

“ACTIVA A TÚA SAÚDE”

Programa de fisioterapia con orientación comunitaria

AUTORAS

Noa Siñuela González, Margarita Prego Sobral y María Jesús Martínez Martínez.

Fisioterapeutas Comunitarias en el Área Sanitaria de Vigo, SERGAS.

PALABRAS CLAVE (keywords)

Fisioterapia comunitaria, envejecimiento activo, educación para la salud, ejercicio terapéutico, comunidad.

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (en adelante ERYMEs) se asocian, por lo general, con *dolor* y *limitación de la movilidad*, y se caracterizan por su alta prevalencia en la población, su tendencia a la *cronicidad* y su elevado potencial de ocasionar discapacidad. Ambos aspectos, dolor y cronicidad, se abordarán más adelante debido a su carácter transversal en la casi totalidad de patología derivada a la Unidad de Fisioterapia en Atención Primaria y Comunitaria (UFAPyC).

Las ERYMEs tienen un gran impacto en la calidad de vida y la funcionalidad de las personas que las padecen, con importante repercusión en la esfera psicosocial. Según la OMS suponen la primera causa de discapacidad física. Los costes socioeconómicos directos e indirectos derivados de la falta de productividad y prestaciones sociales lo convierten en un problema de salud de primera magnitud. Según la Encuesta Europea de Salud en España (EES) 2009, en los 12 meses anteriores a la encuesta, el dolor lumbar y cervical son los trastornos más frecuentes en la población mayor de 16 años, solo superados por la hipertensión arterial. Solo la artrosis de rodilla supone la cuarta causa a nivel global de años perdidos por discapacidad. En relación con el impacto laboral en España, son responsables del 24 % de las IT y del 50% de las IP.

Se prevé que las ERYMES irán en aumento en los próximos años ya que están relacionadas con el envejecimiento progresivo de la población y con los cambios en los estilos de vida, lo cuál generará una gran carga asistencial en las consultas del MEAP (Médico Especialista en Atención Primaria), Enfermería y UFAP en los Centros de Salud. Conviene recordar su asociación con el dolor crónico y su tendencia a la cronicidad.

Actualmente el dolor se establece como elemento prioritario y transversal en el marco de las estrategias y políticas de salud del SNS. Afecta de forma relevante la calidad de vida, con importantes consecuencias en el ámbito personal, familiar y social. Representa un problema de salud pública dada su gran repercusión socioeconómica y constituye uno de los motivos más frecuentes de utilización de los servicios de salud.

Mientras que el dolor agudo es predominantemente un síntoma o manifestación de lesión tisular, *el dolor crónico (DC), dolor mayor de 3 meses de duración, se considera como una enfermedad en sí mismo*, es de difícil tratamiento y su principal causa son los problemas osteomusculares.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2011/12, más de la mitad de las personas con dolor intenso (53%) reconocen que se han visto obligadas a reducir o limitar su actividad social y el 48,9% de encuestados/as refieren haber utilizado medicamentos para el dolor en las 2 últimas semanas.

La identificación precoz de pacientes con riesgo de desarrollar dolor crónico, como en el caso de un dolor agudo tratado de manera ineficaz, pueden ayudar a avanzar en la prevención y en la disminución de su prevalencia. Un abordaje adecuado del mismo llevará a una mejor calidad de vida y a un envejecimiento saludable y activo, sin embargo, actualmente, el dolor crónico se encuentra infravalorado o inadecuadamente tratado, debiendo ser este abordaje prioritario.

El DC aparece con frecuencia en pacientes que ya tienen una o más condiciones crónicas.

El patrón epidemiológico dominante está representado por las patologías crónicas, aquellas de larga duración y de progresión lenta que causan mortalidad prematura, conllevan una limitación en la calidad de vida y provocan efectos económicos, psicológicos y sociales importantes en familias, comunidades y la sociedad general.

En España, según la EES 2009, el 45,6% de población mayor de 16 años padece al menos un proceso crónico y el 22% de la población dos procesos o más, incrementándose este porcentaje con la edad.

La ENS 2006 constató que las personas entre 65 y 74 años tenían una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas. En Atención Primaria hasta el 40 % de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% está polimedicado, el 34% presenta un Índice de Barthel menor de 60, y el 37% tiene deterioro cognitivo.

Se calcula que las enfermedades crónicas son la causa del 80% de las consultas de Atención Primaria, y las personas que con más frecuencia acuden a consulta tienen más enfermedades y más problemas de salud que producen limitaciones en la actividad.

