

IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AUTOMANEJO EN PACIENTES CON DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO

Libro de buenas prácticas para profesionales de la salud



Autores

Víctor Doménech-García¹, Julia Blasco-Abadía¹, Kieran O'Sullivan², Lara Coyne², Mary O'Keeffe^{3,4}, Nathan Skidmore^{3,5}, Zsófia Nagy^{3,6}, Thorvaldur Skuli Palsson^{7,8}, Steffan Wittrup McPhee Christensen^{9,10}, Morten Hoegh⁹, Alice Baroncini¹¹, Domenico Compagnone¹¹, Pedro Berjano¹¹, Lisa Zaubler¹², Pablo Bellosta-López¹.

- 1** Universidad San Jorge. Campus Universitario, Autov. A23 km 299, 50830. Villanueva de Gállego, Zaragoza, Spain.
- 2** School of Allied Health, University of Limerick, Ireland.
- 3** European Pain Federation EFIC, Brussels, Belgium.
- 4** School of Public Health, Physiotherapy and Sports Science, University College Dublin, Dublin, Ireland.
- 5** Department of Sport, Exercise and Rehabilitation, Northumbria University, UK.
- 6** Rétköz Health Center, Budapest, Hungary.
- 7** Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg Denmark.
- 8** Department of Physiotherapy and Occupational Therapy, Aalborg University Hospital, Denmark.
- 9** Department of Health Science and Technology, Aalborg University, Aalborg, Denmark.
- 10** Department of Physiotherapy, University College of Northern Denmark, Aalborg, Denmark.
- 11** IRCCS Ospedale Galeazzi-Sant'Ambrogio, Milan, Italy.
- 12** Research & Development Department, SYNYO GmbH, Vienna, Austria.



Descargo de responsabilidad

Este documento ha sido elaborado en el marco de un proyecto europeo con fines exclusivamente educativos e informativos. Su contenido no pretende sustituir el criterio clínico, las directrices profesionales ni los protocolos institucionales. No constituye asesoramiento médico, diagnóstico ni tratamiento. Los profesionales sanitarios deben basarse en su propia experiencia, su experiencia clínica y las normas de atención aplicables a la hora de tomar decisiones. Ni los autores ni los socios del proyecto asumen responsabilidad alguna por las acciones o decisiones tomadas en base a la información proporcionada en este material.

Versión traducida al español

Este documento ha sido traducido y adaptado culturalmente gracias a la colaboración del grupo de investigación MOTUS, de la Universidad San Jorge, financiado por el Departamento de Ciencia, Universidad y Sociedad del Conocimiento del Gobierno de Aragón (B60_23D).



MOTUS está compuesto por Víctor Doménech-García, Julia Blasco-Abadía, Sofía Alberó-Posac, Daniela Llorens-Fernández, Rafel Giner-Nicolás, Cristina de Diego-Alonso, M^a Pilar López-Royo, Almudena Medina-Rincón, Pablo Gargallo-Aguarón, Almudena Buesa-Estellez, Luis Fernández-Sola, Patricia Roldan-Pérez, Marta San Miguel-Pagola y Pablo Bellosta-López.

Declaración de transparencia: Se utilizaron herramientas de IA generativa para ayudar en la redacción, edición y adaptación del material original creado por el consorcio DIGI4MSK. Todos los resultados generados por la IA fueron revisados, verificados y perfeccionados por los autores.

© Enero de 2026. Digi4MSK. Con licencia CC BY 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

doi: <https://doi.org/10.54391/20.500.14888/2015>



Índice

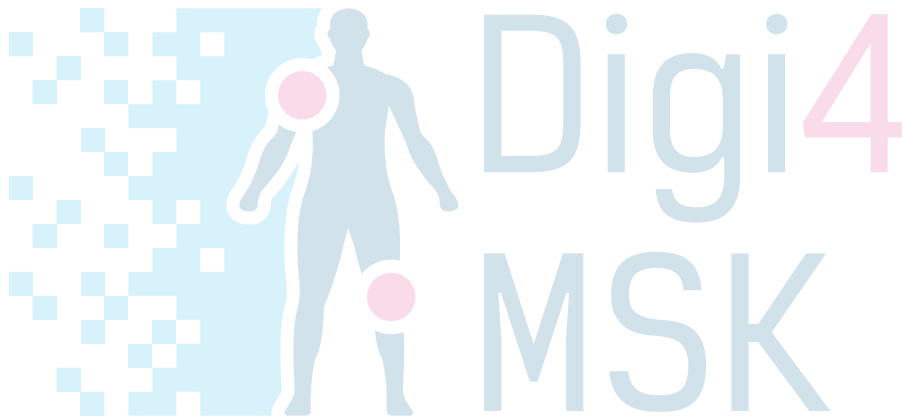
Acerca del libro	10
1. Introducción al automanejo	13
1.1. ¿Por qué es necesario el automanejo?	13
1.2. Habilidades básicas de automanejo en el dolor musculoesquelético	15
1.2.1 Resolución de problemas	15
1.2.2 Toma de decisiones	16
1.2.3 Utilización de recursos	18
1.2.4 Colaboración entre el paciente y el profesional sanitario	21
1.2.5 Pasar a la acción	24
1.3. Facilitadores para el automanejo	25
1.3.1 Experiencia	25
1.3.2 Actividad física y participación en el trabajo	27
1.3.3 Sueño	28
1.3.4 Estrategias de cambio de comportamiento	30
1.3.5 Confianza	32
1.4. Barreras para el automanejo	33
1.4.1 Lagunas de conocimiento	33
1.4.2 Lagunas de habilidades	35
1.4.3 Incertidumbre	36
1.4.4 Incapacidad para controlar los brotes	37
1.4.5 Agotamiento de recursos	38
2. Detección rápida y mejora de la baja alfabetización en salud en pacientes con dolor musculoesquelético	40
2.1. ¿Por qué es importante detectar el bajo nivel de conocimiento sobre la salud musculoesquelética en los pacientes?	40
2.2. Ámbitos de la alfabetización en salud en la salud musculoesquelética	42



2.2.1 Acceso	42
2.2.2 Comprensión	45
2.2.3 Evaluación de la información	49
2.2.4 Aplicar	53
2.3. Principios educativos sobre salud para mejorar la alfabetización en salud musculoesquelética	60
2.3.1 Claridad y personalización	60
2.3.2 Participación activa y diálogo	60
2.3.3 Repetición, refuerzo y retroalimentación	61
2.3.4 Toma de decisiones compartida y motivación	61
2.3.5 Normalizar las fluctuaciones y desarrollar la resiliencia	61
3. Evaluar y abordar la falta de motivación para el cambio	62
3.1. ¿Por qué es importante detectar la baja motivación para el cambio en los pacientes con dolor?	62
3.2. Intervención adecuada para facilitar la motivación para el cambio	63
3.2.1 Etapas de la motivación para el cambio en el dolor musculoesquelético	63
3.2.2 Precontemplación: «No le veo sentido»	65
3.2.3 Contemplación: «Sé que debería, pero...»	66
3.2.4 Preparación: «Me estoy preparando»	66
3.2.5 Acción: «He empezado, pero todavía no es un hábito»	67
3.2.6 Mantenimiento: «Es parte de mi vida, pero sigo tambaleándome»	68
3.2.7 Recaída/Reciclaje: «He vuelto a caer»	69
4. Viñetas clínicas	71
4.1. Movimiento y actividad	71
4.1.1 Inseguridad sobre el ejercicio y el aumento de la actividad física	71
4.1.2 Sensación de fracaso al realizar actividad física	75
4.1.3 Incertidumbre sobre el dolor	77

4.1.4 Desconfianza en el terapeuta	79
4.1.5 Comprende la importancia de la actividad física, pero no sabe cómo empezar	83
4.1.6 Hacer ejercicio con comorbilidades: cómo empezar y gestionar las barreras	87
4.1.7 Adaptar el ejercicio a rutinas impredecibles, como el trabajo por turnos o la crianza de los hijos	91
4.1.8 Cómo superar el miedo al movimiento	93
4.1.9 Uso de estrategias de dosificación para gestionar los ciclos de altibajos	97
4.1.10 Integrar el movimiento en trabajos sedentarios o desplazamientos largos	101
4.1.11 Uso de la IA para promover el movimiento y la actividad física	105
4.1.12 Evitar levantar pesas: Evidencia detrás de la recomendación sobre el dolor de espalda	109
4.2. Interacción entre el profesional sanitario y el paciente	113
4.2.1 Ayudar a los pacientes a preparar una consulta con el médico y gestionar segundas opiniones	113
4.2.2 Identificar los consejos correctos frente a los incorrectos en Internet	117
4.2.3 Comprender los resultados de las pruebas	121
4.2.4 Explicación de las etiquetas diagnósticas	125
4.2.5 Cómo lidiar con la dependencia de las terapias pasivas	129
4.2.6 Cómo abordar las recomendaciones prematuras de cirugía en una radiculopatía lumbar aguda sin signos neurológicos negativos	133
4.2.7 Combinación de nuevos tratamientos para la obesidad con cambios en el estilo de vida: se ofrece semaglutida a un paciente con obesidad y artrosis de cadera	137
4.3. Valores, establecimiento de objetivos y habilidades	141
4.3.1 Manejar los brotes sin pánico	141
4.3.2 Cómo lidiar con el desánimo de los demás: «¿Todavía tienes dolor?»	145
4.3.3 Mantener el progreso después del alta de la terapia	147

4.3.4	Manejo de las respuestas emocionales al dolor crónico, como la frustración o la ansiedad	151
4.4.	Trabajo y dolor	155
4.4.1	Regreso seguro al trabajo	155
4.4.2	Confundir la actividad ocupacional con el ejercicio: un trabajador de un matadero con dolor	159
4.4.3	Malentendidos sobre la ergonomía: lo que ofrece y lo que no ofrece para el dolor	163



Acerca del libro

El dolor musculoesquelético representa una de las afecciones de salud más prevalentes e incapacitantes en todo el mundo. A menudo persiste más allá de la resolución de cualquier lesión tisular, convirtiéndose en una experiencia compleja moldeada por factores biológicos, psicológicos y sociales. Para los profesionales de la salud que trabajan con estos pacientes, la experiencia clínica por sí sola no es suficiente: el verdadero desafío radica en ayudar a las personas a **comprender su dolor, darle sentido y asumir un papel activo y seguro en su manejo**.

Este libro pretende servir de **guía de referencia rápida** para los profesionales sanitarios y los especialistas musculoesqueléticos que buscan herramientas prácticas y una base teórica sintética sobre temas clave relacionados con la **implementación de estrategias de automanejo en el tratamiento del dolor musculoesquelético**. El lenguaje utilizado en todo el libro es deliberadamente claro, respetuoso y centrado en la persona. Los pacientes son considerados socios activos, no receptores pasivos. El papel del profesional sanitario es guiar, apoyar y orientar, ayudando a las personas a desarrollar habilidades, confianza y resiliencia para controlar su afección.

En concreto, la guía proporciona marcos concisos y clínicamente relevantes sobre:

- Los **principios generales del automanejo** del dolor musculoesquelético, haciendo hincapié en cómo capacitar a los pacientes para que adopten y mantengan comportamientos que mejoren su funcionalidad y calidad de vida.
- **Cómo evaluar y mejorar la motivación del paciente para el automanejo y el cambio de comportamiento**, utilizando modelos de la psicología de la salud y la ciencia del dolor.
- **Cómo identificar y abordar el bajo nivel de conocimiento sobre salud musculoesquelética y dolor**, asegurándose de que la información no solo se proporcione, sino que también se comprenda, se evalúe y se aplique en la vida diaria del paciente.

Para complementar estas secciones conceptuales, el libro también incluye **26 viñetas clínicas** que ilustran los retos comunes que se encuentran en la práctica musculoesquelética. Estos casos breves y realistas muestran cómo manejar barreras como el miedo al movimiento, los comportamientos de evitación, las expectativas poco realistas, los malentendidos sobre los resultados de las imágenes, las dificultades para participar en el trabajo o las dificultades para establecer objetivos y cumplirlos. Cada viñeta integra técnicas de comunicación (por ejemplo, entrevistas motivacionales, retroalimentación, diálogo basado en la empatía) y razonamiento clínico para demostrar cómo la teoría se traslada a la práctica.

Cómo utilizar este libro

Este libro está diseñado como una guía práctica para ayudar a los profesionales de la salud, educadores y estudiantes a promover el automanejo y la alfabetización sanitaria entre las personas con dolor musculoesquelético. Combina el razonamiento clínico con habilidades de comunicación, principios de cambio de conducta y ejemplos del mundo real para salvar la brecha entre la evidencia y la práctica cotidiana. En lugar de ofrecer explicaciones teóricas exhaustivas, cada sección se centra en qué hacer, qué decir y cómo aplicarlo en las consultas clínicas. El objetivo es hacer que la práctica centrada en la persona y con base psicológica sea accesible y viable.

El libro está estructurado como un conjunto de **capítulos modulares de consulta rápida**, cada uno de los cuales se centra en un elemento básico del apoyo al automanejo (habilidades básicas, conocimientos sobre salud, interacción entre el profesional sanitario y el paciente, valores, objetivos y habilidades, herramientas y recursos):

1. Introducción al automanejo del dolor musculoesquelético
2. Evaluación y abordaje de la falta de motivación para el cambio
3. Evaluación y abordaje del bajo nivel de conocimiento y habilidades sobre salud en pacientes con dolor musculoesquelético
4. Viñetas clínicas

Puedes leer y aplicar el contenido de este libro de forma selectiva, ya que cada viñeta es independiente y se puede leer por separado. Además, te recomendamos comenzar eligiendo un caso que se parezca a tus pacientes o a los retos a los que te enfrentas con mayor frecuencia.

En la práctica, ya sea antes o durante las consultas, puedes utilizar las frases de ejemplo para simplificar las explicaciones, transmitir tranquilidad y confirmar la comprensión con preguntas sencillas. A lo largo del libro encontrarás estos ejemplos destacados en cursiva y/o entre comillas. Para la educación digital o escrita dirigida a pacientes puedes adaptar los guiones, resúmenes y ayudas visuales a folletos, materiales en línea o contenido de aplicaciones (consulta los recursos recogidos en Digi4MSK).

Por último, este libro, dirigido a los profesionales de la salud, está relacionado con otro libro diseñado específicamente para los pacientes y el público en general. Este segundo libro, también estructurado en viñetas clínicas, permite a los pacientes y sus familiares explorar y mejorar habilidades concretas relacionadas con la alfabetización en dolor y salud musculoesquelética. Además, puede ser utilizado por los profesionales de la salud como recurso para recomendar a los pacientes.

“Guía práctica para personas con dolor” | doi: <https://doi.org/10.54391/20.500.14888/2004>

1. Introducción al automanejo

Este capítulo introduce el concepto de automanejo en el contexto del dolor musculoesquelético. Explica cómo empoderar a los pacientes para que adopten un papel activo en el control de sus síntomas, lo que puede mejorar tanto los resultados clínicos como su bienestar general. El capítulo describe los principios fundamentales del automanejo, incluyendo la educación del paciente, el cambio de comportamiento, el ejercicio y la modificación del estilo de vida, al tiempo que destaca la importancia de la colaboración entre los profesionales sanitarios y los pacientes. También destaca cómo las estrategias de automanejo deben adaptarse al nivel de alfabetización en salud y a la motivación de cada persona, para garantizar una participación significativa y lograr resultados sostenibles a largo plazo.

1.1. ¿Por qué es necesario el automanejo?

Los pacientes suelen presentar **dolor lumbar persistente, artrosis de rodilla, tendinopatía de hombro o dolor cervical crónico**. Muchos también presentan **perfiles de multimorbilidad**, como diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, obesidad o depresión. Estas afecciones rara vez se presentan de forma aislada, sino que interactúan y se amplifican entre sí, lo que crea retos diarios complejos. Por ejemplo:

- **Dolor lumbar crónico + obesidad + trastornos del sueño:** el dolor limita la movilidad, la obesidad y la falta de sueño aumentan la sensibilidad al dolor.
- **Artrosis de rodilla + diabetes + hipertensión:** la rigidez articular reduce la actividad, la inactividad empeora el control de la glucosa y aumenta el riesgo cardiovascular.
- **Dolor de cuello + ansiedad + trabajo sedentario:** el miedo al movimiento lleva a que se evite aún más el ejercicio, lo que aumenta la tensión muscular y el malestar psicológico.

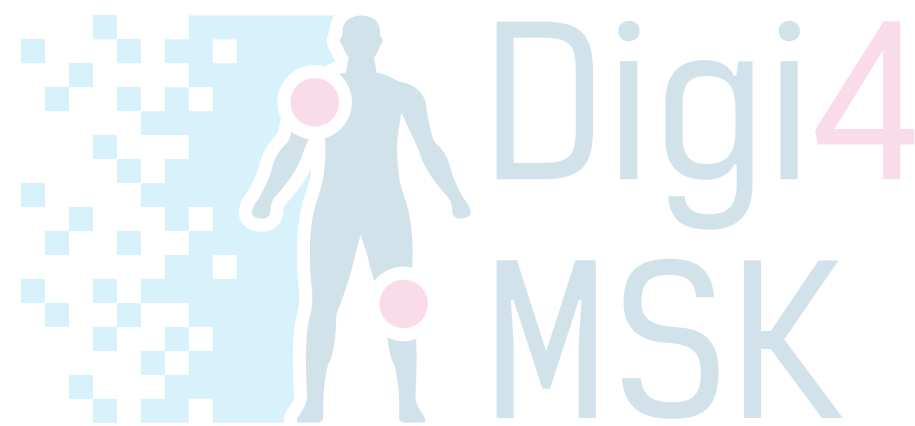
Sin embargo, los modelos tradicionales de atención biomédica, en los que el profesional “cura” al paciente con tratamientos pasivos, resultan insuficientes en estos contextos. Cuando el dolor persiste más allá de los 3-6 meses, la trayectoria suele derivar en una afección crónica en lugar de un episodio curable.

1. Las afecciones son crónicas y recurrentes.

Los síndromes de dolor musculoesquelético y la multimorbilidad **no suelen** ser **curables con un solo tratamiento**. Es de esperar que se produzcan brotes, y los pacientes necesitan habilidades para afrontarlos, adaptarse y funcionar a pesar de ellos

2. Los sistemas de salud no pueden soportar toda la carga.

Dado que un tercio de los adultos de todo el mundo padecen multimorbilidad, la dependencia



constante de los profesionales para cada brote es insostenible, tanto desde el punto de vista económico como práctico..

3. El empoderamiento de los pacientes mejora los resultados.

La evidencia muestra que cuando los pacientes cuentan con **estrategias de automanejo** (resolución de problemas, regulación de la actividad, toma de decisiones, cambios en el estilo de vida), obtienen resultados **similares o incluso superiores** a los de la atención supervisada, en términos de reducción del dolor, mejora de la funcionalidad y de la calidad de vida.

4. Reduce la dependencia y fomenta la resiliencia.

El automanejo traslada gradualmente la responsabilidad de la clínica a la vida diaria del paciente. Esto no significa abandono: los profesionales de la salud actúan como guías, asegurándose de que los pacientes se sientan apoyados mientras desarrollan su independencia.

5. La multimorbilidad exige una acción integrada.

Un paciente con artrosis y diabetes no puede controlar una enfermedad sin tener en cuenta la otra. Las estrategias de automanejo (como la actividad física, la dieta, la regulación del estrés y las habilidades de afrontamiento) abarcan todas las afecciones y ayudan al paciente a abordar **el cuadro de salud en su conjunto**, en lugar de centrarse en síntomas aislados.

Por lo tanto, el automanejo es necesario porque el dolor musculoesquelético y la multimorbilidad suelen coexistir, son de largo recorrido, complejos y están profundamente relacionados con el estilo de vida. Los pacientes deben convertirse en agentes activos de su cuidado para reducir el sufrimiento y mantener la funcionalidad.



Ejemplo clínico

Rosa, de 62 años, con artrosis de rodilla, diabetes tipo 2 y obesidad: si Rosa solo toma analgésicos y acude periódicamente al médico, es posible que su dolor se alivie temporalmente, pero la inactividad puede aumentar su peso, afectar al control de la glucosa y perjudicar su salud cardiovascular. Enseñar a Rosa **habilidades de automanejo sencillas y sostenibles**, como caminar 10 minutos al día, regular el ritmo de las actividades domésticas y llevar un diario para controlar los brotes, le permite influir en todas sus afecciones a la vez. Esta integración es la razón por la que el automanejo no es opcional, sino **necesario**.

