited 2025 Jul 3];4(4):56–8. Available from:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476259067015>
61. Wojujutari AK, Idemudia ES, Ugwu LE. The evaluation of the General Health Questionnaire (GHQ-12) reliability generalization: A meta-analysis. *PLoS ONE*. 2024 Jul 1;19(7 July).
62. Hernández-Torrano D, Ibrayeva L, Sparks J, Lim N, Clementi A, Almukhambetova A, et al. Mental Health and Well-Being of University Students: A Bibliometric Mapping of the Literature. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2020 Jun 9 [cited 2025 Aug 5];11:540000. Available from:
<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2020.01226/full>
63. Merleau-Ponty M. *Fenomenología de la percepción* [Internet]. Traducción de: *Phénoménologie de la perception*. México: Ediciones Península; 1993 [citado 2 ago 2025]. Disponible en:
https://monoskop.org/images/9/9b/Merleau-Ponty_Maurice_Fenomenologia_de_la_percepcion_1993.pdf

64. Huairie E. Método de investigación [Internet]. Aacademica.org; 2019 [cited 2024 Jun 19]. Available from: <https://www.aacademica.org/edson.jorge.huairie.inacio/35.pdf>
65. Wang X, Cheng Z. Cross-Sectional Studies: Strengths, Weaknesses, and Recommendations. Chest [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2025 Aug 5];158(1):S65–71. Available from: <https://journal.chestnet.org/action/showFullText?pii=S0012369220304621>
66. Shouxin L. Correlational Research. The ECPH Encyclopedia of Psychology [Internet]. 2024 [cited 2025 Aug 5];1–2. Available from: https://link.springer.com/rwe/10.1007/978-981-99-6000-2_419-1
67. Clínica Universidad de Navarra. *Edad. Diccionario médico* [Internet]. Pamplona y Madrid: Clínica Universidad de Navarra; [citado 2024 Nov 6]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/edad>
68. Planned Parenthood Federation of America, Inc. *Sexo e identidad de género* [Internet]. Planned Parenthood; [citado 3 ago 2025]. Disponible en: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/identidad-de-genero/sexo-e-identidad-de-genero/>
69. Real Academia Española. *Domicilio*. Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid: Real Academia Española; [citado 2025 Aug 6]. Disponible en: <https://dle.rae.es/domicilio>
70. ¿Qué son los estratos sociales y cómo sé a cuál pertenezco? - Info Pa'lante [Internet]. Infopalante.org. [citado el 5 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.infopalante.org/es/articles/1500002707802>
71. Universitaria de Colombia. *¿Qué es un periodo académico?* [Internet]. [s. l.]: Universitaria de Colombia; [citado 2025 Aug 3]. Disponible en: <https://universitariadecolombia.edu.co/faq-items/que-es-un-periodo-academico/>

72. Martinez O. Evaluación de la conciencia corporal en Colombia [Internet]. Ecr.edu.co. 2023 [cited 2024 Oct 13]. Available from:
<https://www.ecr.edu.co/caracteristicas-de-un-instrumento-para-la-evaluacion-de-la-conciencia-corporal-el-nuevo-articulo-publicado-por-profesores-investigadores-ec>
73. Mehling WE, Price C, Daubenmier JJ, Acree M, Bartmess E, Stewart A. The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). PLoS ONE. 2012 Nov 1;7(11).
74. Bautista TG, Roman G, Khan M, Lee M, Sahbaz S, Duthely LM, et al. What is well-being? A scoping review of the conceptual and operational definitions of occupational well-being. *J Clin Transl Sci* [Internet]. 2023 Oct 16 [cited 2025 Aug 2];7(1):e227.<https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-clinical-and-translational-science/article/what-is-wellbeing-a-scoping-review-of-the-conceptual-and-operational-definitions-of-occupational-wellbeing/8A0D5A8CCF2442608153A49D4198479A>
75. Ruiz FJ, García DM, Suárez JC. General Health Questionnaire-12 validity in Colombia and factorial equivalence between clinical and nonclinical participants. *Psychiatry Research* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2025 Jul 6];256:53–8. Available from:
<https://www.sciencedirect-com.bd.univalle.edu.co/science/article/pii/S0165178116321886?via%3Dihub>
76. Valenzuela C, Reyes A. Psychometric properties of the multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA) in a Chilean population. *Frontiers in Psychology*. 2015;6(FEB).
77. Mehling W, Valenzuela Moguillansky C. Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) Evaluación Multidimensional de la Conciencia

Corporal Interoceptiva (MAIA por sus siglas en inglés) Traducción al español coordinada por [Internet]. Available from: https://osher.ucsf.edu/sites/osher.ucsf.edu/files/inline-files/MAIA_Spanish.pdf