La interrelación entre dolor, cronicidad y ERYMEs se debe a su carácter multidimensional, por lo que su prevención y gestión terapéutica requieren de una intervención desde una perspectiva biopsicosocial. El tratamiento debe dirigirse a

conseguir la recuperación funcional con la reanudación de las actividades diarias y la incorporación laboral y social, redundando en la readquisición de la autonomía personal.

Los factores o “determinantes de salud” comunes que pueden facilitar su aparición o empeorar la evolución más frecuentes están relacionados con las conductas o hábitos de salud, destacando el sobrepeso u obesidad, la inactividad física y el sedentarismo.

El sobrepeso y la obesidad, cada vez más frecuentes incluso desde la infancia, son un problema mundial en aumento. En la UE, un 15,5 % de la población adulta es obesa, el índice de obesidad se ha duplicado en los últimos veinte años. En España, según la EES 2009, la prevalencia de obesidad en adultos/as de 18 y más años es de 17,3 % para hombres y 14,7 % para mujeres y, según es estudio ALADINO 2010/2011 el 44,5% de la población infantil presentaban exceso de peso, por lo que la obesidad infantil se encuentra entre las más altas de Europa.

A pesar de los sobradamente demostrados beneficios para la salud de la actividad física regular (la prevención de enfermedades no transmisibles, como cardiovasculares, DM2 y algunos tipos de cáncer, la mejora de la salud mental y del funcionamiento cognitivo, etc.), el 45% de adultos europeos nunca hace ejercicio y uno de cada tres no cumple los niveles de actividad física recomendados por la OMS. En España, según datos del último eurobarómetro, el 58% nunca o raramente hace ejercicio o practica deporte. El ejercicio físico moderado y adaptado previene la cronicidad y mejora la evolución de las ERYMEs, reduce el dolor y aumenta la funcionalidad, y además, su realización a partir de los 65 años reduce la fragilidad y el riesgo de caídas, lo que reducirá el coste socio-sanitario asociado.

Siendo todos ellos factores *modificables* es prioritario promover acciones dirigidas hacia la adquisición de hábitos de vida saludables, con especial énfasis en la práctica de ejercicio físico regular, y a fomentar un entorno social y medioambiental adecuado en el que la opción saludable sea la más fácil de elegir.

El programa de Fisioterapia Comunitaria “Activa a túa Saúde” se perfila como una estrategia eficaz para dar respuesta a estas líneas estratégicas pues combina la educación para la salud (EpS) y el ejercicio terapéutico (ET), abordaje respaldado por numerosos estudios científicos como las dos herramientas más eficaces para el tratamiento de dolor crónico y de larga duración y de la falta de funcionalidad, siendo los más prevalentes en AP.

En los programas de fisioterapia con orientación comunitaria, se coloca en el centro las necesidades del paciente adoptando un enfoque integral, personalizado y humanizado que respeta su individualidad y contexto social, emocional y físico. Esto no solo significa atender su condición física, sino también entender sus expectativas, preocupaciones y barreras para participar en su proceso de salud.

La empatía en la fisioterapia comunitaria es un componente fundamental que va más allá del tratamiento físico, enfocándose en la dimensión humana del cuidado. En comunidades que pueden enfrentar desafíos como la pobreza, el acceso limitado a la atención médica o barreras culturales y sociales, la empatía se convierte en un

vehículo para promover la sanación no solo del cuerpo, sino también del espíritu y la mente. La empatía del profesional, en este contexto, implica un profundo entendimiento y una respuesta compasiva hacia las necesidades y dificultades de los pacientes, brindando atención que respeta su dignidad y humanidad. Los pacientes, al sentirse escuchados y comprendidos, son más propensos a seguir las indicaciones de su fisioterapeuta y participar activamente en su proceso de rehabilitación. La fisioterapia comunitaria también trabaja para empoderar a los pacientes, fomentando su autonomía y participación activa en su proceso de recuperación.

En lugar de imponer tratamientos, se busca que el paciente se sienta parte del proceso, tomando decisiones informadas sobre su salud y bienestar. Este enfoque también ayuda a mejorar la adherencia al tratamiento y la motivación del paciente.

Se orienta hacia la promoción del autocuidado a través de la EpS, lo que posibilita que las/os pacientes adquieran un papel activo, participando en la toma de decisiones en relación con su salud y enfermedad.