1.2. Habilidades básicas de automanejo en el dolor musculoesquelético

1.2.1 Resolución de problemas

El dolor musculoesquelético persistente rara vez es sencillo: los pacientes se enfrentan a síntomas fluctuantes, brotes impredecibles y barreras en la vida diaria. La resolución de problemas significa dotar a los pacientes de las herramientas necesarias para **identificar los retos, generar opciones, probar estrategias y aprender de los resultados**. En lugar de depender únicamente de un profesional sanitario para que les dicte las soluciones, los pacientes ganan poco a poco confianza en la adaptación de sus propias respuestas.

Por qué es importante:

- El dolor está influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales. No existe una "solución" única que funcione siempre.
- Los pacientes que no pueden resolver problemas pueden quedarse estancados en la evitación (por ejemplo, dejar de realizar cualquier actividad después de un brote) o la frustración ("nada funciona").
- Enseñar a resolver problemas fomenta **la adaptabilidad y la resiliencia**, fundamentales para vivir con enfermedades crónicas.

Pasos para reforzar esta habilidad en la clínica:

1. Define el problema con claridad.

Muchos pacientes describen los problemas de forma vaga («Siempre me duele la espalda»). Ayúdales a concretar: «Cuando estoy sentado más de 30 minutos en el trabajo, el dolor empeora».

2. Haz una lluvia de ideas con múltiples soluciones.

Anima a generar más de una opción. Así, es más fácil adaptarse a las preferencias y al contexto del paciente y, además, el paciente percibe que hay un plan A y un plan B en caso de que el A no funcione. «Por ejemplo, para el dolor relacionado con estar sentado: intenta ponerte de pie cada 25 minutos, entrenar la variabilidad postural, cambiar de postura o añadir descansos para estirarte».

3. Elige una para probar.

Guía al paciente para que elija una opción realista y factible. Haz hincapié en la experimentación.

4. Revisa los resultados.

En la siguiente visita, pregunta: «¿Qué ha funcionado?, ¿qué no ha funcionado? ¿qué podríamos ajustar?». Enmarca los contratiempos como **información, no como fracasos**.

Consejo práctico para los profesionales sanitarios: utiliza el **método «¿Qué? ¿Cuándo? ¿Qué pasaría si...?»** en la sesión:

- ¿Qué ocurre exactamente?
- ¿Cuándo ocurre con mayor frecuencia?
- ¿Qué pasaría si probaras [opción A]? ¿Cómo podrías probarlo esta semana?

Este diálogo estructurado ayuda a los pacientes a pensar por pasos en lugar de en términos generales y desesperanzadores. Con el tiempo, interiorizan el método y comienzan a aplicarlo automáticamente.

1.2.2 Toma de decisiones

La toma de decisiones en el automanejo consiste en permitir a los pacientes **sopesar las opciones, interpretar las señales del cuerpo y tomar decisiones informadas** sobre sus hábitos diarios de salud. Para las personas con dolor musculoesquelético persistente, las decisiones suelen implicar equilibrar la actividad con el descanso, decidir si el dolor es una señal de seguridad o una advertencia, y saber cuándo es necesaria la intervención de un profesional.

Por qué es importante:

- Sin esta habilidad, los pacientes pueden sobreprotegerse (“cualquier dolor = daño”) o ignorar las señales de peligro («*aguantaré la hinchazón grave*»).
- Una toma de decisiones clara reduce las visitas sanitarias innecesarias y garantiza la seguridad.
- Favorece la autonomía: los pacientes se sienten capaces de dirigir su propio cuidado.

Pasos para reforzar esta habilidad en la clínica:

1. Aclara los síntomas “aceptables” frente a los “preocupantes”.

Enseña reglas generales: un dolor leve después de un nuevo ejercicio es normal; la hinchazón, la pérdida de función o los síntomas de alerta requieren revisión.

2. Introduce ayudas para la toma de decisiones.

Utiliza imágenes sencillas, como los sistemas de semáforos:

- **Verde:** continuar con la actividad (síntomas leves y en mejora).
- **Amarillo:** ajustar, pero no detener (brotes, dolor tolerable).
- **Rojo:** detener la actividad y buscar atención médica (síntomas graves, repentinos o progresivos).

3. Practica el razonamiento basado en escenarios.

Simula situaciones en la clínica: «Si te duele la rodilla después de caminar durante 20 minutos, ¿qué opciones tienes?».

4. Refuerza la reflexión.

Anima a los pacientes a preguntarse: «¿En qué me basé para tomar esta decisión?», ya que les ayuda a tomar conciencia de su proceso de razonamiento.

Ejemplo clínico:

- **Caso:** María, 56 años, artrosis de rodilla. A menudo interrumpe la actividad tras sentir una molestia leve, por miedo a lesionarse.
- **Proceso:** El fisioterapeuta le presenta la herramienta del semáforo. Juntos practican etiquetar situaciones: «¿Tienes una leve rigidez después de caminar? Eso es verde. ¿Existe una hinchazón leve que desaparece en 24 horas? Amarillo. ¿Hay un bloqueo repentino? Rojo».
- **Resultado:** En pocas semanas, María camina con más regularidad, reduce el descanso innecesario y solo llama a su médico cuando es realmente necesario.

Consejo práctico para los profesionales sanitarios:

Incorporar **la retroalimentación:** «¿Puedes explicar cómo decidirías si el dolor de hoy es una situación verde, amarilla o roja?». Esto garantiza la comprensión y refuerza la confianza.

1.2.3 Utilización de recursos

Es importante **saber cuándo y cómo buscar apoyo adicional**, ya sea de personas, servicios o herramientas, y utilizar esos apoyos de manera eficaz. Para los pacientes con dolor musculoesquelético persistente, los recursos externos pueden ser el puente entre lo que es posible en la clínica y lo que se necesita en la vida cotidiana. Esta habilidad pertenece al ámbito "Acceso" de la alfabetización en salud.

Por qué es importante

- El dolor persistente a menudo requiere **más que la opinión de un solo profesional**.
- Los pacientes que no utilizan recursos externos pueden volverse demasiado dependientes del profesional sanitario o, por el contrario, perderse en fuentes poco fiables.
- Guiar a los pacientes hacia el **recurso adecuado en el momento oportuno** fomenta la independencia, la seguridad y la confianza.

Cómo reforzar esta habilidad en la clínica

1. Identifica oportunidades de apoyo externo.

Pregunta: «¿Hay alguna parte de tu plan que se beneficiaría de otra perspectiva, ayuda o herramientas?».

2. Presenta los recursos en el momento adecuado.

Sobrecargar a los pacientes con opciones demasiado pronto conduce a la desmotivación. Vincula los recursos a necesidades o hitos concretos.

3. Facilita la conexión.

No te limites a "recomendar": explica el propósito, la función y los beneficios esperados. Siempre que sea posible, proporciona una nota escrita, una remisión o una demostración. Adáptate al formato preferido por el paciente.

Ejemplo clínicos

1. Inscribirse en un gimnasio con comunicación estructurada

- **Caso:** Jonás, 55 años, dolor lumbar crónico, motivado para aumentar su fuerza.
- **Acción del profesional sanitario:** En lugar de limitarse a sugerir «ve al gimnasio»,

el fisioterapeuta escribe una breve nota para el instructor del gimnasio: «A Jonás le puede venir bien realizar ejercicios dirigidos a mejorar la fuerza del tronco y una progresión gradual de la carga. Evitar el ejercicio de peso muerto con mucho peso durante las primeras 6 semanas. Controlar la tolerancia a la máquina de remo».

- **Resultado:** Jonás se siente más seguro, el entrenador del gimnasio tiene una orientación clara y el paciente utiliza el recurso de forma eficaz en lugar de abandonar tras el primer brote.

2. Ampliar los conocimientos sobre el dolor con recursos digitales

- **Caso:** Laura, 42 años, dolor cervical recurrente, inicialmente abrumada. Al principio, basta con tranquilizarla y aconsejarle que se tome las cosas con calma.

- **Acción del profesional sanitario:** Después de 3 visitas, Laura muestra curiosidad: «¿Por qué el estrés empeora mi dolor de cuello?». El profesional sanitario reconoce la predisposición para profundizar en el tema y le comparte un recurso web seleccionado con vídeos cortos que explican el dolor y la relación entre el estrés y la tensión.

- **Resultado:** Laura se involucra a su propio ritmo, evita la desinformación en las redes sociales y comienza a aplicar estrategias de relajación.

3. Derivación a un dietista en caso de artrosis de cadera con obesidad

- **Caso:** Rosa, 62 años, artrosis de cadera, IMC 33, en tratamiento farmacológico, pero con movilidad limitada.

- **Acción del profesional sanitario:** Explica con palabras sencillas: «Perder tan solo 5 kg puede reducir la carga sobre la cadera y disminuir la inflamación. Un dietista puede orientarte con cambios sensatos y graduales que también mejorarán tu nivel de azúcar en sangre. ¿Quieres que te ponga en contacto con él?».

- **Resultado:** Rosa acepta, observa progresos en el dolor articular y el control de la diabetes, y considera las visitas al dietista como parte de su plan para el dolor, no solo como una forma de "perder peso".

4. Apoyo comunitario para el ritmo y la actividad

- **Caso:** Ahmed, 68 años, dolor crónico generalizado y aislamiento social.
- **Acción del profesional sanitario:** Deriva a Ahmed a un grupo local de caminatas, presentándolo como una estrategia de dosificación de la actividad y como apoyo

social. Proporciona una nota al coordinador del grupo: «Anima a Ahmed a empezar con rutas más cortas y aumentarlas gradualmente».

- **Resultado:** Ahmed no solo aumenta su actividad, sino que también se siente menos aislado, lo que mejora su estado de ánimo y la adherencia.

Consejo práctico para los profesionales sanitarios

Enmarca siempre los recursos externos con **tres mensajes clave**:

- **Qué es** («un dietista te ayuda a equilibrar tu alimentación y optimizar el peso corporal, lo que tiene beneficios para la salud general y las articulaciones»),
- **Por qué es importante ahora** («tu dolor de cadera y tu nivel de azúcar en sangre se beneficiarán»),
- **Cómo utilizarlo** («te escribiré una nota para el dietista / aquí tienes un enlace de confianza»).

Uso de recursos como extensión de la consulta

Cuando enseñamos a un paciente un nuevo ejercicio, reformulamos creencias o co-creamos un plan de acción, los beneficios suelen **desaparecer rápidamente** si no se refuerzan fuera de la clínica. Los pacientes vuelven a casa, se enfrentan a obstáculos u olvidan detalles. Ahí es donde el uso adecuado de los recursos externos se vuelve crucial.

- **Piensa en la consulta como en plantar una semilla.**

Los recursos externos, ya sea un entrenador de gimnasio, un dietista, un sitio web de confianza o un grupo comunitario, son el **suelo, el agua y la luz solar** que permiten que la semilla crezca.

- **Sin recursos, el cambio sigue siendo frágil.**

Los pacientes pueden intentarlo una vez, tener dificultades y abandonar. Con recursos, cada día entre consultas se convierte en una oportunidad para **practicar, adaptarse y reforzar** las nuevas habilidades.

- **Los recursos amplían la voz del profesional de la salud.**

Una nota escrita al entrenador del gimnasio o una derivación a un dietista significa que tus recomendaciones resuenan en entornos en los que no estás físicamente presente. La consulta continúa a través de las manos de otras personas, la pantalla de una aplicación o la estructura de un grupo comunitario.

- **Los recursos convierten una sola sesión en un programa continuo.**

En lugar de una consulta aislada de 30 minutos, el paciente experimenta un **camino**

continuo de atención, con controles, comentarios y refuerzos integrados en las rutinas diarias.

Ejemplo clínico

Caso: Marco, 50 años, dolor lumbar crónico, ve a su fisioterapeuta una vez cada dos semanas.

- **Sin recursos:** Marco hace el ejercicio prescrito dos veces, olvida la técnica, sufre una recaída y deja de hacerlo hasta la siguiente sesión. El efecto de la consulta se limita a unos pocos días.
- **Con recursos:** el fisioterapeuta graba a Marco haciendo el ejercicio, comparte un enlace a un breve vídeo de una aplicación de confianza y escribe una nota para el entrenador de gimnasio de Marco. Ahora, cada día, Marco recibe recordatorios, orientación y apoyo. En la siguiente visita, el progreso se suma al progreso.
- **Resultado:** la consulta única no es solo un evento puntual, sino que se convierte en el punto de partida de un proceso de cambio sostenido.

Mensaje clave

Uso adecuado de los recursos = **multiplicar el impacto de su consulta.**

Garantiza que lo que comienza en la clínica **continúe en el mundo real del paciente**, convirtiendo los consejos en acciones, las acciones en hábitos y los hábitos en una mejora de la salud a largo plazo.

1.2.4 Colaboración entre el paciente y el profesional sanitario

La colaboración entre el paciente y el profesional sanitario es la **base de un automanejo eficaz**. Sin una relación de confianza y colaboración, incluso los mejores planes educativos y de acción corren el riesgo de ser ignorados o abandonados. La colaboración significa que se escucha, se valida y se integra la perspectiva del paciente, mientras que el profesional sanitario aporta su experiencia, orientación y apoyo. Juntos, crean un plan significativo, realista y flexible.

Por qué es importante:

- **El dolor persistente socava la confianza.** Muchos pacientes se han sentido rechazados («todo está en tu cabeza») o medicalizados en exceso («necesitas cirugía») anteriormente. Restablecer la confianza es tan importante como prescribir tratamientos como el ejercicio.

- **Cumplimiento ≠ colaboración.** Seguir las órdenes de forma pasiva no es un compromiso verdadero. La colaboración requiere que los pacientes participen activamente en el proceso.
- **La colaboración alimenta la motivación.** Los pacientes son más propensos a seguir los planes que han elaborado conjuntamente y que reflejan sus propios objetivos y contexto.

Estrategias prácticas para los profesionales sanitarios

1. Escucha activa y validación

- Comienza preguntando: «¿Qué es lo que más te preocupa de tu dolor?» o «¿Qué esperas conseguir?».
- Reflexiona: «Entiendo que los brotes te hacen sentir desesperanzado. Trabajemos juntos para encontrar formas de controlarlos».
- La validación no significa estar de acuerdo con ideas erróneas, sino reconocer los sentimientos antes de replantearlos.

2. Establecimiento de una agenda de logros compartida

- Anota 2 o 3 prioridades al comienzo de la consulta.
- Asegúrate de que al menos una provenga directamente del paciente (por ejemplo, «subir escaleras sin descansar»).
- Esto aumenta la sensación de responsabilidad compartida.

3. Explicaciones y narrativas transparentes

- Evita las charlas genéricas sobre el dolor («el dolor está en el cerebro»).
- En su lugar, relaciona las explicaciones con la historia del paciente: «Te duele más la cadera después de estar mucho tiempo sentado porque las articulaciones se entumecen sin movimiento. Eso es algo que podemos cambiar».
- Esto crea una **historia personalizada y coherente** que los pacientes pueden repetir a sí mismos y a los demás.

4. Planificación colaborativa

- Ofrece dos o tres opciones realistas y deja que el paciente elija: «Podemos empezar con paseos cortos, estiramientos suaves o ambos. ¿Qué te parece más factible para ti esta semana?».
- La flexibilidad transmite respeto y aumenta la adherencia.

5. Seguimiento y comentarios

- Trata cada seguimiento como un ciclo de retroalimentación, no como una evaluación del rendimiento. Pregunta: «¿Qué te ha funcionado?», «¿Qué te ha resultado difícil?».

- Celebra los pequeños logros: «Has conseguido dar tres paseos esta semana, eso es un progreso».
- Normaliza los contratiempos: «Es normal saltarse algunos días. Vamos a adaptar el plan para que se ajuste mejor».

6. Lenguaje de colaboración

- Reemplaza las órdenes prescriptivas («Debes...») por frases colaborativas:
 - «¿Probamos...?»
 - «¿Qué opción te parece más realista en este momento?».
 - «¿Cómo podría encajar esto en tu semana?».



Ejemplo clínico

Caso: Elena, 52 años, con fibromialgia, agotada tras años de tratamientos infructuosos.

- **Primera reunión:** Ella dice: «Los médicos solo me dicen que haga ejercicio, pero nunca funciona».
- **Enfoque colaborativo:** El profesional sanitario la escucha, valida su frustración y la invita a establecer la agenda. Elena elige el manejo de la fatiga como prioridad.
- **Creación del plan:** Juntos diseñan un programa de dosificación para las actividades diarias y acuerdan llevar un diario de los niveles de fatiga.
- **Seguimiento:** Elena informa de que solo ha podido llevar el diario durante tres días. En lugar de considerarlo un fracaso, el profesional sanitario le dice: «Es un gran comienzo. ¿Qué ha hecho posible esos tres días? ¿Cómo podemos aprovecharlo?».
- **Resultado:** Elena tiene sensación de control, no presión, y se implica más en las sesiones posteriores.

Errores que hay que evitar

- **Precipitarse a buscar soluciones:** los pacientes a menudo necesitan sentirse escuchados antes de poder asimilar los consejos.
- **Descartar creencias demasiado rápido:** Corrige con delicadeza, pero empieza por comprender la perspectiva del paciente.
- **Planificación rígida:** las instrucciones excesivamente prescriptivas socavan la responsabilidad del paciente.

- **Sobrecargar de información:** Demasiada información de golpe abruma; la colaboración también requiere dosificar la información.

La colaboración como extensión de la consulta

Una colaboración sólida garantiza que la consulta no termine cuando el paciente sale de la consulta. Cuando los pacientes se sienten **coautores del plan**, son más propensos a practicar habilidades, probar estrategias y aportar comentarios significativos. En otras palabras, la colaboración convierte la consulta en un **diálogo continuo** que se prolonga entre visitas.

Mensaje clave: La colaboración entre el paciente y el profesional sanitario no se basa en el cumplimiento, sino en **la colaboración, el respeto y el co-diseño**. Cuando los pacientes se sienten escuchados y apoyados, el automanejo se vuelve posible, sostenible y significativo.

1.2.5 Pasar a la acción

Actuar consiste en convertir las intenciones en **pasos específicos, alcanzables y revisables**. Es la prueba práctica de todas las demás habilidades: sin acción, el conocimiento y el debate siguen siendo abstractos.

Por qué es importante:

- Muchos pacientes saben lo que deben hacer (moverse más, caminar, relajarse), pero no logran trasladarlo a su vida diaria.
- El éxito en las pequeñas acciones fomenta **la autoeficacia**, es decir, la creencia de que «puedo influir en mi condición».
- Sin planes de acción estructurados, los pacientes pueden fijarse objetivos vagos o poco realistas, lo que los lleva a la frustración.

Pasos para reforzar esta habilidad en la clínica:

1. Establecer objetivos SMART.

Específicos, medibles, alcanzables, relevantes y con plazos determinados.

2. Anclar a las rutinas.

Vincula los nuevos comportamientos a los hábitos existentes (por ejemplo, «puedes hacer elevaciones de talones después de cepillarte los dientes»).

3. Empieza con tareas pequeñas.

Al principio, propón tareas de 1 a 2 minutos. El éxito es más importante que la intensidad.

4. Anótalo.

Los pacientes deben anotar el plan (en un calendario, en una nota en el teléfono o en un registro en papel).

5. Revisa y ajusta.

Pregunta: «¿Qué ha funcionado? ¿Qué ha resultado difícil? ¿Cómo podemos modificarlo?».



Ejemplo clínico

- **Caso:** Manuel, 70 años, dolor de espalda crónico, baja motivación.
- **Proceso:** El profesional sanitario y Manuel establecen un plan de una semana: «Caminar 5 minutos después del desayuno, 4 días a la semana». Manuel anota el progreso en un calendario.
- **Resultado:** lo consigue 3 de cada 4 veces y dice tener más energía. El profesional sanitario celebra el éxito y acuerda aumentar a 7 minutos la semana siguiente.

Consejo práctico para los profesionales sanitarios:

Termina cada consulta con **«un siguiente paso»** al que se comprometa el paciente. Que sea pequeño, específico y revisable.

En conjunto, estas cinco habilidades proporcionan un **marco práctico** para el automanejo de los trastornos musculoesqueléticos: los pacientes aprenden a definir los problemas, tomar decisiones seguras, utilizar los recursos, colaborar de forma eficaz y emprender acciones significativas.

1.3. Facilitadores para el automanejo

1.3.1 Experiencia

La experiencia es un gran facilitador del automanejo, tanto para los profesionales como para los pacientes. Por parte de los profesionales, la experiencia genera confianza para evitar pruebas diagnósticas y tratamientos innecesarios y, en su lugar, centrarse en estrategias que tienen beneficios a largo plazo. Un profesional sanitario con experiencia sabe cuándo no está indicada una resonancia magnética, cuándo se debe reducir la medicación ineficaz y cuándo cambiar la

atención del alivio de los síntomas a corto plazo al cambio de comportamiento a largo plazo. No menos importante es que la experiencia proporciona la capacidad de tranquilizar a los pacientes asegurándoles que las reagudizaciones son normales y manejables. Los profesionales que han visto cientos de casos de dolor persistente pueden decir con confianza, por ejemplo: «Esto no es inusual, los brotes ocurren, pero podemos planificarlos». Esta credibilidad ayuda a los pacientes a confiar en el proceso.