78. Campo A. Cuestionario general de salud-12: Análisis de factores en población general de Bucaramanga, Colombia. Iatreia [Internet]. 2007 Mar [cited 2025 Jul 6];20(1):29–36. Available from: https://www.researchgate.net/publication/26582771_Cuestionario_general_de_salud-12_analisis_de_factores_en_poblacion_general_de_Bucaramanga_Colombia_General_health_questionnaire-12_factor_analysis_in_the_general_population_of_Bucaramanga_Colombia
79. Comotti A, Barnini T, Fattori A, Paladino ME, Riva MA, Bonzini M, et al. Rethinking students' mental health assessment through GHQ-12: evidence from the IRT approach. BMC Psychology [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Jul 3];12(1):1–8. Available from: <https://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-024-01808-4>
80. Anjara SG, Bonetto C, van Bortel T, Brayne C. Using the GHQ-12 to screen for mental health problems among primary care patients: Psychometrics and practical considerations. International Journal of Mental Health Systems [Internet]. 2020 Aug 10 [cited 2025 Aug 5];14(1):1–13. Available from: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-020-00397-0>
81. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución número 8430 de 1993 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993 [cited 2024 Dec 5]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>

82. Aarons DE. Exploring the risk/benefit balance in biomedical research: some considerations. *Revista Bioética* [Internet]. 2017 Aug [cited 2025 Jul 6];25(2):320–7. Available from: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/zJ6V6y7B9MWPvCb6WykstF/?lang=en>
83. Cardoso HF, Borsa JC, Segabinazi JD. Indicadores de saúde mental em jovens: fatores de risco e de proteção. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia* [Internet]. 2018 Oct 7 [cited 2025 Aug 5];9(3supl):03–25. Available from: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/30529>
84. Apostolou M, Jiaqing O, Esposito G. Singles’ Reasons for Being Single: Empirical Evidence From an Evolutionary Perspective. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2020 May 6 [cited 2025 Aug 5];11:468960. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2020.00746/full>
85. Pérez-Contreras B. Perfil sociodemográfico y económico de estudiantes universitarios. Socio-demographic and economic profile of university students. [cited 2025 Aug 5]; Available from: <https://doi.org/10.21892/01239813.391>
86. González Vélez, C. A. (2024). La tradición de los Estudios de la Salsa, un abordaje desde los Estudios Artísticos. *Estudios Artísticos: revista de investigación creadora*, 10(16), 20-37. DOI: <https://doi.org/10.14483/25009311.21186>
87. Rocío M, Villarreal M. La música salsa: experiencia potenciadora del aprendizaje del español como lengua extranjera. *Hechos y Proyecciones del Lenguaje* [Internet]. 2017 [cited 2025 Aug 5];23(23):116–25. Available from: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/rheprol/article/view/3848>
88. Atanasova K, Lotter T, Reindl W, Lis S. Multidimensional Assessment of Interoceptive Abilities, Emotion Processing and the Role of Early Life Stress in

Inflammatory Bowel Diseases. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2021 Jun 24 [cited 2025 Aug 5];12:680878. Available from: www.frontiersin.org

89. Finn GM, Hafferty FW, Quinton H. The Significance of the Body in Health Professions Education. *Applied Philosophy for Health Professions Education: A Journey Towards Mutual Understanding* [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2025 Aug 5];85–101. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-981-19-1512-3_7
90. Re A, Malvica S, Lucifora C, Perconti P, Bruni D. Gender differences in the interoceptive awareness: a pilot study on Italian people. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology* [Internet]. 2023 Apr 30 [cited 2025 Aug 5];11(1). Available from: <https://cab.unime.it/journals/index.php/MJCP/article/view/3571>
91. Ordaz S, Luna B. Sex differences in physiological reactivity to acute psychosocial stress in adolescence. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2012 Aug [cited 2025 Aug 5];37(8):1135. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3472630/>
92. Lee N, Kim M, Jung M. Effects of a Mindfulness-based Education Program on Mindfulness, Emotional Regulation, Interoceptive Awareness, and University-life Adjustment for Korean University Freshmen. *Journal of Research and Health* [Internet]. 2024 Jan 1 [cited 2025 Aug 5];14(1):31–42. Available from: <http://jrh.gmu.ac.ir/article-1-2412-en.html>
93. Sun Q, Shen X, Qi M, Suliman M, Tian S. The Mediating Role of Interoceptive Sensitivity in the Relationship between Physical Activity and Depression Symptoms in College Students. *Behavioral Sciences* 2024, Vol 14, Page 608 [Internet]. 2024 Jul 18 [cited 2025 Jul 6];14(7):608. Available from: <https://www.mdpi.com/2076-328X/14/7/608/htm>