Además, las personas con factores de riesgo para la adquisición y desarrollo de enfermedades recibirán información en actividades preventivas y formación en la práctica del ejercicio físico, fomentando un estilo de vida no sedentario. Las/os fisioterapeutas pueden y deben reforzar mensajes destinados a reducir la kinesifobia, el miedo o la ansiedad sobre su dolor, pues un rol fundamental de esta profesión es enseñar a gestionar de forma segura el movimiento y el dolor. La correcta dosificación de movimiento y la adecuada gestión de las cargas reduce el dolor crónico y previene lesiones futuras. Asimismo, se abordará de manera directa y/o indirecta a lo largo de las sesiones, el catastrofismo, presente en un no despreciable porcentaje de personas con patología crónica, pretendiendo lograr que su mejoría física consiga modificar creencias erróneas sobre su patología.



PLANIFICACIÓN/ CRONOGRAMA

Duración del programa: 6 semanas.

Nº de sesiones: 12.

Frecuencia: 2 sesiones por semana.

Duración de la sesión: 1,5 hora cada una.



ENFOQUE

El formato del programa es grupal, dirigido a personas de cualquier edad (siempre mayores de 18 años) y con patología crónica, cumpliendo criterios de equidad, lo que favorece la empatía, la interacción y cohesión social, la motivación al cambio y el aprendizaje. Además, se genera un sentimiento de pertenencia al grupo, el cuál mejora el compromiso con sus compañeros/as y aumenta la asistencia al programa.

Una vez finalizado el programa se busca que estos pacientes continúen realizando actividades comunitarias. Para ello se les informa en la última sesión de los recursos comunitarios más adecuados según sus características y se fomenta que participen en ellos.

Desde una perspectiva aplicada a la realidad local se promueve la participación en la comunidad y la mejora de la salud con un pilar transversal a esta. Este programa tiene como fin la humanización con un enfoque integral que no solo busca mejorar la salud física de los individuos, sino también fortalecer el bienestar social y emocional dentro de la comunidad. En este contexto, la fisioterapia se adapta a las necesidades colectivas de las personas, teniendo en cuenta el contexto cultural, económico y social en el que viven, para ofrecer un servicio más accesible, equitativo y cercano.

A través de la humanización, se fomenta la participación activa del paciente en su proceso de recuperación, promoviendo la comunicación abierta, el respeto por sus decisiones y la comprensión de sus necesidades y expectativas. Los fisioterapeutas no solo tratan los síntomas físicos, sino que buscan, a través de la escucha activa y el no juicio, reforzar el bienestar emocional, brindando un ambiente de comprensión y orientación constante.

En resumen, es un programa de fisioterapia comunitaria humanizado basado en el entendimiento de que la salud no solo depende de la atención clínica, sino también del contexto social y emocional en el que viven las personas, fomentando una recuperación más integral y sostenible.



DESARROLLO Y EJECUCIÓN

Desde la consulta de los profesionales del Centro de Salud se captará a los posibles candidatos/as al Programa “Activa a túa Saúde”. Se derivará a Fisioterapia Comunitaria para realizar una valoración presencial del paciente.

En cada sesión se realiza EpS (Educación para la salud) en forma de charla, en la cuál, a través de la colaboración interdisciplinar de los profesionales sanitarios del centro de salud, se informa de manera sencilla y comprensible sobre los siguientes cuidados y hábitos de vida saludables:

- 1) Beneficios de la actividad física: importancia del ejercicio aeróbico, de fuerza y equilibrio y coordinación.
- 2) Ictus y FRCV
- 3) Suelo pélvico e Incontinencia urinaria
- 4) Manejo de cargas y Consejos posturales
- 5) Lumbalgia: artrosis y hernias discales
- 6) Dolor crónico y pruebas de imagen
- 7) Higiene del Sueño
- 8) Diafragma y Respiración
- 9) Nutrición saludable y equilibrada
- 10) Cuidado del Pie y su repercusión en la marcha
- 11) Salud mental
- 12) Empoderamiento del paciente como agente activo de salud.

Se permitirá a los pacientes interactuar en todo momento y, tras la finalización de la charla, se accederá a un turno de preguntas.



El objetivo es informar y enseñar al paciente, que adquiera conocimientos, tome conciencia de cuál es su estado de salud en diferentes áreas y de qué puede hacer activamente para mejorarla.

En cada sesión el/la Fisioterapeuta imparte una clase de ejercicio físico, abarcando sus diferentes modalidades.

Se explicarán los ejercicios escogidos de forma grupal y se realizarán de manera individualizada las correcciones de los mismos si es preciso y/o las modificaciones necesarias para cada paciente.