Para los pacientes, la experiencia vivida del dolor también puede convertirse en un recurso, en lugar de solo una carga. Las personas que han pasado por episodios de reagudización y han comprobado que el dolor finalmente vuelve a su nivel inicial pueden adquirir perspectiva: el dolor puede ser intenso y frustrante, pero no siempre representa algo grave o una nueva lesión. Los profesionales pueden reforzar este facilitador ayudando a los pacientes a reflexionar sobre sus experiencias pasadas y a extraer lecciones de ellas. Por ejemplo, un paciente puede recordar que descansar completamente después de una reagudización del dolor le dejó más rígido, mientras que la actividad ligera le ayudó a recuperarse. Destacar estos momentos ayuda a los pacientes a reconocer que ya tienen habilidades útiles y resiliencia, lo que refuerza la autoeficacia.

Experiencia en la práctica

Lado profesional	Lado del paciente	Cómo potenciarlo en la clínica
Reconoce cuándo no son necesarias pruebas o los opioides.	Ha experimentado episodios de reagudización que se han calmado sin tratamiento.	Preguntar: «¿Recuerda alguna ocasión en la que el dolor aumentó, pero luego volvió a remitir?». Utiliza esto para normalizar las fluctuaciones.
Conoce la diferencia entre el tratamiento agudo y el cambio de comportamiento a largo plazo.	Se da cuenta de que la actividad a veces mejora los síntomas.	Animar a la reflexión: «¿Qué le ayudó más durante el último brote?».
Utiliza casos anteriores para tranquilizar y orientar a los pacientes.	Empieza a ver patrones en el comportamiento del dolor.	Relacionar su historia con estrategias: «La última vez seguiste caminando con cuidado y te ayudó, ¿lo seguimos haciendo así?».

Ejemplo clínico:

Juan, de 50 años, con dolor lumbar crónico, acudió a la clínica preocupado tras un brote repentino. Su fisioterapeuta le explicó: «He visto a muchos pacientes como tú:

los brotes son comunes y no significan que haya una nueva lesión». Juntos revisaron las experiencias pasadas de Juan y observaron que caminar suavemente había reducido anteriormente la rigidez. Al destacar sus propias estrategias exitosas, el fisioterapeuta transformó la experiencia de Juan de una fuente de miedo a una herramienta para la resiliencia.

1.3.2 Actividad física y participación en el trabajo

La actividad física y la participación en trabajos o funciones significativas se encuentran entre los facilitadores más poderosos del automanejo. Para los profesionales, tener confianza en el valor de la actividad les permite replantearse el movimiento como algo seguro y terapéutico, incluso cuando hay dolor. Un profesional con experiencia puede identificar oportunidades para integrar la actividad en las rutinas diarias y ayudar a los pacientes a mantener o adaptar sus funciones laborales. Por ejemplo, en lugar de aconsejar a un trabajador de almacén con dolor lumbar que «evite levantar peso», el profesional puede enseñarle a dosificar el nivel de actividad, rotar las tareas y aplicar estrategias de levantamiento seguro. Del mismo modo, ayudar a los pacientes a seguir participando en el trabajo, aunque sea con una capacidad modificada, les proporciona estructura, conexión social y confianza en que siguen siendo capaces. Estos enfoques convierten la actividad diaria en parte del tratamiento, en lugar de algo que temer.

Para los pacientes, la actividad física y la participación en el trabajo ofrecen pruebas reales de su capacidad. Completar con éxito tareas significativas, ya sea caminar hasta el autobús, hacer jardinería o realizar parte de un turno de trabajo, puede cambiar la narrativa de «estoy discapacitado por el dolor» a «todavía puedo hacer cosas a pesar del dolor». Esto fomenta la autoeficacia y anima a seguir experimentando. Incluso las actividades pequeñas y constantes pueden proporcionar la confianza de que el dolor no siempre es una barrera. Los profesionales sanitarios pueden reforzar este facilitador vinculando la actividad con los objetivos del paciente e incorporando estrategias en su contexto. Por ejemplo, a un trabajador de oficina sedentario se le puede aconsejar que se levante durante dos minutos cada 30 minutos, mientras que un deportista con dolor de rodilla puede recibir un plan de adaptación específico para su deporte. Estas estrategias personalizadas hacen que la actividad sea significativa y sostenible.

Actividad física y participación en el trabajo en la práctica

Lado profesional	Lado del paciente	Cómo potenciarlo en la clínica
Enmarca el movimiento como algo seguro y terapéutico.	Experimenta menos dolor o rigidez después de la actividad.	Mostrar estrategias de dosificación durante la sesión; asegurar que el movimiento puede ser seguro.

Lado profesional	Lado del paciente	Cómo potenciarlo en la clínica
Apoya la participación modificada en las funciones laborales.	Valora la posibilidad de seguir trabajando o realizando las tareas diarias.	Preguntar: «¿Qué tarea en el trabajo o en casa es más importante para ti?». A continuación, adaptarla conjuntamente.
Integra el ejercicio en las rutinas diarias.	Gana confianza al completar actividades significativas.	Establecer objetivos de actividad relacionados con la vida diaria (subir escaleras, caminar, hacer jardinería).

Ejemplo clínico:

Luis, de 45 años, con dolor de espalda crónico, temía volver a su trabajo en el almacén. Su fisioterapeuta le enseñó a levantar peso de forma controlada, con una dosificación adecuada y una técnica segura, y practicaron la rotación de tareas. Luis informó de que podía completar sus turnos sin pánico, dándose cuenta de que todavía era capaz de trabajar. Este éxito reforzó su confianza en el manejo del dolor en el día a día.

1.3.3 Sueño

El sueño es un pilar fundamental del automanejo, ya que las alteraciones del sueño pueden aumentar la sensibilidad al dolor y reducir la capacidad de afrontamiento. Las pruebas científicas demuestran que la mala calidad del sueño está asociada a una mayor intensidad del dolor, una mayor discapacidad y un peor bienestar psicológico en las personas con dolor musculoesquelético. Los estudios experimentales demuestran que incluso una sola noche de privación del sueño puede reducir el umbral del dolor, mientras que el insomnio crónico amplifica la sensibilización central. Para los profesionales, reconocer esta relación ayuda a que el sueño pase de ser una “queja secundaria” a un **objetivo terapéutico fundamental**. Las pruebas respaldan la terapia cognitivo-conductual para el insomnio (TCC-I) como la intervención de referencia, ya que muestra mejoras constantes en la eficiencia del sueño y reducciones en la sensibilidad al dolor. Es posible que los profesionales sanitarios no siempre apliquen la TCC-I completa, pero pueden integrar sus elementos fundamentales: control de estímulos (utilizar la cama solo para dormir), restricción del sueño (limitar el tiempo en la cama para consolidar

el sueño) y entrenamiento de relajación. Incluso pequeñas mejoras en la calidad del sueño pueden contribuir de manera significativa al automanejo durante el día.

Para los pacientes, mejorar el sueño suele ser el primer éxito notable en el automanejo, lo que refuerza su motivación. Dormir mejor reduce la rigidez matutina, aumenta la energía para la actividad y mejora la regulación del estado de ánimo, todo lo cual contribuye a un ciclo positivo de afrontamiento. Se puede enseñar a los pacientes a experimentar con estrategias prácticas y basadas en la evidencia: establecer una hora de despertarse constante, evitar las pantallas durante la hora previa a acostarse, reducir la ingesta de cafeína después del mediodía y crear un breve ritual de relajación (estiramientos, respiración o mindfulness). Las pruebas emergentes también respaldan las intervenciones basadas en el mindfulness y los programas breves de TCC-I digitales, que pueden impartirse a través de aplicaciones o plataformas en línea. Los profesionales sanitarios deben enmarcar estas estrategias no como consejos opcionales sobre el estilo de vida, sino como componentes activos del tratamiento: «Al mejorar tu sueño, puede reducir la sensibilidad al dolor y aumentar la capacidad de recuperación de tu cuerpo». Este enfoque mejora la aceptación por parte del paciente y posiciona la mejora del sueño como un elemento central para el manejo del dolor.

El sueño en la práctica

Lado profesional	Lado del paciente	Cómo potenciarlo en la clínica (basado en la evidencia)
Reconoce que dormir mal aumenta la sensibilidad al dolor.	Observa que, tras una buena noche de sueño, el dolor se vuelve más llevadero.	Educar: «Las investigaciones demuestran que mejorar el sueño puede reducir la intensidad del dolor».
Utiliza los principios de la TCC-I: control de estímulos, restricción del sueño, entrenamiento de relajación.	Lucha contra el insomnio o los despertares frecuentes.	Enseñar el control de estímulos: levantarse de la cama si no se puede dormir después de 20 minutos; restringir el uso de la cama solo para dormir.
Enmarca la higiene del sueño como un tratamiento, no como un “consejo”.	Le preocupa que el dolor perturbe su sueño y se siente impotente.	Elaborar un plan de higiene del sueño: hora de levantarse constante, limitar la cafeína después del mediodía, reducir el tiempo frente a la pantalla por la noche.
Conecta a los pacientes con programas digitales o grupales de TCC-I basados en la evidencia.	Gana confianza cuando un mejor sueño le lleva a tener menos rigidez y más energía.	Remitir a una aplicación digital validada de TCC-I o a un programa de mindfulness como complemento al tratamiento.

Ejemplo clínico:

Rosa, de 62 años, con artrosis de cadera, informaba de despertares nocturnos debido al dolor y la fatiga durante el día. Su médico le explicó la relación entre el sueño deficiente y la sensibilidad al dolor y le presentó estrategias de TCC-I: hora fija para levantarse, retirar el teléfono del dormitorio y practicar relajación muscular progresiva antes de acostarse. Rosa también descargó un programa digital de TCC-I recomendado por la clínica. Después de 6 semanas, informó que dormía más tiempo, se sentía menos agotada y notaba que la rigidez matutina de la cadera había disminuido, lo que aumentó su confianza para seguir caminando a diario.

1.3.4 Estrategias de cambio de comportamiento

Los pacientes con dolor musculoesquelético persistente a menudo no cambian sus comportamientos con una simple explicación. La ciencia del cambio de comportamiento es fundamental para el automanejo, ya que saber qué hacer rara vez es suficiente. Los pacientes deben recibir apoyo para traducir los conocimientos en hábitos diarios sostenidos. Desde el punto de vista profesional, los profesionales sanitarios suelen subestimar lo difícil que puede ser el cambio, especialmente cuando hay dolor, fatiga o miedo. Las pruebas de la psicología de la salud y el tratamiento del dolor ponen de relieve que las intervenciones funcionan mejor cuando se centran en la motivación, la autoeficacia y la formación de hábitos. Se ha demostrado sistemáticamente que técnicas como el establecimiento de objetivos, la planificación de acciones, la retroalimentación y la auto vigilancia mejoran el cumplimiento en la rehabilitación musculoesquelética. Por ejemplo, los ensayos aleatorios muestran que los objetivos SMART (específicos, medibles, alcanzables, relevantes y con plazos determinados) aumentan la implicación de los pacientes en comparación con consejos vagos como «haz más ejercicio». Del mismo modo, la incorporación de nuevos comportamientos en las rutinas existentes (acumulación de hábitos) y el uso de entrevistas motivacionales (EM) para resolver la ambivalencia están fuertemente respaldados en la literatura sobre ciencias del comportamiento.

Para los pacientes, las estrategias eficaces de cambio de comportamiento transforman el automanejo de una carga en un proceso alcanzable. Los pacientes con dolor musculoesquelético suelen tener dificultades para mantener un ritmo adecuado, evitar el dolor o comprometerse de forma constante, lo que los lleva a un ciclo de «altibajos». Las pruebas demuestran que fomentar **la autorregulación** (por ejemplo, realizar un seguimiento del progreso, anticipar los obstáculos y planificar estrategias de afrontamiento) reduce la discapacidad y mejora los resultados en casos de dolor lumbar persistente y artrosis. Incluso las intervenciones digitales que integran principios de cambio de comportamiento (recordatorios de objetivos, comentarios sobre el progreso, herramientas de automanejo) han demostrado mejorar la adherencia y reducir la discapacidad

relacionada con el dolor. Los profesionales sanitarios pueden potenciar este facilitador creando conjuntamente con los pacientes pequeños pasos alcanzables, reforzando los éxitos y replanteando los contratiempos como oportunidades de aprendizaje. Es importante destacar que las estrategias de cambio de comportamiento también ayudan a alinear el tratamiento con lo que es importante para el paciente, lo que aumenta tanto la adherencia como la satisfacción.

Estrategias de cambio de comportamiento en la práctica

Lado profesional	Lado del paciente	Cómo potenciarlo en la clínica (basado en la evidencia)
Sabe que el cambio de comportamiento requiere algo más que dar consejos.	Entiende las recomendaciones, pero le cuesta llevarlas a cabo.	Utilizar el establecimiento de objetivos SMART : «Caminar 10 minutos después de comer, 3 días esta semana».
Aplica entrevistas motivacionales para explorar la ambivalencia.	Se siente en conflicto: quiere hacer ejercicio, pero teme que el dolor empeore.	Hacer preguntas abiertas: «¿Qué es lo más importante para ti de mantenerte activo?».
Fomenta el automanejo y la retroalimentación.	Pierde la motivación cuando el progreso es lento o inconsistente.	Proporcionar un diario o una aplicación para realizar un seguimiento de la actividad y revisarla en las visitas de seguimiento.
Incorpora nuevas acciones a la vida diaria (acumulación de hábitos).	Olvida o se siente abrumado por las nuevas rutinas.	Vincular el comportamiento a los hábitos existentes: «Haz estiramientos después de cepillarte los dientes».
Considera los contratiempos como parte del proceso, no como un fracaso.	Se detiene cuando se producen brotes, creyendo que el plan ha fracasado.	Reformular: «Este brote es un dato, no una derrota; ajustemos el plan juntos».

Ejemplo clínico:

Daniel, de 47 años, con dolor lumbar crónico. Había fracasado repetidamente en seguir con el ejercicio porque los brotes le desanimaban. Su fisioterapeuta utilizó entrevistas motivacionales para explorar los objetivos de Daniel y descubrió que su principal prioridad era poder jugar al fútbol con su hijo. Juntos, establecieron un objetivo SMART: caminar 5 minutos después de la cena, cuatro veces a la semana. Daniel anotaba sus paseos en un sencillo diario, que revisaban en la siguiente visita. Cuando se saltó dos sesiones debido al dolor, el fisioterapeuta reestructuró el plan. En seis semanas, Daniel caminaba 20 minutos casi todas las tardes y afirmaba sentirse más en control, atribuyendo a la estructura y a los pequeños éxitos el mérito de mantener su motivación.

1.3.5 Confianza

La confianza puede afectar a la eficacia del automanejo y la alianza terapéutica. Desde el punto de vista profesional, la confianza significa tener fe en la capacidad del paciente para aprender, experimentar y controlar su enfermedad. La confianza también requiere que los profesionales toleren la incertidumbre, compartan la toma de decisiones en lugar de dictarlas y creen un entorno seguro en el que los pacientes se sientan apoyados para intentar, fracasar y ajustar estrategias. Por ejemplo, un fisioterapeuta podría decir: «Creo que puedes realizar este ejercicio de forma segura; probémoslo juntos y veamos cómo responde tu cuerpo». Esto no solo transfiere la responsabilidad, sino que también muestra respeto por la capacidad del paciente.

Para los pacientes, la confianza funciona en dos direcciones: confiar en su fisioterapeuta y confiar en sí mismos. Las pruebas demuestran que cuando los pacientes sienten que su fisioterapeuta les escucha, valida sus preocupaciones y les involucra en las decisiones, son más propensos a revelar sus dificultades, persistir en el tratamiento y mantener los cambios de comportamiento. Igualmente importante es **la confianza en uno mismo**: la confianza para intentar estrategias, compartir cuando las cosas no funcionan y creer que los contratiempos no son fracasos, sino parte del proceso. Un paciente que confía en su fisioterapeuta está más dispuesto a informar con honestidad: «Esta semana no he podido cumplir el plan de caminar porque me sentía demasiado cansado». Esta franqueza permite adaptar el plan, manteniendo el compromiso en lugar de provocar el abandono. Por lo tanto, generar confianza crea un círculo virtuoso en el que tanto el profesional como el paciente se sienten seguros en el proceso compartido de controlar el dolor persistente.

La confianza en la práctica

Lado profesional	Lado del paciente	Cómo potenciarla en la clínica (basado en la evidencia)
Demuestra confianza en la capacidad del paciente para controlar el dolor.	Hace que el paciente se sienta seguro para compartir sus preocupaciones o fracasos.	Decir explícitamente: «Es normal tener dificultades a veces, vamos a superarlas juntos».
Utiliza la toma de decisiones compartida y el establecimiento de objetivos colaborativos.	Confía lo suficiente en el profesional como para probar nuevas estrategias.	Involucrar al paciente en la elección entre 2 o 3 opciones de tratamiento.
Le tranquiliza durante los experimentos con la actividad.	Desarrolla la confianza en sí mismo al experimentar el éxito en pequeños pasos.	Permitir realizar pruebas seguras en la clínica y luego animar a repetirlas en casa.

Lado profesional	Lado del paciente	Cómo potenciarla en la clínica (basado en la evidencia)
Considera los contratiempos como oportunidades para adaptarse, no como fracasos.	Considera los brotes como algo manejable en lugar de catastrófico.	Normalizar: «Los brotes no son perjudiciales, son oportunidades para practicar cómo afrontarlos».

Ejemplo clínico:

Ana, de 38 años, con fibromialgia, se sentía avergonzada cuando no seguía su plan de actividades. En lugar de criticarla, su fisioterapeuta le dijo: «*Gracias por contármelo. Esto no es un fracaso, es información que podemos utilizar*». Juntos, ajustaron el plan para reducir la duración de las actividades. Ana dijo sentirse aliviada y apoyada, y afirmó: «*Confío en que lo resolveremos juntos*». Con el tiempo, se mostró más dispuesta a experimentar, lo que demostró una confianza cada vez mayor tanto en su profesional como en sus propias capacidades.

1.4. Barreras para el automanejo

1.4.1 Lagunas de conocimiento

Las lagunas de conocimiento son uno de los obstáculos más comunes para el automanejo eficaz del dolor musculoesquelético. Desde el punto de vista profesional, a menudo se manifiestan en forma de dependencia excesiva de las estrategias biomédicas tradicionales: repetición de pruebas de imagen, prescripción de opioides u oferta de tratamientos pasivos cuando los síntomas persisten. Estos enfoques pueden parecer seguros para el profesional sanitario, pero refuerzan inadvertidamente la expectativa del paciente de que se debe encontrar y corregir una “causa estructural oculta”. Y lo que es más importante, retrasan el cambio hacia el automanejo y la recuperación funcional. Por el contrario, un profesional sanitario experimentado sabe cuándo dejar de realizar pruebas innecesarias y, en su lugar, redirigir la atención hacia estrategias que empoderen al paciente en su vida diaria.

Por parte del paciente, las lagunas de conocimiento se manifiestan en conceptos erróneos sobre el dolor y su significado. Los pacientes suelen creer que el dolor siempre equivale a daño, que el reposo es más seguro que el movimiento o que nada puede mejorar hasta que se realice un

procedimiento médico. Estos conceptos erróneos limitan el compromiso con el automanejo y aumentan los comportamientos de evitación. En relación con los ámbitos de la alfabetización sanitaria, las barreras aparecen en el ámbito de la comprensión (no entender que el dolor persistente ≠ daño continuo), el ámbito de la evaluación (dificultad para identificar los consejos fiables frente a los engañosos) y el ámbito de las creencias (convicción profundamente arraigada de que la actividad es peligrosa). En la práctica, estas lagunas pueden abordarse con explicaciones sencillas, demostraciones guiadas de movimientos seguros y refuerzo a través de recursos fiables.