94. Ashraf D. The Hidden Epidemic: Burnout and Mental Health Amongst Medical Students. *Surgo* [Internet]. 2024 Jun 21 [cited 2025 Aug 5];1(3). Available from: <https://journals.gla.ac.uk/surgo/article/view/297>
95. Castrillón E, Sarsosa K, Moreno F, Moreno S. Estrés académico y sus manifestaciones inmunológicas: La evidencia de la psico-neuro-endocrino-inmunología. *Salutem Scientia Spiritus* 2015; 1(1):16-28
96. Vignemont F de. Affective Bodily Awareness. *Elements in Philosophy of Mind* [Internet]. 2023 Oct 12 [cited 2025 Aug 5]; Available from: <https://www.cambridge.org/core/elements/affective-bodily-awareness/62D04255BD6775F8D36F2989C7BE221A>
97. Hung PV, Long TD, Phuong NM, Nhu TTH, My LH, Vinh NT, et al. RELIABILITY, VALIDITY, AND FACTOR STRUCTURE OF THE 12-ITEM GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ-12) AMONG STUDENTS AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ* [Internet]. 2023 Oct 20 [cited 2025 Jul 3];(6):15–22. Available from: <https://tapchi.ctump.edu.vn/index.php/ctump/article/view/728>
98. Eggart M, Valdés J. Can changes in multidimensional self-reported interoception be considered as outcome predictors in severely depressed patients? A moderation and mediation analysis. *Journal of Psychosomatic Research* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2025 Jul 6];141:110331. Available from: <https://www-sciencedirect-com.bd.univalle.edu.co/science/article/pii/S002239992030893X?via%3Dihub>
99. Colgan DD, Eddy A, Green K, Oken B. Adaptive body awareness predicts fewer central sensitization-related symptoms and explains relationship between central sensitization-related symptoms and pain intensity: A cross-sectional study among

- individuals with chronic pain. *Pain Practice* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2025 Jul 6];22(2):222–32. Available from: [/doi/pdf/10.1111/papr.13083](https://doi.org/10.1111/papr.13083)
100. Desdentado L, Miragall M, Llorens R, Baños RM. Disentangling the role of interoceptive sensibility in alexithymia, emotion dysregulation, and depression in healthy individuals. *Current Psychology* [Internet]. 2023 Aug 1 [cited 2025 Jul 6];42(24):20570–82. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-022-03153-4>
101. Osman A, Gutierrez PM, Barrios FX, Bagge CL, Kopper BA, Linden S. The inventory of suicide orientation-30: Further validation with adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology* [Internet]. 2005 Apr 1 [cited 2025 Jul 6];61(4):481–97. Available from: [/doi/pdf/10.1002/jclp.20086](https://doi.org/10.1002/jclp.20086)
102. Pérez-Pena M, Notermans J, Petit J, van der Gucht K, Philippot P. Body Aware: Adolescents' and Young Adults' Lived Experiences of Body Awareness. *Psychologica Belgica* [Internet]. 2024 Aug 12 [cited 2025 Aug 5];64(1):108–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39156863/>
103. Galarza, A. L., Fernández-Liporace, M., Castañeiras, C., & Freiberg-Hoffmann, A. (2019). Análisis Psicométrico del Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30 en Adolescentes Escolarizados (14-18 años) y Jóvenes Universitarios Marplatenses [Psychometric analysis of the Inventory of Suicide Orientation ISO-30 in adolescent students (14-18 years) and young college students from Mar del Plata]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 51(2), 135–147. <https://doi.org/10.21865/RIDEP51.2.10>

11. ANEXOS

1. Encuesta sociodemográfica:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeH6dGwcSHU01ODMCuUVIIPXxHoyYZnoBSihw9oi9TRdOeEAg/viewform?usp=sharing>

2. Consentimiento informado

En primera instancia se extenderá la invitación a los estudiantes del programa de fisioterapia de la universidad del valle, donde se manifestará el propósito de la investigación, los riesgos y beneficios de participar. El consentimiento informado se lo dará a conocer en el primer semestre del año 2025-1 en el mes de febrero que comienza este ciclo, este estará socializado por las tres estudiantes que están al pie de este proceso investigativo quienes son estudiantes de fisioterapia que en este momento cursan noveno semestre de fisioterapia. Para ello se citará a los estudiantes en la Universidad del Valle, solicitando espacio de cualquier auditorio disponible en el momento para mayor comodidad, socialización y comunicación.