El objetivo es que el/la paciente tome conciencia sobre su consciencia corporal, movilidad, su control motor y su fuerza, y que adquiera conocimientos sobre cómo y por qué debe realizar diferentes ejercicios para una vida funcional. Así se alcanza una mejoría en la forma física en cuanto a capacidad cardio-respiratoria, movilidad articular, equilibrio y fuerza muscular, mejoran los FRCV, se previene la fragilidad, y se disminuye la kinesiofobia o miedo al movimiento tras el diagnóstico de diferentes patologías (prótesis, hernias discales, roturas tendinosas, etc).

Además, en algunas sesiones se añaden actividades de respiración consciente, relajación y/o meditación por su demostrado beneficio para la salud mental.

El programa se desarrolla en centros de salud y espacios comunitarios (como centros culturales, parques, entornos naturales...).



DESPLIEGUE

Se realizó el diseño del proyecto en varias comunidades urbanas y rurales en el Área Sanitaria de Vigo e inició su implantación en los centros de atención primaria y comunitaria de Vigo, A Guarda, Tui, Redondela y Ponteareas; todos ellos pertenecientes al Área sanitaria de Vigo.

Actualmente se está extendiendo al resto de centros del área sanitaria.



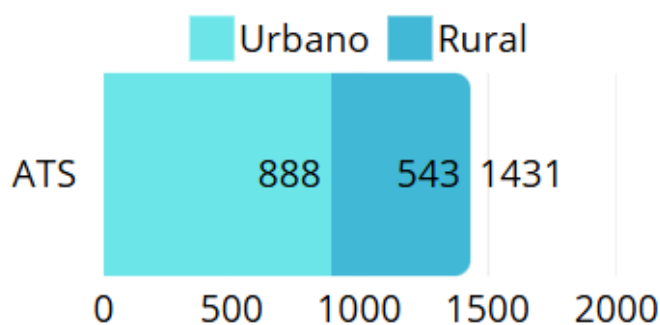
RESULTADOS

Los resultados preliminares indicaron mejoras significativas en el aumento de la actividad física regular así como en la funcionalidad física de los participantes, lo que se tradujo en una mejor percepción de su situación/ proceso y del bienestar general.

Impacto de un enfoque centrado en el paciente en la fisioterapia comunitaria:

- Mejora en la adherencia al tratamiento: Cuando los pacientes se sienten comprendidos, respetados (en sus procesos y tiempos) y parte activa de su propio proceso de salud, tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones del fisioterapeuta y comprometerse con su tratamiento.
- Resultados más efectivos y sostenibles: Un tratamiento personalizado y adaptado al contexto y a las necesidades del paciente tiene más probabilidades de ser exitoso. Los pacientes que están en el centro de su tratamiento se sienten más motivados a la hora de trabajar en su recuperación y lograr objetivos realistas.
- Mejora del bienestar general: Un enfoque centrado en las necesidades del paciente no solo mejora su salud física, sino también su bienestar emocional, psicológico y social. Esto fortalece el vínculo paciente-terapeuta y contribuye a una mejor calidad de vida.

Desde junio de 2023 a octubre de 2024 han pasado por nuestros programas en el Área Sanitaria de Vigo un total de 1431 personas, distribuidas en diferentes Unidades de Fisioterapia clasificadas abajo según entornos rurales o urbanos.





EVALUACIÓN Y REVISIÓN


Las barreras detectadas incluyen la falta de recursos comunitarios y la dificultad de coordinación intersectorial para establecer una continuidad en el entorno tras el programa. Entre los facilitadores clave destacó la buena acogida al programa y la motivación grupal. Estos hallazgos sugieren que los programas grupales, dentro de la fisioterapia basada en valor y liderada por fisioterapeutas, son una opción sostenible y eficaz para mejorar la salud comunitaria, favoreciendo su potencial replicabilidad en diversas poblaciones.

Se han realizado vídeos con testimonios de los pacientes al finalizar el programa donde explican su experiencia como PROMs (Patient-Reported Outcome Measures), herramientas fundamentales en fisioterapia comunitaria, que permiten medir de manera directa la percepción que tiene el paciente sobre su salud, bienestar y calidad de vida, desde su propia experiencia buscando una atención más humanizada. Estos instrumentos recogen información sobre los resultados del tratamiento desde la perspectiva del paciente, lo que facilita una atención más personalizada y centrada en sus necesidades y expectativas.

Pueden ver alguno de los vídeos en los siguientes enlaces:

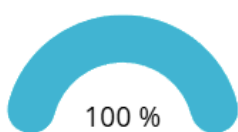
 [Testimonio Estrella.mp4](#)

 [Testimonio Chali.mp4](#)

 [Activa a túa saúde.mp4](#)

Además de eso se hicieron encuestas de satisfacción, con feedbacks realmente satisfactorios por parte de los pacientes.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN



Responden SI a la pregunta ¿Recomendarías el programa a otra persona?.