Lagunas de conocimiento en la práctica

Lado profesional	Lado del paciente	Cómo abordarlo en la clínica
Solicita pruebas de imagen sin indicación clara; prescribe modalidades pasivas para el dolor crónico.	Dice: «Tengo miedo de agacharme porque se me saldrá una vértebra».	Demostrar cómo agacharse de forma segura en la sesión; explicar que los brotes no equivalen a nuevo daño.
Se siente más seguro “haciendo algo” (pruebas, recetas) que centrándose en cambiar su comportamiento.	Cree que solo la medicación o la cirugía pueden resolver el problema.	Reformular: «Tu resonancia magnética muestra cambios comunes para tu edad, pero estos no explican los altibajos de tu dolor. Lo que hacemos día a día marca la diferencia».
Es reacio a dejar de prestar una atención de bajo valor por miedo a decepcionar al paciente.	Le cuesta identificar la información fiable frente a la engañosa en Internet.	Proporcionar un recurso seleccionado (folleto, aplicación o sitio web) y enseñar al paciente a utilizarlo.

Ejemplo clínico:

 Luis, de 48 años, trabajador de almacén con dolor lumbar crónico, insiste en que al agacharse se le “saldrá un disco”. En lugar de pedir otra exploración, su fisioterapeuta le enseña a agacharse de forma segura, deja que Luis lo intente y le explica por qué los brotes de dolor no son sinónimo de daño. Con un folleto para reforzar el mensaje, Luis vuelve diciendo que ahora se agacha con precaución en el trabajo, un pequeño pero importante avance en el automanejo.

1.4.2 Lagunas de habilidades

Las deficiencias en las habilidades se producen cuando el profesional sanitario o el paciente carecen de la capacidad práctica para aplicar estrategias de automanejo. Desde el punto de vista profesional, la barrera suele aparecer como una brecha entre la teoría y la práctica. Un profesional puede saber que la dosificación, la toma de decisiones compartida y las entrevistas motivacionales son eficaces, pero sin práctica o confianza recurre a un estilo prescriptivo: decir a los pacientes lo que deben hacer en lugar de guiarlos sobre cómo hacerlo. Esto puede hacer que los consejos de automanejo resulten abstractos, genéricos o desconectados de la vida cotidiana del paciente. Por ejemplo, recomendar “hacer más ejercicio” sin mostrar cómo ajustar la actividad en los días de brotes deja al paciente sin la preparación adecuada y propenso a abandonar el plan.

Por parte del paciente, las deficiencias en las habilidades van más allá del conocimiento y se extienden a **la ejecución de los comportamientos**. Muchos pacientes tienen dificultades para **regular su actividad**: hacen demasiado en los días buenos y evitan todo en los días malos (ciclo de ciclo de altibajos). Otros carecen de **habilidades para dosificar el esfuerzo y planificar**, como dividir las tareas en partes más pequeñas o alternar la actividad con la recuperación. Algunos pacientes no pueden adaptar los ejercicios a su estado actual, lo que los lleva a la frustración o al miedo. Estas carencias no se deben simplemente a malentendidos (conocimientos sobre salud), sino a la falta de práctica, ensayo y retroalimentación. Sin una práctica guiada, los pacientes suelen abandonar prematuramente, convencidos de que la estrategia “no les funciona”. En la clínica, las carencias en cuanto a habilidades pueden convertirse en oportunidades ensayando las tareas juntos, creando conjuntamente planes para los brotes y celebrando los pequeños logros.

Lagunas en las habilidades en la práctica

Lado profesional	Lado del paciente	Cómo abordarlo en la clínica
Recurre a “decir” en lugar de a orientar; da consejos vagos como «haz más ejercicio».	Empieza con fuerza, pero se detiene tras el primer brote (ciclo de altibajos).	Practicar el ritmo en la sesión: «Paremos antes de que el dolor se intensifique; probemos con 10 repeticiones en lugar de 20».
Evita las entrevistas motivacionales; prescribe programas de ejercicio únicos para todos.	Dice: «Sé que el ejercicio es bueno, pero cuando me duele, lo dejo».	Simular brotes: «Si el dolor aumenta ligeramente, reduce la intensidad, no te detengas. Anotemos esto como su plan para los brotes».
No muestra ni ensaya las tareas; espera que los pacientes las descubran por sí mismos.	No puede adaptar las actividades (por ejemplo, descansa completamente en lugar de modificarlas).	Hacer un ensayo guiado: realizad juntos el ejercicio, ajustad la carga y escribid un objetivo SMART para casa.

Ejemplo clínico:

María, de 56 años, con artrosis de rodilla, dice que empieza programas de caminata, pero los abandona después de su primer brote. Su fisioterapeuta trabaja la dosificación de la actividad durante la sesión: María camina durante 5 minutos y luego se detiene antes de que el dolor se intensifique. Escriben un plan: caminar 5 minutos diarios esta semana, incluso si el dolor aumenta ligeramente. En la visita de seguimiento, María informa que logró 5 de 7 días sin “recaer”. Este éxito comienza a reconstruir su confianza en que puede realizar la actividad de forma segura.

1.4.3 Incertidumbre

La incertidumbre es una poderosa barrera para el automanejo, tanto para los profesionales sanitarios como para los pacientes. Desde el punto de vista profesional, la incertidumbre suele surgir cuando el dolor musculoesquelético persistente no encaja claramente en un diagnóstico concreto. Muchos profesionales se sienten presionados para dar respuestas definitivas y pueden recurrir a solicitar pruebas innecesarias, derivar al paciente a otros especialistas o prescribir tratamientos pasivos para reducir su propia incomodidad. Si bien estas acciones pueden tranquilizar temporalmente tanto al profesional como al paciente, refuerzan la creencia de que aún no se ha encontrado la “causa” real y que la solución está fuera del control del paciente. Por ejemplo, un médico general puede solicitar una resonancia magnética para un dolor lumbar inespecífico simplemente para sentir que «no se ha pasado nada por alto», aunque las guías clínicas no lo recomienden.

Para el paciente, la incertidumbre sobre la causa, el curso o el pronóstico del dolor suele ser abrumadora. No saber por qué persiste el dolor puede provocar ansiedad, catastrofismo y evitación. Muchos interpretan la incertidumbre como un peligro: «Si nadie puede explicarlo, debe ser algo grave». Esto no solo socava la confianza en el automanejo, sino que también impulsa la dependencia de consultas repetidas o tratamientos no probados. Los pacientes también pueden tener dificultades para predecir o manejar los brotes, interpretándolos como signos de empeoramiento de la enfermedad. Para abordar esta barrera es necesario replantear la incertidumbre como algo normal en el dolor crónico y dotar a los pacientes de estrategias flexibles para manejar las fluctuaciones. En lugar de intentar eliminar la incertidumbre, los profesionales pueden reducir su amenaza ayudando a los pacientes a reconocer los patrones, prepararse para la variabilidad y practicar respuestas seguras cuando los síntomas se intensifican.

La incertidumbre en la práctica

Lado profesional	Lado del paciente	Cómo abordarla en la clínica
Solicita pruebas o imágenes «por si acaso».	Dice: «Si nadie sabe qué te pasa, quizá sea algo grave».	Reformular: «El dolor persistente suele variar sin una causa clara. Eso es normal. Lo que importa es cómo respondes».
Da explicaciones vagas o incoherentes.	Evita la actividad por miedo a que la incertidumbre sea sinónimo de peligro.	Elaborar conjuntamente un plan de actuación: verde (seguro), amarillo (modificar), rojo (buscar ayuda).
Se siente incómodo diciendo «no lo sé» o «no podemos estar seguros».	Se siente impotente cuando el dolor se intensifica de forma inesperada.	Normalizar la imprevisibilidad: destacar ejemplos pasados en los que las crisis se resolvieron sin daños.

Ejemplo clínico:

Jon, de 45 años, con dolor de espalda crónico, le dice a su fisioterapeuta: «Tengo miedo porque el dolor aparece y desaparece sin motivo. Quizás se esté pasando algo por alto». En lugar de solicitar más pruebas de imagen, el fisioterapeuta le explica que las variaciones en el dolor son comunes en los problemas de espalda persistentes. Juntos elaboran un “plan semáforo”: verde = actividad normal, amarillo = modificar o moderar, rojo = buscar atención médica si aparecen nuevos signos de alerta. Dos semanas más tarde, Jon informa de que utilizó el plan durante un brote y lo gestionó sin entrar en pánico. Su confianza crece y la incertidumbre se vuelve menos amenazante.

1.4.4 Incapacidad para controlar los brotes

Los brotes son una parte normal del dolor musculoesquelético persistente, pero tanto los profesionales como los pacientes suelen tratarlos como fracasos. Por parte de los profesionales sanitarios, algunos evitan hablar de los brotes en detalle, por miedo a asustar a los pacientes o a mostrar su incertidumbre. Como resultado, los pacientes se quedan sin preparación y, cuando los síntomas empeoran, lo interpretan como un daño o un fracaso del tratamiento. Por ejemplo, un fisioterapeuta puede recetar ejercicios de fortalecimiento para el dolor de hombro, pero nunca explicar qué hacer si el dolor se intensifica, lo que lleva al paciente a dejar de hacerlos por completo. Abordar los brotes directamente, normalizar su aparición y proporcionar estrategias de afrontamiento los transforma de amenazas en oportunidades de aprendizaje. Para los

pacientes, la incapacidad de controlar los brotes se debe al miedo, la incertidumbre y la falta de estrategias claras. Muchos interpretan un brote como un daño («Me he vuelto a lesionar») y responden con evasión o inmovilización. Otros pueden esforzarse agresivamente, empeorando los síntomas y confirmando sus temores. Sin un marco de referencia, cada brote se siente como empezar de nuevo. Los profesionales pueden romper este ciclo creando conjuntamente planes de acción sencillos, enseñando a los pacientes a distinguir los síntomas seguros de los inseguros y ensayando adaptaciones durante la sesión. Esto ayuda a los pacientes a seguir progresando en lugar de abandonar sus esfuerzos cuando el dolor fluctúa.

Incapacidad para controlar los brotes en la práctica

Lado profesional	Lado del paciente	Cómo abordarlo en la clínica
Evita hablar de los brotes para mantener una actitud "positiva".	Considera cada brote como un nuevo daño.	Normalizar: «Los brotes son normales, no suponen ningún daño. Planifiquemos cómo gestionarlos».
No proporciona instrucciones claras para adaptar los ejercicios.	Detiene toda actividad cuando aumenta el dolor.	Crear un plan de acción para los brotes (por ejemplo, «reducir, adaptar, reanudar»).
Se basa únicamente en soluciones a corto plazo (descanso, medicamentos).	Se esfuerza agresivamente y luego se derrumba.	Ensayar estrategias de dosificación de la actividad durante la sesión para evitar altibajos.

Ejemplo clínico:

Emma, de 42 años, con dolor de espalda crónico, dejó de hacer ejercicio después de un brote. Su fisioterapeuta le explicó que los brotes son normales y elaboraron juntos un plan de "semáforo": verde = continuar, amarillo = adaptar, rojo = buscar ayuda si aparecen nuevos síntomas alarmantes. En la visita de seguimiento, Emma informó de que había utilizado el plan durante un brote: redujo la intensidad, pero se mantuvo activa, evitando el habitual retroceso.

1.4.5 Agotamiento de recursos

El agotamiento de recursos se refiere a la falta de tiempo, energía o apoyo para dedicarse al automanejo. Desde el punto de vista profesional, esto suele significar que los profesionales

sanitarios se sienten presionados, con tiempo limitado para enseñar estrategias de comportamiento o acceso insuficiente a recursos multidisciplinares (por ejemplo, dietistas, psicólogos, programas comunitarios). En tales contextos, pueden recurrir por defecto a recetas o tratamientos pasivos porque parecen más rápidos. Por ejemplo, un médico de cabecera con poco tiempo puede recetar medicamentos en lugar de invertir en conversaciones sobre la dosificación de la actividad o el establecimiento de objetivos. Esto dificulta la aplicación del automanejo en la práctica diaria.

Para los pacientes, el agotamiento de los recursos se manifiesta en la vida cotidiana en forma de fatiga, prioridades contrapuestas o apoyo financiero y social limitado. Algunos pacientes dicen: «Quiero hacer ejercicio, pero después del trabajo y las obligaciones familiares, estoy agotado». Otros carecen de acceso a entornos seguros para la actividad física, no pueden permitirse un gimnasio o no tienen a nadie que les anime. Sin los recursos adecuados, incluso las estrategias más sencillas pueden parecer inalcanzables. Los profesionales sanitarios pueden ayudar dividiendo los objetivos en pasos más pequeños y sostenibles, incorporándolos a las rutinas existentes y poniendo a los pacientes en contacto con recursos asequibles o comunitarios. De esta manera, los recursos limitados no tienen por qué significar que no se produzcan avances.

Agotamiento de recursos en la práctica

Lado profesional	Lado del paciente	Cómo abordarlo en la consulta
Tiempo limitado en las consultas.	Informa de agotamiento por las responsabilidades diarias.	Integrar microestrategias: «2 minutos de fortalecimiento después del cepillado de dientes, realizados en una sola serie».
Pocas opciones de derivación o falta de apoyo del equipo.	Carece de medios económicos para ir al gimnasio o recibir terapia privada.	Sugerir recursos comunitarios o gratuitos (por ejemplo, un grupo local de senderismo).
Recurrir a la medicación como "solución rápida".	Dice: «No me quedan fuerzas para hacer ejercicio».	Reformular: «Busquemos algo que ahorre energía: los descansos cortos y regulares pueden reducir la fatiga en general».

Ejemplo clínico:

Pedro, de 58 años, con artrosis de rodilla, decía que estaba demasiado cansado después de sus turnos en la fábrica para asistir a clases de ejercicio. Su fisioterapeuta le sugirió hacer "pequeños ejercicios" en el trabajo (2 minutos de caminar durante los descansos) en lugar de sesiones largas. También le recomendó un grupo de senderismo comunitario cerca de su casa. Esto hizo que el plan fuera realista dentro de sus límites de energía y tiempo, convirtiendo la escasez de recursos en una estrategia sostenible.

2. Detección rápida y mejora de la baja alfabetización en salud en pacientes con dolor musculoesquelético

La alfabetización en salud ha recibido varias definiciones. Por ejemplo, se ha definido como «las habilidades personales y sociales que determinan la capacidad de las personas para acceder, comprender y utilizar la información para promover y mantener una buena salud» (Nutbeam D, 2000).

2.1. ¿Por qué es importante detectar el bajo nivel de conocimiento sobre la salud musculoesquelética en los pacientes?

El bajo nivel de alfabetización en salud se considera un obstáculo para el automanejo y la mejora de los resultados de salud en varias enfermedades crónicas. Sin embargo, las investigaciones que estudian el impacto de la alfabetización en salud en los resultados de salud de las personas con dolor crónico son escasas y, a menudo, ofrecen resultados heterogéneos. Por otro lado, se han realizado más investigaciones en otras enfermedades crónicas que muestran, por ejemplo, asociaciones entre un bajo nivel de alfabetización en salud y peores resultados de salud en enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes. Además, se ha observado un bajo nivel de conocimientos sobre salud y un peor control de los síntomas en personas con diabetes e hipertensión, aunque no en personas con artritis y asma. Sin embargo, las personas con asma y bajos conocimientos sobre salud también muestran una menor calidad de vida. Por lo tanto, la asociación entre un bajo nivel de conocimientos sobre salud y peores resultados relacionados con la salud depende de la enfermedad y de variables específicas relacionadas con la salud.

En el dolor musculoesquelético crónico, aproximadamente la mitad de las personas pueden presentar bajos conocimientos sobre salud, lo que a su vez también se asocia con una edad más avanzada, un nivel educativo más bajo, el estatus socioeconómico bajo y las comorbilidades. Además, las guías clínicas para el tratamiento del dolor crónico fomentan la educación y el automanejo como tratamientos de primera línea. Sin embargo, los profesionales sanitarios tienden a sobreestimar la capacidad del paciente para comprender la información relacionada con la salud.

Razones basadas en la evidencia para identificar los bajos conocimientos sobre salud en el dolor musculoesquelético:

1. Los conocimientos sobre salud pueden predecir algunos resultados clínicos

- Los pacientes con bajos conocimientos sobre salud refieren una **mayor intensidad**

del dolor, una menor funcionalidad y una menor calidad de vida en los trastornos musculoesqueléticos (por ejemplo, dolor lumbar, artrosis).

2. Los bajos conocimientos sobre salud están relacionados con una mayor discapacidad

- Los estudios demuestran que las personas con dolor musculoesquelético crónico y baja alfabetización sanitaria tienen mayores **limitaciones funcionales y restricciones de movilidad**, lo que empeora su participación en las actividades diarias.

3. Escaso cumplimiento del automanejo

- Los pacientes con una alfabetización sanitaria limitada tienen dificultades para **comprender, recordar y aplicar las recomendaciones sobre ejercicio y estilo de vida**, lo que conduce a un mal cumplimiento de las estrategias de automanejo.

4. Mayor uso de cuidados pasivos o de bajo valor

- Un nivel bajo de conocimientos sobre salud se asocia con **una mayor dependencia de medicamentos, infiltraciones, pruebas de imagen o cirugías**, incluso cuando las guías clínicas recomiendan no recurrir a ellos.

5. Dificultad para evaluar la información sanitaria

- Los pacientes con un nivel bajo de conocimientos sobre salud son más vulnerables a **la desinformación (por ejemplo, curas milagrosas, consejos no verificados en Internet)** y menos capaces de evaluar críticamente las opciones de tratamiento.

6. Aumento del uso y los costes de la asistencia sanitaria

- Un bajo nivel de alfabetización en salud se correlaciona con **visitas más frecuentes al médico, pruebas innecesarias y estancias hospitalarias más largas**, lo que aumenta la carga sobre los sistemas de salud.

7. Peor comunicación y toma de decisiones compartida

- Los pacientes con un bajo nivel de conocimientos sanitarios suelen tener dificultades para **comprender la terminología médica, hacer preguntas o expresar sus preferencias**, lo que reduce su participación en las decisiones compartidas.

8. Creencias más fuertes y desadaptativas sobre el dolor

- Las investigaciones relacionan el bajo nivel de conocimientos sobre salud con **creencias catastrofistas, de miedo y evitación, y narrativas biomédicas sobre el dolor** (por ejemplo, «el dolor siempre significa daño»), que dificultan la recuperación.

9. Barreras para el uso de herramientas de salud digitales

- Los bajos conocimientos sobre salud suelen ir acompañados de **una baja alfabetización digital**, lo que limita el uso eficaz de aplicaciones, telesalud y programas de automanejo en línea, que forman parte cada vez más de la atención musculoesquelética.

10. Equidad y poblaciones vulnerables

- El bajo nivel de alfabetización en salud es más frecuente en grupos que ya presentan un mayor riesgo (personas mayores, nivel socioeconómico bajo, multimorbilidad), por lo que su identificación es esencial para evitar **que se amplíen las desigualdades sanitarias** en el tratamiento del dolor musculoesquelético.

2.2. Ámbitos de la alfabetización en salud en la salud musculoesquelética

Los **ámbitos de alfabetización sanitaria** son las áreas de habilidades básicas que describen lo que una persona necesita ser capaz de hacer para comprender, comprometerse y actuar de manera eficaz con la información sanitaria y el sistema de atención médica. Estos ámbitos ayudan a estructurar la forma en que evaluamos y mejoramos la capacidad de una persona para gestionar su salud.

2.2.1 Acceso

Definición

El acceso se refiere a la capacidad de los pacientes para **buscar, encontrar y hacer un uso adecuado de la información y de los recursos sanitarios**. En el caso del dolor musculoesquelético, esto significa algo más que buscar en Internet: implica navegar por los sistemas de atención sanitaria (por ejemplo, fisioterapia, dietética, psicología, programas de control de peso), participar en los recursos comunitarios (por ejemplo, grupos de ejercicio o de mindfulness) y hacer un uso eficaz de las plataformas digitales (aplicaciones, telesalud, educación online para pacientes). Por lo tanto, el acceso es un puente práctico entre saber que existe el apoyo y beneficiarse realmente de él.

Por qué es importante:

- **Resultados clínicos:** los pacientes con escasa alfabetización en materia de acceso suelen retrasar la atención basada en la evidencia, lo que empeora el pronóstico y la discapacidad. Por ejemplo, las personas con artrosis de rodilla que nunca acceden a programas de ejercicio o de pérdida de peso suelen informar de una peor funcionalidad en comparación con las que sí lo hacen.
- **Eficiencia sanitaria:** sin orientación sobre dónde acudir, los pacientes suelen abusar de los servicios de urgencias o someterse a pruebas de imagen, opioides o cirugías innecesarias en lugar de recibir la atención conservadora recomendada por las guías clínicas.

- **Equidad:** Las poblaciones con un nivel socioeconómico más bajo, de edad avanzada o con multimorbilidad corren un mayor riesgo de exclusión digital y de inaccesibilidad a los recursos, lo que aumenta las disparidades en los resultados musculoesqueléticos.
- **Atención integral:** El dolor persistente suele estar relacionado con la obesidad, la diabetes, la ansiedad o la depresión. Un acceso eficaz permite a los pacientes conectarse con servicios interdisciplinarios y comunitarios que abordan estos múltiples factores de forma simultánea.