 Universidad del Valle
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTE CONCIENCIA CORPORAL EN MOVIMIENTO Código del participante _____ Le invitamos a participar en una investigación que tiene como objetivo definir si hay asociación entre la conciencia corporal interoceptiva y el bienestar mental general de los estudiantes de fisioterapia en la Universidad del Valle, en la cual participarán aproximadamente 187 estudiantes de fisioterapia del periodo académico 2025-1, mayores de 18 años, incluido(a) usted. Le garantizamos que ni su nombre ni sus datos personales serán expuestos, ya que de aquí en adelante solo se identificará con el código a usted asignado en la parte superior de este documento.

https://docs.google.com/document/d/1mX-ma6O1y9MSIiEM4_5t9hvhwj3ecmSD/edit?usp=sharing&oid=102566806248425241119&rtpof=true&sd=true

3. GHQ-12

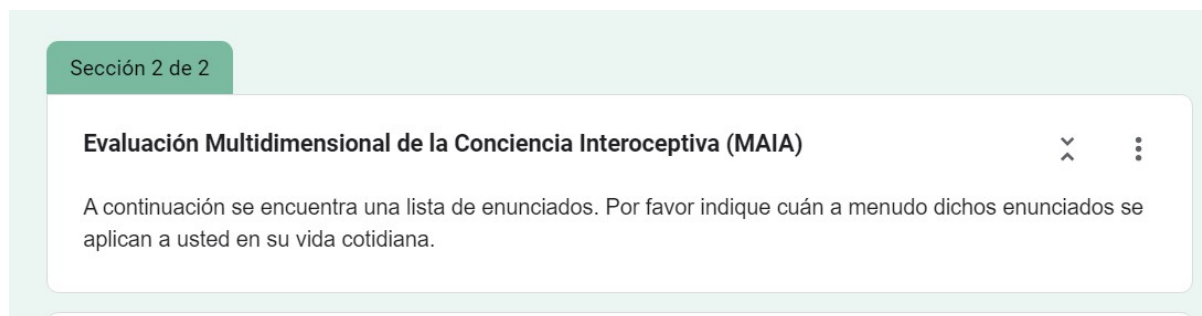


The screenshot shows a Google Form titled "Cuestionario de Salud General de Goldberg, versión de 12 ítems (GHQ12)". It is labeled "Sección 1 de 2". The form includes a text area for an email address, marked as required with a red asterisk. Below the text area, it says "Correo válido" and "Este formulario registra los correos. Cambiar configuración". The form has a clean, white background with a light green header and footer.

https://docs.google.com/forms/d/1kBjk94-PmBayhZ7X4m8568pTSVSTIbujurCzM5y_DGA/ed

[it](#)

4. Cuestionario MAIA



The screenshot shows a Google Form titled "Evaluación Multidimensional de la Conciencia Interoceptiva (MAIA)". It is labeled "Sección 2 de 2". The form includes a text area for a list of statements, with instructions: "A continuación se encuentra una lista de enunciados. Por favor indique cuán a menudo dichos enunciados se aplican a usted en su vida cotidiana." The form has a clean, white background with a light green header and footer.

https://docs.google.com/forms/d/1kBjk94-PmBayhZ7X4m8568pTSVSTIbujurCzM5y_DGA/ed

[it](#)

5. Acuerdo de confidencialidad

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA EL MANEJO DE DATOS EN INVESTIGACIÓN

Entre las investigadoras Karla Alejandra Rosero Florez, Anyelli Daniela Coral Rojas y Danna Valeria Rosero Chingal (en adelante, "Las Investigadoras") nuestra asesora metodológica Delia constanza Serpa Anaya, la Universidad del Valle (en adelante, "La Institución"), se suscribe el presente Acuerdo de Confidencialidad, con el fin de garantizar la protección y el adecuado tratamiento de los datos personales y académicos de los estudiantes de fisioterapia participantes en la investigación titulada "Correlación entre conciencia corporal interoceptiva y el bienestar mental general en Estudiantes de Fisioterapia de una universidad pública".

1. OBJETO

El presente acuerdo tiene como finalidad garantizar la confidencialidad y el uso exclusivo para fines académicos de los datos recopilados en la investigación sobre Correlación entre conciencia corporal interoceptiva y el bienestar mental general en Estudiantes de Fisioterapia de una universidad pública.

[https://docs.google.com/document/d/li9ZjlMFp3JCQtGsz3Aa8VWUYh0k0ztS8wZLznytYo5g/
edit?tab=t.0](https://docs.google.com/document/d/li9ZjlMFp3JCQtGsz3Aa8VWUYh0k0ztS8wZLznytYo5g/edit?tab=t.0)