Afirman que continuarán realizando ejercicio tras el programa.



Valoración positiva del contenido de Educación para la Salud durante el programa.

CARÁCTER INNOVADOR

Antes de iniciar este programa en el área sanitaria de Vigo no se estaba realizando ninguna acción comunitaria desde la fisioterapia. Tras el éxito de este programa se ha llevado a todos los centros de salud del área sanitaria y actualmente se está implementando.



DIVULGACIÓN

Este proyecto ha sido divulgado a través de sesiones clínicas en todos los centros de atención primaria y comunitaria donde se desarrolla y en las siguientes formaciones/ espacios:

XORNADA DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: FORO DE ACTUALIZACIÓN DE COÑECEMENTOS E INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS 2024 (Consellería de sanidade)

III ENCUENTRO DE FISIOTERAPEUTAS Y PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD COMUNITARIA (III QUEDADASP)

XI CONGRESO DA SOCIEDADE GALEGA DE CALIDADE ASISTENCIAL: "TECENDO LAZOS E SUPERANDO BARREIRAS"

Webinar: ORIENTACIÓN COMUNITARIA EN FISIOTERAPIA (COFPV)

REGAPS (Rede Galega de Saúde Pública).

XI Congreso de Calidad y Seguridad de la Sociedad Gallega de Calidad Asistencial



NIVEL DE APLICABILIDAD

El proyecto inició su implantación en junio de 2023 y desde entonces se ha desarrollado de manera ininterrumpida en el área sanitaria de Vigo en gran parte de sus centros de salud.

Actualmente, debido al impacto positivo en salud generado en la población clínica susceptible de participar en este programa, se está extrapolando a los centros del área en los que no se venía desarrollando.



BIBLIOGRAFÍA

1. María Isabel Gallardo Vidal, Leonor Calleja Delgado. (2016). Protocolo de fisioterapia y educación para la salud en dolor crónico de hombro de origen musculoesquelético. Experiencia en atención primaria. *Revista Atención Primaria*, 54. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102284>
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15163107/>
3. M Urwin, D Symmons. (1998). Estimación de la carga de los trastornos musculoesqueléticos en la comunidad: la prevalencia comparativa de los síntomas en diferentes sitios anatómicos y la relación con la privación social. *Ann Rheum Dis*, 57(11):649-55. <https://doi.org/10.1136/ard.57.11.649>
4. <https://www-clinicalkey-es.mergullador.sergas.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0211563811001052?returnurl=null&referrer=null>
5. <https://researchers.uss.cl/en/publications/efecto-del-ejercicio-terap%C3%A9utico-sobre-rango-articular-y-fuerza-m>
6. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-eficacia-ante-el-dolor-discapacidad-S0212656716305650>
7. D'Onofrio, G., Kirschner, J., Prather, H., Goldman, D., & Rozanski, A. (2023). Ejercicio musculoesquelético: su papel en la promoción de la salud y la longevidad. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 77, 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2023.02.006>
8. Bonanni, R., Cariati, I., Tancredi, V., Indusi, R., Gasbarra, E., & Tarantino, U. (2022). Chronic Pain in Musculoskeletal Diseases: Do You Know Your Enemy? *Journal of Clinical Medicine*, 11(9), 2609. <https://doi.org/10.3390/jcm11092609>
9. Breivik, H., Eisenberg, E., & O'Brien, T. (2013). La carga individual y social del dolor crónico en Europa: argumentos a favor de una priorización estratégica y de medidas para mejorar el conocimiento y la disponibilidad de una atención

adecuada. *BMC Public Health*, 13(1), 1229.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1229>

10. Ministerio de Sanidad. (2023). Principales problemas crónicos de salud, porcentaje de población de 15 y más años que padece determinados problemas crónicos, registrado en atención primaria, por comunidad autónoma.
11. Ministerio de Sanidad. (2017). Encuesta Nacional de Salud 2017.
12. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
13. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-enfermedad-cronica-mortalidad-discapacidad-perdida-S0211139X13001236>
14. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2012). El trastorno musculoesquelético en el ámbito laboral en cifras.
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS.
16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del SNS.
17. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Estrategia para el abordaje de la Cronicidad.
18. Xunta de Galicia. (2018). Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad.
19. Aesan. Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS).
20. Servicio Galego de Saúde. (2023). Carta de servicios de Fisioterapia en atención primaria y comunitaria del SERGAS.

21. Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey. *Medical Care*, 34(3), 220–233.
<https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>