Cómo evaluarlo:

Hacer preguntas abiertas para identificar los puntos fuertes y las deficiencias en el conocimiento sobre el acceso:

- «Si quisieras recibir asesoramiento sobre tu dolor, ¿por dónde empezarías?».
- «¿Sabes cómo acceder a la fisioterapia, la dietética o la psicología si lo desearas?».
- «¿Qué sitios web, aplicaciones o redes sociales sueles utilizar para obtener información sobre salud?».
- «¿Crees que tienes el tiempo, el acceso a Internet o la confianza necesarios para utilizar programas en línea si te los recomendamos?».

Las señales de alerta que indican un acceso limitado incluyen depender únicamente de Google/Facebook, creer que solo los médicos pueden “abrir puertas”, desconocer los programas disponibles o evitar las herramientas digitales debido a la falta de confianza.

Cómo mejorarlo (métodos basados en la evidencia)

1. **Establecer vías de derivación claras:** proporcionar instrucciones paso a paso sobre cómo acceder a fisioterapia, programas para el dolor, dietistas o servicios para el manejo de la obesidad.
2. **Promover recursos interdisciplinarios:** fomentar el uso de programas de control de peso (artrosis), grupos de mindfulness/gestión del estrés (fibromialgia, brotes relacionados con el estrés) y grupos de actividad física social para pacientes inactivos.
3. **Apoyar la navegación digital:** recomendar aplicaciones validadas (ejercicio, TCC-I para el sueño, mindfulness) y trabajar su uso durante la sesión.
4. **Abordar las barreras:** si el acceso digital o económico es limitado, utilizar materiales en papel, breves revisiones telefónicas o grupos comunitarios gratuitos.

5. **Normalizar la atención multidisciplinar:** enmarcar las derivaciones no como “ayuda adicional”, sino como la mejor práctica basada en las guías clínicas para el dolor musculoesquelético persistente.

Acceso en la práctica

Lado profesional (barreras/facilitadores)	Lado del paciente (situaciones típicas)	Cómo facilitarlo en la clínica (estrategias y ejemplos)
Se da por sentado que los pacientes saben cómo encontrar recursos fiables.	Depende de Google/grupos de Facebook o espera pasivamente a que el médico de cabecera «abra la puerta».	Preguntar dónde suelen buscar; proporcionar 2-3 recursos verificados. Trabajar juntos el acceso a un sitio web/aplicación de confianza durante la sesión.
Se centra exclusivamente en la fisioterapia y pasa por alto recursos más amplios.	Tiene artrosis de cadera y obesidad; desconoce los servicios de control de peso u otras disciplinas como la fisioterapia.	Derivar al programa de control de la obesidad/peso ; explicar la relación entre una pérdida de peso moderada, la reducción de la carga articular y la inflamación.
No considera los programas psicosociales.	Informa de estrés, ansiedad o falta de sueño que empeoran el dolor.	Sugerir grupos de mindfulness o de control del estrés (presenciales o en línea). Explicar cómo el estrés amplifica la sensibilidad al dolor y los problemas de sueño.
No aborda la inactividad en pacientes sedentarios.	Estilo de vida sedentario, «nunca ha sido deportista», teme la actividad.	Recomendar grupos comunitarios de senderismo o actividades al aire libre ; hacer hincapié en el apoyo social, el ritmo y la adaptación gradual.
Pasa por alto las brechas en la alfabetización digital.	Dice: «Soy demasiado mayor para las aplicaciones» o carece de confianza en Internet.	Comenzar con un plan en papel o con seguimientos telefónicos; introducir gradualmente una aplicación sencilla (por ejemplo, de ejercicio o TCC-I) durante la sesión.
Sobreestima la capacidad del paciente para navegar por el sistema.	Se siente perdido en las vías de derivación; se rinde si el acceso no es sencillo.	Anotar paso a paso la vía de derivación; proporcionar un “mapa de atención” impreso con los contactos y los siguientes pasos.
Considera las derivaciones multidisciplinarias como “algo extra”.	Cree que necesitar más que fisioterapia significa que está fracasando.	Normalizar: explicar que combinar fisioterapia, dietética, psicología y grupos comunitarios es la atención estándar basada en guías clínicas para el dolor musculoesquelético persistente.

Ejemplo clínico:

Rosa, de 62 años, con osteoartritis de rodilla y obesidad, dijo: «Solo tomo mis pastillas; no sé qué más puedo hacer». Solo confiaba en Facebook para obtener consejos y nunca había oído hablar de programas de pérdida de peso o actividad física. Su médico le explicó cómo una modesta reducción de peso podría reducir el dolor, le derivó a un dietista y le animó a unirse a un grupo local de senderismo. También practicaron juntos cómo abrir una aplicación de ejercicios recomendada. En la visita de seguimiento, Rosa informó de que había acudido a su primera cita con el dietista y se había unido al grupo de senderismo, lo que había aumentado tanto su confianza como su nivel de actividad.

2.2.2 Comprensión

Definición

Se refiere a la capacidad del paciente para **comprender y dar sentido a la información sanitaria** proporcionada verbalmente, por escrito o visualmente. En el caso del dolor musculoesquelético, se trata de la medida en que los pacientes pueden comprender lo que significa su afección, por qué se recomiendan determinados tratamientos y cómo el estilo de vida y el automanejo influyen en sus síntomas. No se trata solo de escuchar o leer la información, sino de interiorizarla verdaderamente de manera que se reduzca el miedo y se orienten las acciones eficaces.

Por qué es importante

- Los pacientes con poca comprensión suelen malinterpretar los términos biomédicos (por ejemplo, “degeneración” o “desgarro”) como diagnósticos catastróficos, lo que alimenta el miedo, la evitación y la inactividad.
- Malinterpretar las recomendaciones puede llevar a **la falta de adherencia**, como abandonar el ejercicio cuando el dolor se malinterpreta como una nueva lesión.
- Una comprensión adecuada fomenta **la autoeficacia y la confianza** para utilizar estrategias de afrontamiento, ritmo y resolución de problemas.
- Las pruebas demuestran que una mejor comprensión se asocia con **una menor discapacidad, menos creencias inadaptadas y mejores resultados a largo plazo** en el dolor musculoesquelético persistente.

Cómo evaluarla:

Los profesionales sanitarios pueden comprobar el nivel de comprensión del paciente mediante preguntas breves y abiertas:

- «¿Puedes decirme con tus propias palabras qué crees que te está pasando en la espalda/rodilla/cuello?».
- «¿Por qué crees que nos centramos en el ejercicio en lugar de en el masaje o el reposo?».
- «¿Cómo le explicarías tu dolor a un familiar?».
- «¿Qué crees que pasará si sigues este plan? ¿Y si no lo sigues?».

Las respuestas vagas, incoherentes o exclusivamente biomédicas (por ejemplo, «siempre me va doler la espalda por la hernia») indican un bajo nivel de comprensión.

Cómo mejorar la comprensión

1. **Lenguaje sencillo:** Sustituya la jerga técnica por términos sencillos.
2. **Repetición:** Pida al paciente que repita las explicaciones con sus propias palabras para confirmar que las ha comprendido.
3. **Analogías y metáforas:** Utiliza comparaciones familiares que reduzcan la amenaza (por ejemplo, arrugas, pilas, alarmas).
4. **Fragmentar y verificar:** Proporciona la información en pequeños segmentos y confirma que lo entiende antes de continuar.
5. **Enseñanza multimodal:** Refuerza con diagramas, modelos y demostraciones durante la sesión.
6. **Normalizar el aprendizaje:** Anima a hacer preguntas y admite la complejidad: «La ciencia del dolor es complicada, pero vamos a simplificarla juntos».

Conceptos comúnmente malinterpretados en el dolor musculoesquelético y cómo explicarlos de forma sencilla

Concepto	Cómo explicarlo de forma sencilla
Sensibilización	«A veces, los nervios siguen enviando señales de dolor incluso después de que la lesión original se haya curado. Es un poco como si el sistema de alarma permaneciera activado, aunque ya no haya peligro, y las exploraciones o pruebas a menudo no muestran ningún daño nuevo porque los tejidos están bien».
Inflamación	«La inflamación es la respuesta natural de reparación del cuerpo, como un tobillo hinchado después de un esguince. Pero en el caso del dolor prolongado, la inflamación puede ser mucho más sutil y puede que no cause hinchazón visible. Puede permanecer ligeramente activa en segundo plano, haciendo que la zona sea más sensible, aunque desde fuera no parezca que haya inflamación».
Dolor crónico frente a dolor agudo	«El dolor agudo es como una alarma que señala una lesión. El dolor crónico es cuando la alarma sigue sonando incluso después de que el fuego se haya extinguido, lo que significa que tu sistema se ha vuelto más sensible, no que sigas teniendo una lesión».
La falta de sueño	«Cuando no se duerme bien, el "botón de volumen" del dolor del cuerpo se queda atascado en alto. Dormir bien ayuda a restablecer el sistema, lo que hace que el dolor sea más fácil de manejar».
Actividad física y dolor	«Cuando dejamos de movernos, los músculos se debilitan y las articulaciones se vuelven más rígidas, lo que en realidad aumenta el dolor. La actividad física suave, incluso cuando hay un dolor moderado o leve persistente, es como aceite para una bisagra oxidada».
Medicamentos para el dolor	«Los medicamentos pueden reducir el volumen del dolor durante un tiempo, pero no solucionan la causa. Piensa en ellos como un regulador de intensidad, no como una reparación. Debemos combinarlos con estrategias que aumenten la fuerza y la resistencia».
Resultados de las pruebas de imagen	«Las pruebas de imagen son muy útiles en determinadas situaciones, pero a menudo se utilizan en exceso. Muchos hallazgos en resonancias magnéticas o radiografías, como protuberancias discales o "desgaste", son cambios normales relacionados con la edad, no signos de una lesión en curso. No siempre explican por qué alguien tiene dolor o cuánto le duele».
Dolor neuropático, nociceptivo y nociplástico	«A veces, el dolor proviene principalmente del tejido lesionado (nociceptivo), otras veces de los nervios dañados (neuropático) y otras veces de un sistema nervioso sensible sin lesiones nuevas (nociplástico). Muchas personas tienen una combinación de estos tipos de dolor, lo que nos ayuda a elegir la mejor estrategia».

Concepto	Cómo explicarlo de forma sencilla
Genética y dolor	«Los genes pueden hacer que algunas personas sean más sensibles al dolor, al igual que algunas se queman más rápido con el sol. Pero el dolor no se hereda simplemente: el sueño, el estrés, el movimiento y el estilo de vida tienen un mayor impacto en que el dolor se convierta en duradero».
Postura y "alineación"	«No existe una postura perfecta. Se trata más de moverse a menudo y cambiar de posición que de mantener una postura "correcta"».
Estabilidad del tronco/ músculos débiles	«Tener músculos fuertes ayuda, pero mantener el abdomen contraído todo el tiempo puede aumentar el dolor. Lo importante es moverse con confianza, no estar constantemente tenso».
Hernia o disco desplazado	«Los discos no se desplazan. Pueden abultarse, pero el cuerpo suele adaptarse y curarse con el tiempo sin necesidad de cirugía».
"Desgaste"	«Las articulaciones no son como los neumáticos de un coche, que simplemente se desgastan. Pueden adaptarse y fortalecerse con el movimiento. El ejercicio ayuda a nutrirlos y protegerlos».
Tejido cicatricial/ adherencias	«El tejido cicatricial no necesita romperse. Se remodela de forma natural, y el movimiento es lo que realmente restaura la flexibilidad».
Pronóstico de la artritis	«Tener artritis no significa que acabarás con una incapacidad. Muchas personas se mantienen activas e independientes con la combinación adecuada de tratamientos. Los medicamentos como el metotrexato pueden ayudar a controlar la inflamación, pero los factores relacionados con el estilo de vida (mantenerse activo, controlar el peso, dormir bien y fortalecer el cuerpo) son igualmente importantes para mantener los síntomas bajo control».
Chasquidos o crujidos en las articulaciones	«Los ruidos en las articulaciones suelen ser inofensivos, como el estallido de burbujas de gas o el movimiento de los tendones. No significan que se esté produciendo ningún daño».
Ejercicio y dolor	«Es seguro moverse incluso si se siente cierta molestia. El objetivo es realizar una actividad constante y manejable, sin llegar al dolor extremo y sin evitarlo por completo».
Envejecimiento y dolor	«Envejecer no tiene por qué significar vivir con dolor. Se producen cambios, pero mantenerse activo, dormir bien y controlar el estrés permiten a muchas personas mayores vivir sin dolor».



Ejemplo clínico:

Un paciente de 55 años con artrosis de rodilla dice: «Mi médico me dijo que mi rodilla se está degenerando, que es hueso contra hueso. Creo que es irreparable».

- **Evaluación:** El profesional pregunta: «¿Qué crees que está pasando dentro de tu rodilla?».
- **Respuesta del paciente:** «Se está deteriorando».
- **Mejora:** El profesional sanitario lo reformula: «Lo que vemos son cambios relacionados con la edad, como arrugas dentro de la articulación. Eso no significa que su rodilla esté rota. El movimiento y la fuerza son las herramientas que la mantienen en funcionamiento». Se muestra un diagrama y se pide al paciente que lo explique, para asegurarse de que lo ha comprendido.

2.2.3 Evaluación de la información

Definición

En el ámbito de la alfabetización en salud, "evaluar" significa la capacidad de los pacientes para **evaluar de forma crítica la información sanitaria, los consejos y las opciones de tratamiento**. Requiere valorar si la información es fiable, relevante, basada en pruebas y adecuada para su contexto. En el caso del dolor musculoesquelético, la evaluación consiste en separar las orientaciones de tratamiento creíbles (por ejemplo, ejercicio, control del peso, medicación basada en guías clínicas) de las opciones engañosas o de escaso valor (por ejemplo, suplementos milagrosos, pruebas de imagen innecesarias o cirugía prematura).

Por qué es importante:

- **Riesgo de desinformación:** Las escasas habilidades de evaluación exponen a los pacientes a mensajes engañosos o perjudiciales procedentes de Internet, las redes sociales o la publicidad comercial. Esto es especialmente relevante en el caso del dolor musculoesquelético, en el que se comercializan de forma agresiva suplementos, dispositivos posturales o inyecciones.
- **Tratamiento excesivo y tratamiento insuficiente:** los pacientes que no son capaces de evaluar las opciones pueden aceptar resonancias magnéticas, inyecciones o cirugías prematuras innecesarias, mientras que rechazan estrategias conservadoras beneficiosas.
- **Toma de decisiones compartida:** para que las decisiones compartidas funcionen, los pacientes deben sopesar los riesgos, los beneficios y las incertidumbres. Las habilidades

de evaluación deficientes crean dependencia, confusión o una confianza errónea en una atención de bajo valor.

- **Autoeficacia:** la capacidad de evaluar críticamente empodera a los pacientes para que se conviertan en socios en la atención. Las pruebas demuestran que los pacientes con mayor capacidad de evaluación se **adhieren mejor a la atención basada en las guías clínicas, son menos catastrofistas y obtienen mejores resultados funcionales.**

Cómo evaluarla:

Los profesionales sanitarios pueden explorar la capacidad de evaluación con preguntas específicas como:

- «¿Cómo sueles decidir si la información sanitaria que lees o escuchas es fiable?».
- «Cuando escuchas dos recomendaciones diferentes, ¿cómo eliges cuál seguir?».
- «¿En qué piensas cuando decides entre inyecciones, ejercicio o cirugía?».
- «¿Qué significa para ti el resultado de esta resonancia magnética? ¿Qué importancia le das?».

Las señales de alerta incluyen:

- Tratar todos los resultados de la resonancia magnética con la misma importancia.
- Aceptar suplementos o dispositivos sin crítica alguna porque “son naturales” o “todo el mundo los recomienda en Internet”.
- Creer que la cirugía es siempre la única solución.
- Rechazar los consejos basados en guías clínicas (actividad física, control del peso) porque parecen “demasiado simples” en comparación con las opciones de alta tecnología.

Cómo mejorarlo

■ Habilidades de comunicación (por parte del profesional sanitario):

1. **Enfoque equilibrado:** Explicar los beneficios y los riesgos, pero también las incertidumbres (por ejemplo, las infiltraciones pueden reducir el dolor a corto plazo, pero no sustituyen la rehabilitación).
2. **Utilizar el riesgo comparativo:** Por ejemplo, «la cirugía en esta fase tiene más riesgos y no ofrece mejores resultados que el ejercicio para la mayoría de los pacientes con su afección».
3. **Reformular los resultados de la resonancia magnética:** Utilizar analogías como “arrugas en el interior” para explicar los hallazgos relacionados con la edad.

4. **Fomentar las preguntas:** Decir explícitamente: «Es bueno cuestionar los tratamientos; veamos juntos las pruebas».

■ Herramientas y sistemas (por parte del paciente):

Introduzca marcos estructurados para ayudar a los pacientes a juzgar la credibilidad:

1. **Principios del código HON (*Health On the Net*)** (por ejemplo, ¿el sitio web incluye una lista de autores? ¿Cita las fuentes? ¿Revela los conflictos de intereses?).
2. **Herramienta DISCERN** (utilizada para la información escrita sobre las opciones de tratamiento). Los elementos que los pacientes pueden utilizar incluyen:
 - ¿La información es equilibrada e imparcial?
 - ¿Se describen tanto los riesgos como los beneficios?
 - ¿Se citan las fuentes de las pruebas?
 - ¿Quién proporciona este consejo?
 - ¿En qué pruebas se basa?
 - ¿Se explican las alternativas y los riesgos?
 - ¿Es coherente con lo que recomienda mi equipo sanitario?

Escenarios comunes de evaluación de trastornos musculoesqueléticos (ejemplos buenos y malos)

Escenario	Malentendidos comunes	Cómo facilitar una buena evaluación
Dolor de espalda: levantar peso	Creencia: «Debo evitar levantar peso para siempre, o dañaré mi columna vertebral».	Reformular: explicar que levantar peso es seguro cuando se hace de forma gradual y con sensatez. Mostrar en la clínica cómo levantar peso con la progresión adecuada.
Artrosis de rodilla: solo se ofrecen infiltraciones	Acepta las infiltraciones como «la única opción», sin saber que proporcionan un alivio a corto plazo y no alteran el curso de la enfermedad.	Explicar las pruebas: las infiltraciones pueden ayudar temporalmente, pero el ejercicio y el control del peso mejoran los resultados a largo plazo. Ofrecer acceso a ambos.

Escenario	Malentendidos comunes	Cómo facilitar una buena evaluación
Dispositivos/camisas para la postura	<i>Cree que una camiseta para corregir la postura "soluciona" el dolor alineando la columna vertebral.</i>	<i>Enseñar que la variedad de posturas y el movimiento son más importantes que una alineación rígida. Sugerir estrategias de dosificación de actividad en su lugar.</i>
Suplementos para las articulaciones/inflamación	<i>Compra glucosamina, cúrcuma o colágeno caros pensando que son curas probadas.</i>	<i>Explicar que las pruebas son limitadas o de baja calidad; compararlas con los beneficios probados del ejercicio y la pérdida de peso. Enseñar cómo comprobar si las afirmaciones se basan en pruebas.</i>
Radiculopatía lumbar: cirugía temprana	<i>Se le ofreció cirugía en unas semanas a pesar de no presentar déficits neurológicos. El paciente cree que cuanto antes mejor.</i>	<i>Discutir la evidencia: la mayoría de las radiculopatías mejoran con el tiempo y la actividad. La cirugía es para casos con pérdida neurológica o dolor refractario.</i>
Resonancia magnética de columna	<i>Trata todos los hallazgos (protrusión discal, espondilosis) como igualmente catastróficos.</i>	<i>Explicar la historia natural: la mayoría de los hallazgos son comunes y, a menudo, no están relacionados con el dolor. Utilizar una analogía: "arrugas en el interior". Centrarse en las señales de alarma relevantes.</i>

Evaluar en la práctica

Lado profesional	Lado del paciente	Cómo facilitarlo en la consulta
Sobreestima la capacidad del paciente para sopesar los pros y los contras.	Acepta las infiltraciones o la cirugía sin cuestionarlas.	Proporcionar una visión equilibrada de los pros y los contras; normalizar la incertidumbre; utilizar ayudas para la toma de decisiones.
Proporciona resultados de resonancia magnética sin contexto.	Considera que todos los resultados de las exploraciones indican el mismo daño.	Utilizar analogías ("arrugas") + vínculo con la presentación clínica.
Evita hablar de suplementos/dispositivos.	Gasta dinero en opciones ineficaces o sin demostrar.	Reconocer el interés; explicar la evidencia (baja/incierta); redirigir hacia estrategias probadas.
Pasa por alto los factores psicosociales que influyen en la toma de decisiones.	Elige una atención de bajo valor porque "parece más eficaz".	Utilizar entrevistas motivacionales para explorar valores/objetivos; ajustar el plan en consecuencia.

Lado profesional	Lado del paciente	Cómo facilitarlo en la consulta
No proporciona herramientas de evaluación.	Depende de las redes sociales o la publicidad.	Enseñar los conceptos básicos de código HON/DISCERN; proporcionar al paciente una lista de verificación para evaluar la información.

Ejemplo clínico:

Marcos, de 52 años, con dolor lumbar crónico, trajo un informe de resonancia magnética que mostraba tres protrusiones discales. Dijo: «Esto significa que tengo la espalda dañada. También vi un anuncio de una camiseta postural, quizá sea mi única opción». Su fisioterapeuta le explicó que las protrusiones discales son hallazgos comunes relacionados con la edad, como las arrugas, y que no todas son dolorosas. Juntos, revisaron el anuncio utilizando preguntas al estilo DISCERN: ¿Quién lo escribió? ¿Se explican los riesgos y las alternativas? Al no encontrar ninguna, Marcos se dio cuenta de que se trataba de marketing y no de pruebas. A continuación, el fisioterapeuta le enseñó a levantar peso de forma adecuada y le recomendó un programa de ejercicios. En la visita de seguimiento, Marcos informó de que ya no le daba miedo agacharse y que había dejado de buscar dispositivos para mejorar la postura.

2.2.4 Aplicación

Definición

Se refiere a la capacidad del paciente para **traducir la comprensión y la evaluación en acciones coherentes**, es decir, llevar a cabo ejercicios, regular la actividad, rutinas de sueño, medidas de control del peso, prácticas de regulación del estrés y planes para las crisis en la vida real. En la atención musculoesquelética, la aplicación es donde el conocimiento se convierte en **un comportamiento saludable**. Se basa en habilidades prácticas (planificación, automanejo, adaptación) y en factores conductuales (motivación, capacidad, oportunidad).

Por qué es importante:

- Los resultados en el dolor musculoesquelético persistente dependen menos de lo que los pacientes saben y más de lo que hacen repetidamente. El ejercicio, la exposición gradual a la actividad, la mejora del sueño, el control del peso para la artrosis y la regulación del estrés requieren todos ellos **una persistencia conductual**.
- El abandono suele producirse en el "último kilómetro": muchos pacientes comprenden e incluso están de acuerdo con el plan basado en comportamientos saludables, pero no lo **aplican** debido a la variabilidad del dolor, la fatiga, otras prioridades o el miedo a las crisis.

- La aplicación de la ciencia del comportamiento (por ejemplo, el modelo COM-B, las técnicas de cambio de comportamiento (BCT, behaviour change techniques), las entrevistas motivacionales, las intenciones de implementación) permite a los profesionales sanitarios no psicólogos **diseñar la adherencia**: aumentando la capacidad, creando oportunidades y reforzando la motivación para que las acciones saludables se conviertan en la norma.

Cómo evaluarlo (preguntas rápidas en la consulta):

- **Claridad de la acción:** «¿Qué vas a hacer exactamente esta semana, en qué días, a qué hora y dónde?».
- **Confianza:** «En una escala del 0 al 10, ¿qué grado de confianza tienes en que lo harás?» (Si es <7, el plan es demasiado ambicioso; redúzcalo).
- **Detección de obstáculos:** «¿Qué podría interponerse en tu camino?» / «Cuando el dolor se intensifique o estés cansado, ¿cuál es tu plan alternativo?».
- **Señales y apoyo:** «¿Qué recordatorio o rutina te motivará?» / «¿Quién podría apoyarte?»
- **Automanejo:** «¿Cómo lo controlarás y cómo lo revisaremos juntos?».
- **Adaptación:** «Si te resulta demasiado difícil o demasiado fácil, ¿cómo ajustarás la dosis?».

Cómo mejorarlo: Técnicas de cambio de comportamiento que puedes aplicar en la clínica

1. **Aclarar los comportamientos:** Los comportamientos deben ser **específicos, observables y medibles**. «Hacer más ejercicio» es demasiado vago, mientras que «caminar 10 minutos después de comer los lunes, miércoles y viernes» es concreto y fácil de controlar. La ciencia del comportamiento denomina a esto “planificación de acciones”. En la atención musculoesquelética, la especificidad evita confusiones y permite tanto al paciente como al profesional sanitario controlar el cumplimiento.
2. **Vincular con los valores:** Los comportamientos se mantienen cuando se vinculan a **valores, roles o identidades personales**. Según la teoría de la autodeterminación, la motivación intrínseca es clave. Un paciente con artrosis de cadera puede comprometerse a perder peso más fácilmente si se le plantea como «poder jugar al fútbol con mi hijo» en lugar de como «reducir el índice de masa corporal». Vincular los comportamientos a los valores crea un compromiso emocional que mantiene el cumplimiento.
3. **Dividir en pequeños pasos:** Los pacientes tienen éxito cuando experimentan un dominio temprano. **La exposición gradual** (de la psicología) y la dosificación de la actividad (de la ciencia de la rehabilitación) reducen el miedo y evitan los ciclos de altibajos. Por ejemplo, un paciente que tiene miedo de flexionarse después de una hernia discal podría empezar por alcanzar la mitad de la espinilla, luego levantar una caja de 2 kg de una silla y, a continuación,

pasar a levantar objetos del suelo. El éxito fomenta la autoeficacia y desmonta las creencias catastróficas.

4. **Utilizar señales y avisos:** El comportamiento está fuertemente determinado por el contexto. Vincular las acciones a **desencadenantes ambientales** (“acumulación de hábitos”) las hace más automáticas. Por ejemplo, hacer ejercicios mientras se prepara el café o programar la alarma del teléfono para dar un paseo por la tarde. En el caso de los pacientes que padecen múltiples afecciones, las señales reducen la dependencia de la memoria y mejoran el seguimiento.
5. **Realizar un seguimiento del progreso: El automanejo** mediante aplicaciones, diarios o calendarios genera responsabilidad y permite realizar ajustes oportunos. En la atención musculoesquelética, los registros pueden hacer un seguimiento de los minutos caminados, las repeticiones de ejercicios, los brotes o el sueño. Pero el seguimiento solo es útil si lo revisa el profesional sanitario. Revisar los registros durante las consultas muestra a los pacientes que su esfuerzo es importante y refuerza su motivación.
6. **Reforzar el esfuerzo:** El refuerzo aumenta la probabilidad de repetir un comportamiento. Es fundamental reforzar **el esfuerzo y la constancia**, no solo los resultados. Elogia la persistencia, incluso si el dolor no disminuye de forma inmediata. Ejemplo: «Has seguido caminando a pesar de dos brotes, lo que demuestra tu resiliencia». Esto fomenta la resiliencia y evita la desmoralización cuando el progreso no es lineal.
7. **Planificar los contratiempos:** Los contratiempos son inevitables. **Las intenciones de implementación** (reglas «si... entonces») ayudan a los pacientes a prepararse. Ejemplo: «Si llueve, haré ejercicios de sentarme y levantarme en el interior». O «si el dolor es >6/10, reduciré el volumen de actividad en un 50 %, pero seguiré moviéndome». Anticipar los obstáculos reduce la angustia y evita el pensamiento de “todo o nada”.
8. **Fortalecer la autoeficacia:** La autoeficacia, es decir, la confianza en la propia capacidad es el indicador más fiable de la adherencia. Los profesionales sanitarios pueden fomentarla proporcionando experiencias de dominio (práctica en la clínica), modelando el progreso y replanteando los síntomas. Por ejemplo, ensayar el levantamiento seguro durante la sesión permite a los pacientes ver que son capaces, desafiando creencias como «mi espalda es frágil».
9. **Fomentar el apoyo social:** La responsabilidad y el estímulo anímico aumentan la adherencia. Derivar a los pacientes a programas grupales (grupos de caminata, clases de mindfulness) integra los comportamientos en un entorno de apoyo. La conexión social también ayuda a replantear el dolor como algo manejable en lugar de aislante.
10. **Fomentar la motivación intrínseca:** El objetivo es que los comportamientos formen parte de la identidad: «Soy una persona que gestiona el dolor de forma activa». Los profesionales sanitarios pueden fomentar esto pidiendo a los pacientes que reflexionen sobre los beneficios: «¿Qué diferencias has notado desde que has empezado a dosificar la actividad?». Los pacientes suelen informar de que duermen mejor o tienen menos rigidez. La reflexión refuerza el significado y mantiene los comportamientos mucho después de que finalice la supervisión.

Aplicar en la práctica

Lado profesional (lo que haces)	Lado del paciente (a lo que se enfrentan)	Cómo facilitarlo en la clínica	Ejemplo clínico ilustrativo
Traducir los objetivos en comportamientos específicos (BCT: planificación de acciones, objetivos SMART)	Sabe que «el ejercicio ayuda», pero no empieza; se siente abrumado por consejos vagos.	Crear conjuntamente un microobjetivo SMART : «Caminar 10 minutos después de comer los lunes, miércoles y viernes de esta semana». Anotarlo en el historial y entregárselo al paciente. Vincularlo a los valores personales.	<i>Ahmed, de 52 años, con dolor lumbar crónico, aceptó «caminar 10 minutos después de cenar los martes, jueves y sábados» en lugar del vago «caminar más». Completó 2/3 de los paseos la primera semana, su primer éxito en meses.</i>
Ensayar durante la sesión (desarrollo de capacidades, exposición gradual).	No está seguro de cómo hacer el movimiento; teme lesionarse.	Demostración → el paciente repite → ajustar hasta alcanzar el punto de éxito. Confirmar la última versión exitosa como punto de partida en casa. Reforzar la confianza con experiencias de éxito.	<i>María, de 56 años, con artrosis de rodilla, practicó sentarse y levantarse en la clínica. Se dio cuenta de que el dolor se mantenía estable. Se le recetó hacer 2 × 5 repeticiones al día en casa, comenzando por su nivel de éxito.</i>
Instalar señales y adaptar el entorno (modelado de oportunidades)	Olvida debido a su horario laboral/familiar. Depende de su memoria.	Introducir señales de hábito : alarmas del teléfono, banda de resistencia cerca de la tetera, invitaciones del calendario, compañero social. Combinar con rutinas (por ejemplo, estiramientos durante los descansos).	<i>Luis, de 44 años, con dolor de hombro, programó una alarma en el teléfono para las 9 de la noche para hacer ejercicios de movilidad del hombro. Después de 2 semanas, informó de un cumplimiento del 80 % porque la señal se convirtió en una rutina.</i>

Lado profesional (lo que haces)	Lado del paciente (a lo que se enfrentan)	Cómo facilitarlo en la clínica	Ejemplo clínico ilustrativo
Añadir planes «si... entonces» y reglas para los brotes (anticipación, guiones de afrontamiento)	Detiene la actividad por completo cuando el dolor aumenta; equipara el brote con daño.	Regla preestablecida: «Si el dolor aumenta, reducir la dosis en un 50 % durante 48 horas, seguir moviéndose, reanudar los pasos de la escalera» . Normalizar los brotes con un plan de semáforo.	<i>Emma, de 42 años, con fibromialgia, utilizó su guion para brotes: redujo a la mitad el tiempo de caminata durante 2 días y luego lo reanudó. Evitó su habitual “parada” de 2 semanas.</i>
Automanejo y revisión del progreso (bucles de retroalimentación)	No se dan cuenta de los pequeños logros → se sienten desmotivados.	Proporcionar un registro (calendario, gráfico, aplicación). Revisar en la clínica: destacar el progreso («6 paseos esta semana, frente a los 2 anteriores»). Elogiar el esfuerzo y la perseverancia.	<i>Diego, de 49 años, llevaba un registro de sus caminatas en un calendario pegado en la nevera. En la visita de seguimiento, su fisioterapeuta destacó el aumento constante, algo de lo que Diego no se había dado cuenta. Esto aumentó su motivación.</i>
Utilizar entrevistas motivacionales para resolver la ambivalencia (motivación)	«Quiero caminar, pero tengo miedo de que empeore». Se siente en conflicto.	Utilizar microhabilidades de entrevista motivacional (OARS): obtener valores, reflejar el discurso de cambio, seguir la resistencia, afirmar las fortalezas. Acordar un comienzo mínimo viable .	<i>Ana, de 38 años, con fibromialgia, dijo que «el ejercicio siempre le va mal». A través de la entrevista motivacional, relacionó el caminar con «más energía para los niños». Acordó empezar con 2 minutos diarios.</i>
Resolver los obstáculos de forma sistemática (análisis COM-B)	Turnos de trabajo, cuidado de los niños, fatiga, falta de equipamiento.	Identificar la barrera → pensar en opciones → elegir un ajuste. Probar durante una semana. Ejemplo: dividir en dos sesiones de 5 minutos en lugar de una de 10 minutos.	<i>Carlos, de 60 años, con dolor lumbar y trabajo por turnos, dijo que las mañanas eran imposibles. Juntos planificaron 5 minutos de movilidad después de la ducha tras su turno de noche. Un ajuste sostenible.</i>

Lado profesional (lo que haces)	Lado del paciente (a lo que se enfrentan)	Cómo facilitarlo en la clínica	Ejemplo clínico ilustrativo
Normalizar las recaídas y planificar previamente la reincorporación (prevención de recaídas)	Falta a los días → se siente culpable, fracasado. Evita volver a empezar.	Reformular la recaída como algo esperado. Escribir un guion de antemano: «¿Dos días perdidos? Vuelva a empezar con la última dosis fácil; envíeme un mensaje de texto con "VUELVO A EMPEZAR"».	<i>Sofía, de 39 años, con dolor de cuello, faltó 5 días y sintió que había "fracasado". Su fisioterapeuta le recordó el plan de reincorporación. Volvió a empezar en su último nivel fácil, evitando el abandono.</i>
Reforzar el comportamiento (apoyo social y digital)	La motivación se desvanece tras el entusiasmo inicial.	Añadir estímulos digitales (mensajes de texto, recordatorios de aplicaciones, gráficos) + apoyos sociales (visitas de amigos, actividades en grupo). Animar a celebrar los pequeños logros.	<i>Rosa, de 62 años, con artrosis de cadera, se unió a un grupo local de senderismo. El ánimo de sus compañeros la mantuvo motivada mucho después de que el entusiasmo inicial decayera.</i>
Abordar directamente las creencias y los mitos (evaluación crítica + aplicación)	Expuesto a información errónea (camisas posturales, suplementos, cirugía temprana).	Enseñar filtros rápidos (código HON, DISCERN). Evaluación mediante juego de roles: «Este suplemento no tiene referencias, vende el producto → baja credibilidad».	<i>Marcos, de 52 años, trajo un anuncio de una camiseta postural. Su fisioterapeuta le guio a través de las preguntas DISCERN. Marcos concluyó que se trataba de marketing, no de medicina.</i>

 Ejemplo clínico:

Diego, 49 años, trabajador de almacén con dolor lumbar persistente, teme levantar peso y ha dejado de hacer ejercicio. Quiere "ponerse en forma", pero sigue abandonando después de los brotes.

1. **Evaluación Aplicación:** No tiene un plan específico, confianza 4/10, sin señales, sin regla para los brotes.
2. **Plan utilizando Técnicas de cambio de comportamiento:**
 - **Plan de acción:** martes/jueves/sábado: 5 minutos de ejercicios de flexión de cadera + 8 minutos de caminata después de la cena.
 - **Escala de exposición gradual:** flexión con barra → caja de 2 kg desde una silla → 5 kg desde la altura de la rodilla.
 - **Si... entonces:** «Si el dolor es >5/10 o la fatiga es alta, entonces reducir a la mitad las repeticiones y seguir caminando».
 - **Señales:** alarmas del teléfono; caja en el pasillo; esposa como compañera de paseo.
 - **Automanejo:** hoja de registro en la nevera; revisión en la próxima visita.
3. **Ensayo en la clínica:** encontrar una flexión tolerable; acordar la carga inicial; confirmar la confianza ≥7/10.
4. **Revisión a las 2 semanas:** 6/6 caminatas realizadas, levantamientos de caja en el paso 2; un brote controlado con la regla de la mitad de la dosis; confianza ahora 8/10. Aumentar la caminata a 12 minutos y probar los levantamientos del paso 3.
5. **Resultado:** Diego informa de menos miedo, jornadas laborales más fluidas y orgullo por «seguir adelante incluso cuando le dolía».

Plantillas prácticas que puede copiar y pegar en notas o folletos

- **Plan de acción de una línea:**

«Esta semana haré [comportamiento] durante [duración] en [días] a [hora/lugar]».
- **Plan de afrontamiento «si... entonces» (intención de implementación):**

«Si [obstáculo/crisis], entonces haré [adaptación específica] y reanudaré el plan en 48 horas».
- **Comportamiento mínimo viable:)**

«En los días de baja energía, haré solo 2 minutos, lo que sigue siendo un logro».
- **Regla de reincorporación:**

«Después de faltar a dos sesiones, vuelve a empezar con la última dosis fácil y envía un mensaje de texto con la palabra "VUELVO" a tu compañero/médico».

Conclusiones clave para los profesionales sanitarios

- Abordar la aplicación como una **tarea de ingeniería conductual**: diseñar la capacidad (ensayo), la oportunidad (señales, entorno, apoyo) y la motivación (retroalimentación, identidad: «Soy una persona que se mueve a diario»).
- Lo pequeño, específico y revisable es mejor que lo grande, vago e inspirador.
- Los brotes y los fallos son **características**, no errores: planifíquelos, aprenda de ellos y mantenga el ciclo en marcha.

2.3. Principios educativos sobre salud para mejorar la alfabetización en salud musculoesquelética

2.3.1 Claridad y personalización

El marco Digi4MSK subraya que **una alfabetización en salud adecuada es un requisito previo para un automanejo eficaz**. Los pacientes con un bajo nivel de alfabetización suelen malinterpretar términos como “degeneración” o “inestabilidad”, lo que genera miedo y evasión. Las pruebas demuestran que el uso de **un lenguaje sencillo, metáforas e imágenes** reduce el catastrofismo y mejora la memorización (Lorig y Holman, 2003; Nutbeam, 2008). Pero la claridad por sí sola no es suficiente: los consejos deben **personalizarse según el contexto del paciente**. Decirle a un oficinista que “se mueva más” puede parecer abstracto, mientras que sugerirle que “se levante cada 30 minutos” lo convierte en algo factible. En el caso de la artrosis, reformular la pérdida de peso como “reducir la carga sobre la rodilla con cada paso” conecta el mensaje directamente con su experiencia del dolor.

2.3.2 Participación activa y diálogo

Tanto Digi4MSK como la investigación más amplia sobre educación en salud hacen hincapié en que los pacientes deben **participar activamente** en su aprendizaje. La escucha pasiva conduce a una mala retención; la participación activa (enseñar lo aprendido, juegos de rol, ensayos durante la sesión) aumenta la retención y la confianza. En marcos basados en la evidencia, como **la alfabetización en salud interactiva**, el paciente y el profesional sanitario construyen juntos el significado. Por ejemplo, enseñar a dosificar la actividad es más eficaz si el paciente practica la planificación de actividades en la clínica y luego la explica con sus propias palabras. Esto mejora la autoeficacia, un predictor constante de la adherencia en el dolor musculoesquelético.

2.3.3 Repetición, refuerzo y retroalimentación

Las revisiones sistemáticas sobre el dolor musculoesquelético (Babatunde 2017; Lin 2020) confirman que **la educación continua, y no los consejos puntuales**, mejora los resultados a largo plazo. Los materiales de Digi4MSK también hacen hincapié en la repetición a través del seguimiento digital y el refuerzo de la comunidad. La repetición consolida el aprendizaje, mientras que la retroalimentación refuerza el comportamiento. Un paciente que registra sus caminatas y revisa su progreso con un profesional sanitario experimenta un refuerzo positivo, lo que fortalece la persistencia incluso antes de que aparezcan mejoras en el dolor. Este principio refleja la ciencia del cambio de comportamiento (condicionamiento operante) y la teoría de la educación del paciente (bucles de retroalimentación activa).

2.3.4 Toma de decisiones compartida y motivación

La educación sanitaria es más eficaz cuando se integra en **la toma de decisiones compartida**. Según las directrices de la OMS sobre la participación de los pacientes, explicar abiertamente los riesgos, los beneficios y las incertidumbres conduce a una mayor satisfacción y adherencia. El proyecto Digi4MSK también hace hincapié en adaptar las intervenciones a los niveles de motivación de los pacientes. Las técnicas de **la entrevista motivacional (EM)** —preguntas abiertas, afirmaciones, escucha reflexiva— ayudan a descubrir la motivación intrínseca. Por ejemplo, en lugar de prescribir el ejercicio como “órdenes del médico”, preguntar «¿qué es lo más importante para ti?» y vincular la actividad a ese valor (por ejemplo, jugar con los nietos) hace que el cambio de comportamiento sea significativo y autosostenible.

2.3.5 Normalizar las fluctuaciones y altibajos y desarrollar la resiliencia

El dolor persistente se caracteriza por su variabilidad. Las pruebas demuestran que **la tranquilidad educativa sobre los brotes** reduce el catastrofismo y favorece la adherencia al automanejo. Digi4MSK recomienda integrar estrategias para los brotes (por ejemplo, planes de semáforo, reglas «Si... entonces») en la educación. Esto se ajusta a las técnicas de cambio de comportamiento para **la prevención de recaídas**: enseñar a los pacientes que los contratiempos son previsibles y planificar vías de reincorporación. Por ejemplo, un paciente con dolor lumbar que aprende a reducir a la mitad el tiempo de caminata durante los brotes, pero sigue moviéndose, evita el ciclo de “dejarlo todo”. La normalización fomenta la resiliencia y protege el compromiso a largo plazo.

Estos principios están respaldados tanto por el **proyecto Digi4MSK** (que resalta los ámbitos de alfabetización, el empoderamiento de los pacientes y los recursos digitales/comunitarios) como por la bibliografía más amplia sobre alfabetización sanitaria y cambio de comportamiento. Aplicados de forma coherente, ayudan a los pacientes no solo a comprender su afección, sino también a acceder a los recursos adecuados, evaluar críticamente las opciones, aplicar comportamientos en la vida diaria y mantener creencias que favorecen la salud musculoesquelética a largo plazo.

3. Evaluar y abordar la falta de motivación para el cambio

El dolor musculoesquelético a menudo se convierte en una afección a largo plazo en la que la recuperación depende menos de una “solución rápida” y más de ayudar a las personas a vivir bien con el dolor. Esto implica adoptar y mantener **comportamientos más saludables en un sentido amplio**: no solo realizar actividad física regular, sino también encontrar formas de moverse que sean agradables, participar en actividades valiosas y significativas, fortalecer las conexiones sociales, dosificación de la actividad de la vida diaria, mejorar las rutinas de sueño e integrar prácticas de regulación del estrés. Estas actividades son cruciales para desarrollar la resiliencia y la calidad de vida en el dolor persistente. Sin embargo, requieren energía, persistencia y adaptación, lo que puede resultar difícil cuando el dolor fluctúa o el progreso parece lento. **Por lo tanto, la motivación para el cambio es un factor determinante del resultado.**

3.1. ¿Por qué es importante detectar la baja motivación para el cambio en los pacientes con dolor?

Es importante destacar que una baja motivación no significa que los pacientes carezcan de conocimientos. Muchas personas con dolor musculoesquelético comprenden que el movimiento o el cambio de estilo de vida podrían ayudarles, pero no se sienten preparadas, dispuestas o capaces de hacer el esfuerzo, o no ven cómo encajarlo en sus vidas. En términos de ciencia del comportamiento, existe una brecha entre **saber** y **hacer**. Si los profesionales sanitarios prescriben planes de ejercicio o de estilo de vida sin abordar la disposición motivacional, corren el riesgo de provocar frustración o desinterés en los pacientes.

Las investigaciones demuestran sistemáticamente que la motivación predice el cumplimiento del automanejo con mayor fuerza que la intensidad del dolor o los resultados de las pruebas de imagen. Por ejemplo, los pacientes con dolor lumbar que se sienten motivados para mantenerse activos tienden a recuperarse mejor que los que se muestran ambivalentes, incluso cuando reciben la misma fisioterapia. Por el contrario, en la artrosis, los pacientes que tienen dificultades para cambiar su estilo de vida, como el control del peso, pueden acabar recurriendo a inyecciones repetidas o a la cirugía si no se apoya su motivación.

La motivación no es estática. El ampliamente utilizado **Modelo Transteórico** (Prochaska y DiClemente, 1982) describe etapas como la precontemplación, la contemplación, la preparación, la acción y el mantenimiento. Este marco sigue siendo útil, pero las perspectivas más recientes enfatizan que la motivación es **fluida y depende del contexto**. Los pacientes pueden sentirse muy motivados un día y desesperanzados al siguiente, o motivados para un comportamiento (por ejemplo, caminar) pero resistentes a otro (por ejemplo, cambiar la dieta). Los brotes de dolor, el estado de ánimo, el apoyo familiar e incluso la hora del día pueden cambiar los estados motivacionales. Por lo tanto, los profesionales sanitarios deben considerar la motivación como un **proceso dinámico**, no como un rasgo fijo, y adaptar su enfoque de manera flexible en cada consulta.

En resumen, detectar la falta de motivación es esencial porque el cambio de comportamiento es la piedra angular del tratamiento del dolor musculoesquelético. Al identificar tempranamente las barreras motivacionales —y reconocer que la motivación fluctúa e interactúa con factores biológicos y sociales— los profesionales sanitarios pueden ajustar sus estrategias. Esto puede significar centrarse primero en actividades agradables y significativas en lugar de en el “ejercicio” formal, explorar los valores del paciente mediante entrevistas motivacionales o apoyar el acceso a nuevas terapias que reduzcan las barreras. De este modo, aumenta la probabilidad de que no solo se intenten comportamientos más saludables, sino que se mantengan a largo plazo.

3.2. Intervención adecuada para facilitar la motivación para el cambio

3.2.1 Etapas de la motivación para el cambio en el dolor musculoesquelético

Conceptos básicos:

- **Modelo transteórico** (Prochaska y DiClemente, 1982): sugiere que las personas pasan por diferentes etapas cuando cambian sus hábitos de salud, desde ni siquiera considerarlo, hasta pensarlo, prepararse, actuar, mantenerlo y, a veces, recaer. Es útil para identificar en qué punto se encuentra el paciente en cuanto a su disposición al cambio.
- **La rueda del cambio de comportamiento / modelo COM-B** (Michie, 2011): Explica que el comportamiento (B) se produce cuando las personas tienen capacidad (habilidades, conocimientos, confianza), oportunidad (entorno, recursos, apoyo social) y motivación (deseo, intención, hábitos). Si falta un elemento, el cambio de comportamiento se estanca. A continuación, la rueda propone “funciones de intervención” (educación, formación, habilitación, persuasión, etc.) adaptadas al elemento COM-B que sea más débil.

- **Principios conductuales de Fordyce** (1976): aplicó la psicología conductual al dolor crónico. Demostró que los “comportamientos de dolor” (por ejemplo, gemir, descansar, evitar la actividad, buscar repetidamente ayuda médica en exceso) a menudo se refuerzan involuntariamente con la atención y la simpatía, mientras que los “comportamientos de bienestar” (actividad, resolución de problemas, persistencia) suelen pasar desapercibidos. Los profesionales sanitarios pueden reducir el refuerzo de los comportamientos relacionados con el dolor y recompensar activamente los comportamientos relacionados con el bienestar para cambiar los patrones a largo plazo.

¿Por qué centrarse en la motivación?

Ayudar a las personas con dolor musculoesquelético requiere mucho más que identificar una estructura dolorosa o prescribir una hoja de ejercicios. La recuperación a largo plazo suele depender de si los pacientes están dispuestos y son capaces de realizar cambios en su vida cotidiana. Estos cambios son amplios: algunos implican **formas de movimiento agradables**, como nadar o bailar; otros significan volver a conectar con **actividades sociales valiosas**, como quedar con amigos para dar un paseo; mientras que otros se centran en **la regulación del sueño, el ritmo de las tareas diarias o la exploración de prácticas de gestión del estrés**. Para muchas personas, el dolor supone un estrechamiento de su vida; la motivación es lo que determina si pueden empezar a ampliar ese círculo de nuevo.

Sin embargo, la motivación no es un rasgo de personalidad fijo. Fluctúa en función del estado de ánimo, el apoyo social, los factores estresantes de la vida e incluso la hora del día. Un paciente que está dispuesto a caminar por la mañana puede sentirse derrotado por la noche. Uno que está ansioso por probar la relajación puede resistirse fuertemente a los cambios en la dieta. Esta naturaleza dinámica de la motivación significa que los profesionales sanitarios deben aprender a “leer” la situación actual del paciente, sin etiquetarlo de forma permanente.

Hay tres marcos que resultan especialmente útiles para guiar este proceso. **El modelo transteórico del cambio** traza un mapa de las diferentes etapas por las que suelen pasar las personas cuando cambian sus comportamientos relacionados con la salud. **La rueda del cambio de comportamiento** de Michie (**modelo COM-B**) explica que el comportamiento solo se produce cuando hay suficiente **capacidad** (conocimientos y habilidades), **oportunidad** (un entorno propicio) y **motivación** (deseo e intención). Por último, **los principios conductuales de Wilbert Fordyce** nos recuerdan que, en el dolor crónico, los “comportamientos de dolor”, como evitar la actividad o buscar repetidamente citas médicas para calmar la ansiedad, pueden reforzarse involuntariamente con la atención, mientras que los “comportamientos de bienestar”, como la persistencia, la constancia o la resolución creativa de problemas, suelen pasar desapercibidos. Al redirigir el refuerzo, los profesionales sanitarios pueden moldear un patrón de vida más adaptativo. Teniendo en cuenta estas perspectivas, repasemos las etapas de la motivación y examinemos cómo se manifiestan en la práctica musculoesquelética, cómo identificarlas en las consultas y cómo ayudar a los pacientes a avanzar hacia un compromiso más saludable.

3.2.2 Precontemplación: «No le veo sentido»

Los pacientes en la fase de precontemplación no se plantean en absoluto el cambio. A menudo creen que su afección es puramente biomédica y que solo las intervenciones médicas pueden ayudarles. Pueden decir cosas como «*Mi resonancia magnética muestra degeneración, ¿qué diferencia supondría el ejercicio?*» o «*solo necesito otra infiltración*». Algunos se desaniman tras años de intentos infructuosos, mientras que a otros quizá nunca se les haya ofrecido el automanejo como una opción seria.

Ejemplo clínico:

Roberto, un oficinista de 55 años con artrosis de rodilla de larga duración, acude a la clínica para solicitar otra inyección. Explica que probó “los ejercicios” hace años, pero que solo le hicieron empeorar. Ha dejado de salir a pasear los fines de semana con su mujer y pasa la mayor parte de las tardes delante del televisor. Está convencido de que el movimiento daña aún más sus rodillas y no ve ninguna razón para volver a intentarlo.

Cómo trabajar con él:

El modelo COM-B nos muestra que su **motivación** es mínima y su **capacidad** está poco desarrollada, ya que no sabe cómo hacer ejercicio de forma segura sin que le duela. La **oportunidad** es limitada: su entorno social refuerza el reposo en lugar de la actividad. Desde una perspectiva “Fordyceana”, sus comportamientos de dolor se ven muy reforzados por la atención médica repetida y por el hecho de que su esposa se encarga de las tareas domésticas cada vez que él se queja.

En esta etapa, el objetivo no es darle una serie de ejercicios. Se trata de sembrar suavemente la idea de que el automanejo es posible. Esto se puede hacer ofreciendo explicaciones claras que desafíen los conceptos erróneos, por ejemplo: «Estos cambios en su rodilla son como arrugas en el interior, no significan que esté dañada». También ayuda explorar sus valores: «¿Qué te gustaría hacer si tu rodilla se sintiera mejor?». Cuando él responde: «Me gustaría jugar al fútbol con mi nieto», el profesional conecta este valor con la importancia de moverse con seguridad, creando una primera grieta en su resistencia. Es importante destacar que el profesional sanitario evita reforzar los comportamientos de evitación (por ejemplo, solicitar otra exploración) y, en cambio, elogia las pequeñas capacidades diarias, como el hecho de que todavía sube las escaleras en el trabajo.

3.2.3 Contemplación: «Sé que debería, pero...»

Los pacientes en fase de contemplación reconocen que puede ser necesario un cambio, pero siguen mostrándose ambivalentes. Pueden enumerar tanto los beneficios como los obstáculos, pero el miedo a que el dolor empeore o los recuerdos de intentos fallidos les mantienen estancados.

Ejemplo clínico:

Raquel, de 42 años, sufre dolor de espalda persistente desde hace varios años. Le dice a su fisioterapeuta: «*Sé que debería moverme más, pero cada vez que lo intento, me da un ataque y luego estoy peor durante días*». Alterna entre breves momentos de entusiasmo y largos periodos de inactividad, y a menudo pasa todo el fin de semana en la cama después de un ataque.

Cómo trabajar con ella:

Su motivación es contradictoria: quiere los beneficios de la actividad, pero le aterrorizan los picos de dolor. Su capacidad es frágil, ya que carece de habilidades para dosificar el esfuerzo y la exposición gradual. Sus comportamientos de evitación se refuerzan involuntariamente cuando sus amigos o incluso los profesionales sanitarios le dicen que «ha hecho bien en dejarlo».

La estrategia aquí no es empujarla a programas completos, sino trabajar con su ambivalencia. El profesional puede crear con ella una lista sencilla de pros y contras, dando el mismo peso a ambos lados. A continuación, pueden sugerirle un experimento de bajo riesgo, como una caminata de cinco minutos a un ritmo suave, planteada no como “ejercicio”, sino como una prueba para ver cómo responde su cuerpo. Cuando lo consiga, el profesional reforzará el esfuerzo independientemente del resultado: «Has demostrado un gran valor al intentarlo. Aunque te haya causado un poco de molestias, no te ha hecho daño». Al replantear los brotes como una sensibilidad normal en lugar de una prueba de daño, el profesional ayuda a reducir el miedo y a preparar al paciente para la siguiente etapa.

3.2.4 Preparación: «Me estoy preparando»

Los pacientes en fase de preparación están planeando cambiar y es posible que ya hayan dado pequeños pasos. Quizás hayan comprado zapatillas deportivas, buscado un grupo de ejercicio local o descargado una aplicación para dormir. Su motivación es mayor, pero el miedo al fracaso o la falta de conocimientos pueden frenarlos.

Ejemplo clínico:

Daniel, de 60 años, tiene artrosis de cadera. Le dice con orgullo a su fisioterapeuta: «*Me he comprado unas zapatillas nuevas para caminar y estoy pensando en unirme al grupo de senderismo de la comunidad, pero no estoy seguro de poder seguirles el ritmo*».

Cómo trabajar con él:

Tiene la motivación, pero aún no la **capacidad** completa: no sabe cómo dosificar sus fuerzas y su confianza es frágil. Sus **oportunidades** están aumentando (ha encontrado un grupo), pero aún necesita ayuda.

El profesional puede apoyarle creando conjuntamente un plan de acción específico: «*Empecemos por caminar ocho minutos después del desayuno los martes, jueves y sábados*». Pueden ensayar el primer paso en la consulta, pidiéndole que camine a un ritmo suave y mostrándole cómo controlar sus síntomas. Utilizando un plan de afrontamiento «*Si... entonces*», el profesional le ayuda a prepararse para los contratiempos: «*Si te duele la cadera, entonces reduce el tiempo a la mitad y mira cómo te sientes*». Los principios de Fordyce se aplican reforzando la “charla sobre el bienestar” (planificación, inversión en calzado) en lugar de las declaraciones que infunden miedo. Esto convierte las buenas intenciones en un primer paso realista.

3.2.5 Acción: «He empezado, pero todavía no es un hábito»

En la fase de acción, los pacientes participan activamente en nuevos comportamientos, pero lo han hecho durante menos de seis meses. La motivación es mayor, pero las rutinas son frágiles y pueden verse fácilmente alteradas por brotes de dolor, estrés o falta de apoyo.

Ejemplo clínico:

Carolina, de 38 años, con fibromialgia, ha comenzado a asistir a clases de yoga dos veces por semana y lleva un registro de su sueño con una aplicación. Ella dice: «*Me siento un poco mejor, pero si mi dolor se intensifica, probablemente lo dejaré porque no creo que pueda soportarlo*».

Cómo trabajar con ella:

Ya ha demostrado una gran motivación, pero su confianza es precaria. El papel del profesional es proteger esta nueva y frágil rutina. Esto implica normalizar los contratiempos: «*Es normal que los síntomas fluctúen incluso cuando se está en el camino correcto*». Le proporcionan estrategias de afrontamiento como: «*Si el dolor aumenta, reduce la intensidad o acorta la sesión, pero no la interrumpas por completo*». Revisar sus registros de progreso permite al profesional destacar los beneficios más allá del dolor, como la mejora del sueño o la energía. Desde la perspectiva de Fordyce, el profesional evita reforzar el reposo total después de un brote y, en cambio, elogia su persistencia adaptativa: «Has ajustado tu rutina y has seguido adelante, lo que demuestra un verdadero automanejo».

3.2.6 Mantenimiento: «Es parte de mi vida, pero sigo tambaleándome»

En el mantenimiento, los pacientes han mantenido los nuevos comportamientos durante más de seis meses. Los hábitos son más estables, pero la motivación puede disminuir bajo estrés o cuando la novedad se desvanece. El riesgo aquí es la recaída.

Ejemplo clínico:

Antonio, de 47 años, lleva ocho meses caminando a diario y practicando la atención plena. Le dice a su fisioterapeuta: «Ahora forma parte de mi vida, pero cuando el trabajo se complica, tiendo a dejarlo todo».

Cómo trabajar con él:

Su capacidad y motivación son fuertes, pero su oportunidad se derrumba durante los periodos de estrés. El profesional le ayuda reforzando su identidad: «*Eres alguien que gestiona su dolor de forma activa*». Desarrollan planes de prevención de recaídas, como programar microdescansos en el trabajo o utilizar una «rutina mínima viable» (por ejemplo, una caminata de 5 minutos) cuando está bajo presión. Al cambiar el refuerzo de la mejora del dolor a las recompensas naturales (mayor independencia, conexión social, estado de ánimo), el profesional ayuda a mantener la resiliencia.

3.2.7 Recaída/Reciclaje: «He vuelto a caer»

Las recaídas son comunes y deben considerarse parte del proceso de cambio, no un fracaso. Los pacientes suelen alternar entre las distintas etapas en función del contexto, el estado de ánimo y los acontecimientos de la vida.

Ejemplo clínico:

Silvia, de 50 años, había estado haciendo ejercicio regularmente durante cinco meses, pero lo dejó después de un periodo estresante en el trabajo. Suspira: «Vuelvo a estar como al principio».

Cómo trabajar con ella:

En lugar de enmarcar esto como un fracaso, el profesional sanitario la tranquiliza: «*Ya lo has hecho antes, así que sabemos que puedes volver a hacerlo*». Le ayudan a volver a empezar en el último nivel que completó con éxito, tal vez dos paseos de diez minutos a la semana, en lugar de exigirle la rutina completa anterior. Utilizando el modelo COM-B, el profesional reevalúa qué elemento falló: ¿fue la oportunidad (tiempo, apoyo) o la motivación (estrés, desánimo)? La perspectiva de Fordyce nos recuerda que no debemos reforzar los comentarios que generan culpa, sino recompensar los esfuerzos por volver a empezar. El objetivo es normalizar la recaída y volver a incorporarla rápidamente a la preparación o la acción.

En resumen

La motivación en el dolor musculoesquelético es fluida. Los pacientes pueden avanzar, retroceder o permanecer entre etapas. La tarea del profesional sanitario no es empujar a todos a la acción, sino **reconocer la etapa** en la que se encuentran, comprender por qué están estancados y aplicar los apoyos adecuados. Al combinar las **etapas del cambio, el modelo COM-B y los principios de refuerzo de Fordyce**, los profesionales sanitarios pueden proporcionar una atención psicológicamente informada, realista y compasiva. Y lo que es más importante, pueden ayudar a los pacientes a transformar los momentos de ambivalencia o recaída en oportunidades de crecimiento y compromiso renovado.

4. Viñetas clínicas

Las siguientes viñetas clínicas ilustran ejemplos de cómo aplicar las mejores prácticas en materia de alfabetización sanitaria musculoesquelética y apoyo al automanejo en situaciones comunes en la clínica. Cada viñeta presenta un reto clínico típico, destaca estrategias de comunicación clave y muestra cómo integrar principios de automanejo basados en la evidencia en la atención rutinaria.

Los casos se organizan en cuatro subsecciones prácticas para facilitar su consulta rápida durante las consultas: 4.1) Movimiento y actividad, 4.2) Interacción entre el profesional sanitario y el paciente, 4.3) Valores, establecimiento de objetivos y habilidades, y 4.4) Trabajo y dolor.

Estas viñetas sirven como herramientas prácticas y orientadas a la acción para apoyar consultas eficaces y la integración coherente de los principios de alfabetización en salud en la práctica clínica diaria. Es importante recalcar que las propuestas de educación y automanejo en cada viñeta son ejemplos, pero que el abordaje debe adaptarse siempre al contexto y las preferencias del paciente.



4.1. Movimiento y actividad

En esta parte se presentan situaciones centradas en favorecer el movimiento seguro, abordar el miedo a la actividad y orientar a los pacientes hacia objetivos funcionales significativos.

4.1.1 Inseguridad sobre el ejercicio y el aumento de la actividad física

Alicia, una oficinista de 52 años, lleva cuatro meses con un dolor lumbar persistente. Pasa la mayor parte del día sentada y ha dejado de caminar por placer porque le preocupa que el movimiento pueda agravar el estado de su columna vertebral. No ha hecho ejercicio regularmente en décadas y está confundida por los consejos contradictorios que ha visto en Internet. Su aprensión hacia el ejercicio y su limitada comprensión de los mecanismos del dolor la han llevado a evitar la actividad, lo que le ha provocado un desacondicionamiento físico y una menor confianza en sí misma.



Plan de gestión integrado

- **Establecer una buena relación y explorar sus creencias:** comienza preguntando a Alicia cuáles son sus preocupaciones y sus experiencias previas con el ejercicio («¿Qué te hace dudar a la hora de empezar a moverte?»). Utiliza la escucha reflexiva y las preguntas abiertas de la entrevista motivacional para comprender su creencia de que el dolor equivale a daño. Replantea suavemente estas creencias explicándole que el dolor musculoesquelético suele persistir debido a una sensibilización del sistema nervioso más que a un daño continuo, y que el movimiento seguro puede ayudar a desensibilizar el sistema y mejorar la calidad de vida.
- **Proporcionar información en un lenguaje sencillo:** explica que la actividad física regular es una parte fundamental del tratamiento del dolor de espalda. Haz hincapié en que permanecer en cama o evitar la actividad puede ralentizar la recuperación y aumentar la discapacidad, mientras que mantenerse activo facilita el regreso al trabajo y a las funciones diarias. Utiliza metáforas sencillas, como comparar el cuerpo con un sistema de alarma que se ha vuelto demasiado sensible. Evita la jerga médica y confirma la comprensión pidiendo a Alicia que repita los puntos clave con sus propias palabras (enseñanza recíproca). Ofrece recursos escritos o digitales fiables (por ejemplo, folletos para pacientes del Sistema Nacional de Salud) para que pueda acceder a la información después de la sesión.
- **Establecimiento colaborativo de objetivos y actividad gradual:** identifica actividades significativas que a Alicia le gustaría retomar, como pasear a su perro o hacer jardinería. Estableced objetivos específicos y alcanzables (por ejemplo, caminar 10 minutos al día y luego aumentar 2 minutos cada semana). Haz hincapié en que el ejercicio de ligero a moderado de varios componentes, 2 o 3 veces por semana, puede mejorar el dolor, el sueño y el estado de ánimo, y que la dosificación de las actividades ayuda a evitar el ciclo de "altibajos". Proporciona un diario de actividades o una aplicación para el teléfono inteligente para realizar un seguimiento del progreso y reforzar el automanejo.
- **Enseñar estrategias de dosificación y resolución de problemas: explica como dosificar la actividad:** detener una actividad en función de un tiempo predeterminado en lugar de esperar a que aparezca el dolor, programar descansos y aumentar gradualmente la duración. Anima a Alicia a pensar con antelación en los posibles obstáculos (por ejemplo, días de trabajo ajetreados o mal tiempo) y a buscar soluciones prácticas, como rutas de paseo en interiores o breves descansos para moverse durante el trabajo. Refuerza que los brotes son normales y no indican una lesión; sugiere reducir la intensidad brevemente y luego volver al plan.

- **Incorporar prácticas con base psicológica:** utiliza elementos de la terapia cognitivo-conductual en las sesiones de fisioterapia. Enseña a Alicia técnicas de relajación (por ejemplo, respiración diafragmática) y estrategias cognitivas para desafiar los pensamientos negativos. Practicad la exposición gradual introduciendo poco a poco los movimientos que le dan miedo (por ejemplo, agacharse para recoger objetos ligeros), reforzando el éxito y corrigiendo los patrones de movimiento poco útiles.
- **Apoyar el uso de dispositivos digitales con precaución:** evalúa la comodidad de Alicia con la tecnología. Si es apropiado, recomienda una aplicación sencilla o un dispositivo "wearable" para controlar los pasos y enviar recordatorios. Ofrece orientación sobre cómo utilizar la tecnología y asegúrate de que ella sabe que se trata de una herramienta, no de una obligación, para apoyar su progreso.
- **Hacer un seguimiento y reforzar la autoeficacia:** programa seguimientos periódicos para revisar los objetivos, celebrar los éxitos y ajustar el programa. Anima a Alicia a reconocer la relación entre sus esfuerzos y las mejoras en su funcionamiento. Con el tiempo, transforma su programa de ejercicios de sesiones estructuradas a actividades diarias rutinarias para apoyar la adherencia a largo plazo.

Este enfoque integrado aborda la incertidumbre de Alicia sobre la actividad física alineando las estrategias de automanejo con sus creencias, ayudándola a comprender y aplicar la información sobre salud y utilizando estrategias cognitivas y conductuales para fomentar la confianza y la resiliencia.

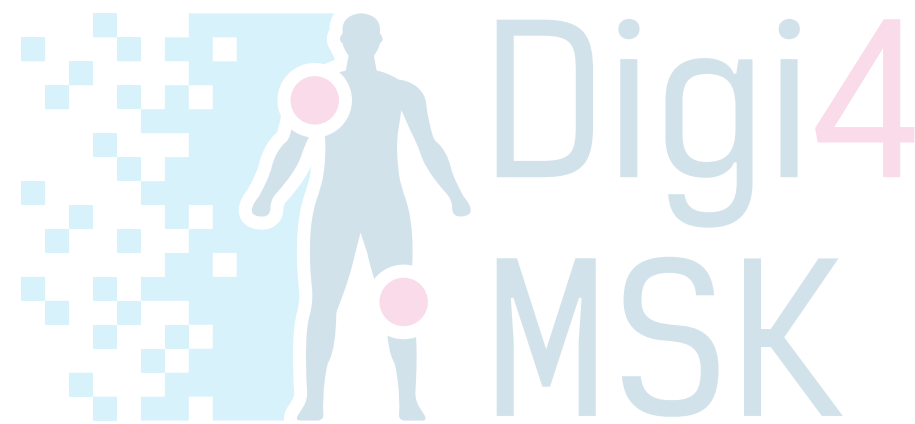
4.1.2 Sensación de fracaso al realizar actividad física

Carlos, un conductor de autobús de 60 años con artrosis de rodilla y dolor lumbar crónico, ha recibido múltiples recomendaciones de «hacer más ejercicio». Ha intentado seguir programas de caminatas y se ha apuntado al gimnasio, pero lo ha dejado a las pocas semanas porque le aumentaba el dolor o se sentía abrumado. Cada vez que lo dejaba, sentía que había «fracasado» y ahora cree que no es el tipo de persona que puede seguir un plan de ejercicio. Afirma sentirse frustrado y desesperanzado con respecto a la actividad física. Los conocimientos de Carlos sobre salud son adecuados para las cuestiones cotidianas, pero le cuesta interpretar las sensaciones corporales durante el ejercicio y no sabe distinguir entre el dolor normal después del ejercicio y el dolor perjudicial.



Plan de gestión integrado

- **Explorar las experiencias y creencias pasadas:** comienza invitando a Carlos a describir sus intentos anteriores de hacer ejercicio («cuéntame qué pasó cuando intentaste caminar con regularidad»). Utiliza preguntas abiertas y escucha reflexiva para comprender los retos específicos a los que se enfrentó (por ejemplo, aumentos bruscos de intensidad, falta de orientación, brotes de dolor). Normaliza la dificultad del cambio de comportamiento y tranquilízalo diciéndole que los contratiempos son comunes. Identifica las creencias autodestructivas («siempre lo dejo») y reformúlalas («estaba lo suficientemente decidido como para empezar; ahora ajustaremos el plan para que sea sostenible»).
- **Utilizar una planificación de actividades personalizada y gradual:** ayuda a Carlos a diseñar un programa de ejercicios que comience muy por debajo de los umbrales que anteriormente provocaban brotes de dolor. Por ejemplo, si caminar 30 minutos le provocaba un brote de dolor, acuerda comenzar con caminatas de 5 minutos tres veces al día y aumentar un 10 % cada semana. Incorpora ejercicios de fortalecimiento y flexibilidad adecuados para la artrosis de rodilla, utilizando equipos sencillos como bandas de resistencia. Haz hincapié en que el ejercicio ligero a moderado mejora el dolor y la función cuando se realiza de forma constante, y que las molestias durante las primeras sesiones no significan que haya daño. Proporciona instrucciones escritas o digitales con un lenguaje y unas imágenes claras y fáciles de seguir.



- **Dosificación y automanejo:** enseña a Carlos técnicas para dosificar la carga: programar descansos regulares, alternar actividades que carguen diferentes partes del cuerpo y detener una actividad en función de un tiempo predeterminado en lugar de esperar a que aparezca el dolor. Anímalo a llevar un registro sencillo de actividades en el que anote la duración, el esfuerzo percibido y el dolor antes y después de la actividad. Revisar juntos estos registros le ayudará a ver el progreso de forma objetiva e identificar patrones, lo que reforzará su sensación de dominio.
- **Abordar la comprensión y la evaluación:** explícale la diferencia entre el dolor normal inducido por el ejercicio (normalmente difuso y de corta duración) y las señales de advertencia que justifican una modificación (por ejemplo, dolor articular agudo y creciente). Utiliza analogías y diagramas sencillos para describir cómo los músculos se adaptan al estrés y se fortalecen con el tiempo. Aclara que el aumento temporal de las molestias forma parte del proceso de adaptación y no es un signo de “fracaso”. Anima a Carlos a evaluar críticamente las fuentes de información; aconséjale que se base en las orientaciones de los profesionales sanitarios y las organizaciones de prestigio, en lugar de en historias anecdóticas que encuentre en Internet.
- **Mejorar la autoeficacia mediante el establecimiento de objetivos y el refuerzo:** estableced de forma colaborativa objetivos a corto plazo que sean realistas y personalmente significativos (por ejemplo, dar una vuelta a la manzana sin parar, subir escaleras sin dolor en las rodillas). Celebra los pequeños logros durante las visitas de seguimiento para contrarrestar su narrativa de fracaso. Introduce gradualmente variedad (ciclismo, natación) para mantener el interés y reducir el estrés articular. Fomenta el apoyo social, tal vez caminando con un familiar o participando en una clase comunitaria, para aumentar la responsabilidad y el disfrute.
- **Incorporar estrategias cognitivas y conductuales:** utiliza técnicas cognitivo-conductuales breves para ayudar a Carlos a reconocer y desafiar los pensamientos automáticos que socavan sus esfuerzos («este dolor significa que me está dañando la rodilla»). Enseña ejercicios de relajación (por ejemplo, respiración controlada) para controlar la ansiedad cuando el dolor aumenta. Analiza estrategias de afrontamiento para los contratiempos, como reducir temporalmente la actividad en lugar de dejarla por completo y utilizar calor o movimientos suaves para aliviar los brotes.
- **Seguimiento y adaptabilidad:** programa revisiones periódicas para ajustar el programa en función de los comentarios y el progreso de Carlos. Refuerza la idea de que los tropiezos son oportunidades de aprendizaje y no fracasos. A medida que su confianza crezca, aumenta gradualmente la intensidad del ejercicio y anímalo a integrar la actividad física en sus rutinas diarias (por ejemplo, aparcar más lejos del trabajo, subir las escaleras). Con el tiempo, cambie el enfoque de las sesiones estructuradas al mantenimiento de un estilo de vida activo que pueda autogestionar.

Este enfoque integrado aborda la sensación de fracaso de Carlos creando pasos alcanzables, mejorando su comprensión del dolor y la adaptación, y fomentando la confianza a través de comentarios de apoyo y prácticas con base psicológica.

4.1.3 Incertidumbre sobre el dolor

Luisa, una supervisora de almacén de 45 años, desarrolló un dolor persistente en la zona media de la espalda después de levantar cajas pesadas hace ocho meses. Su informe de resonancia magnética menciona “cambios degenerativos en los discos”, lo que ella interpreta como “desgaste” de la columna vertebral. Cada vez que siente un pinchazo, deja lo que está haciendo y descansa durante días, por miedo a “dañarse algo”. Le preocupa moverse y ha empezado a evitar las tareas domésticas. No sabe cómo juzgar si el dolor que siente es señal de daño o parte del proceso de curación.



Plan de tratamiento integrado

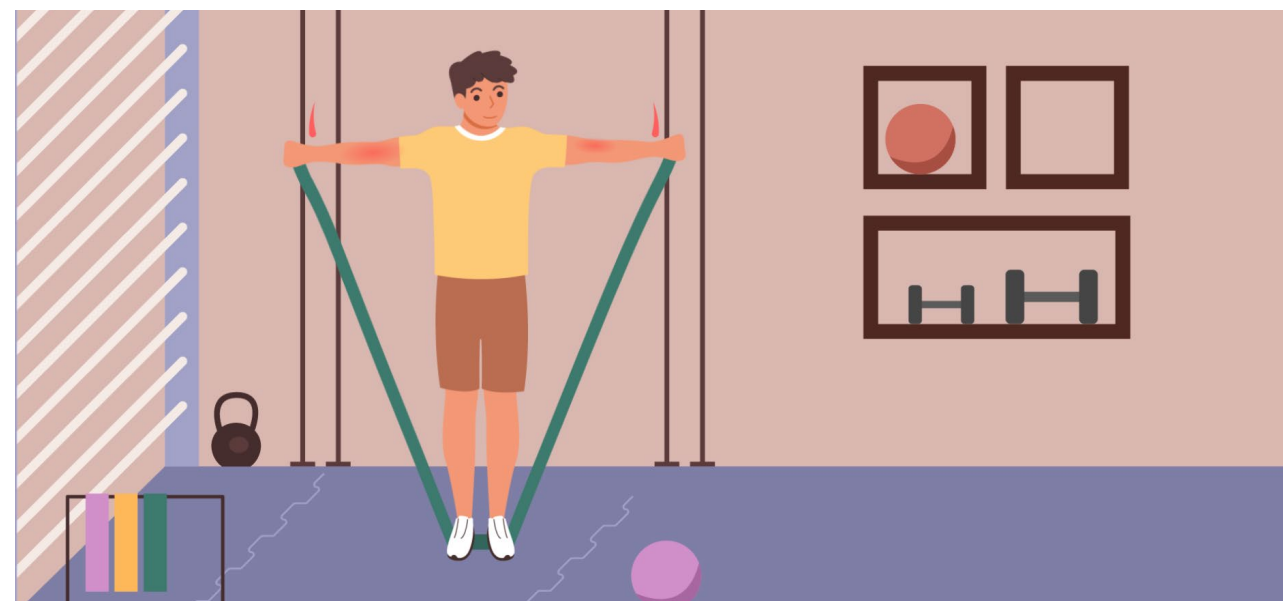
- **Aclarar el significado del dolor y los resultados de las pruebas de imagen:** comienza preguntando a Luisa qué cree que le está causando el dolor y qué significan para ella los resultados de la resonancia magnética. Valida sus preocupaciones y explícale que muchos resultados de las pruebas de imagen, como la degeneración discal, son cambios normales relacionados con la edad y que no guardan mucha relación con la intensidad del dolor. Utiliza un lenguaje sencillo y analogías (por ejemplo, “arrugas en el interior”) para ilustrar que los cambios estructurales en las exploraciones son comunes en personas que no sufren dolor. Haz hincapié en que el dolor es un sistema de alarma influenciado por el sistema nervioso, las emociones y el contexto, y que a menudo indica sensibilidad protectora en lugar de daño.
- **Enseñar la diferencia entre “dolor y daño” y el reconocimiento de señales de alerta:** explica el concepto de que el dolor musculoesquelético puede ser intenso sin indicar una lesión. Proporciona un marco de referencia tipo “semáforo”:
 - **Verde:** dolor muscular o dolor sordo que se alivia con el movimiento y no empeora la función; es seguro continuar con la actividad.

- **Amarillo:** dolor que aumenta durante o después de la actividad, pero que desaparece en 24-48 horas; reducir la intensidad o la duración la próxima vez, pero confirmar que es seguro continuar con la actividad.
 - **Rojo:** dolor acompañado de cambios neurológicos (por ejemplo, entumecimiento, debilidad), dolor nocturno persistente, fiebre o pérdida de peso inexplicable; aconsejar una revisión médica inmediata. Esto permite a Luisa evaluar sus síntomas y decidir cuándo es apropiado el automanejo y cuándo es necesario acudir a un profesional.
- **Recuperar la confianza mediante la exposición gradual:** identifica los movimientos que Luisa evita (por ejemplo, agacharse, girar). Diseña un plan de exposición gradual que comience con rangos de carga baja y sin dolor (por ejemplo, rotaciones del tronco con apoyo) y aumenta progresivamente el rango y la carga. Anímalas a que observe y registre sus niveles de dolor y su función después de cada sesión. A medida que realice con éxito los movimientos que le dan miedo sin sufrir daños, su confianza aumentará y su miedo disminuirá. Haz hincapié en que es normal que aumente temporalmente la molestia, pero que eso no significa que se esté lesionando.
- **Promover el afrontamiento activo y la relajación:** enseña a Luisa técnicas de relajación y respiración para reducir la excitación simpática durante los episodios de dolor. Anímalas a realizar ejercicios de “mindfulness” o de exploración corporal para ayudarla a observar las sensaciones sin catastrofizar. Explícale cómo el estrés y la ansiedad pueden amplificar la percepción del dolor y que las técnicas de relajación pueden modular la experiencia del dolor.
- **Abordar las creencias y proporcionar información fiable:** desafía los pensamientos catastróficos («mi espalda se está desmoronando») con explicaciones basadas en pruebas. Proporciona recursos fáciles de entender para el paciente que expliquen la historia natural del dolor de espalda y los límites de las pruebas de imagen. Anima a Luisa a discutir sus preguntas con su fisioterapeuta o médico de cabecera en lugar de basarse en historias anecdóticas que encuentra en Internet.
- **Supervisar y apoyar el automanejo:** utiliza las citas de seguimiento para revisar el diario de síntomas de Luisa, ajustar su plan de actividades y reforzar su capacidad para evaluar el dolor de forma adecuada. Anímalas a reanudar gradualmente sus actividades normales y sus tareas laborales, utilizando el modelo del semáforo como guía para la toma de decisiones. Si presenta algún síntoma de alerta, indícale cuándo y dónde acudir para recibir una evaluación médica inmediata.

Este enfoque personalizado aborda la incertidumbre de Luisa desmitificando las señales de dolor, dotándola de un marco para evaluar los síntomas y promoviendo una exposición segura y gradual al movimiento. Combina la educación, la práctica conductual y el reencuadre cognitivo para mejorar su confianza y su funcionamiento.

4.1.4 Desconfianza en el terapeuta

Jordi, un trabajador de la construcción de 38 años, desarrolló un dolor en el hombro derecho tras una caída. Ha consultado a tres profesionales diferentes en los últimos seis meses: un cirujano ortopédico que le recomendó una operación, un osteópata que le recetó ejercicios con una explicación mínima y un fisioterapeuta que le vendió un paquete de 20 sesiones por adelantado. El dolor de Jordi persiste y ahora cuestiona los motivos que hay detrás de las recomendaciones sanitarias. Acude a un nuevo fisioterapeuta con un lenguaje corporal cauteloso y preguntas directas: «¿Cómo sé que no me va a vender algo? ¿Por qué debería creer lo que dice sobre mi dolor?». No está seguro de si su dolor de hombro es inofensivo o un signo de una lesión grave y desconfía de los consejos clínicos debido a sus experiencias anteriores.



Plan de gestión integrado

- **Reconocer las experiencias pasadas y validar la desconfianza:** comienza invitando abiertamente a Jordi a compartir sus experiencias sanitarias anteriores. Utiliza la escucha reflexiva para reconocer su frustración («parece que te has sentido presionado a seguir tratamientos que no te han ayudado, y es comprensible que eso te haya hecho ser escéptico»). Evita defender a otros profesionales. En su lugar, valida su derecho a cuestionar las recomendaciones. Reconoce que la alianza terapéutica a menudo se ve comprometida por opiniones contradictorias, presiones económicas y una comunicación opaca.

- **Adoptar un enfoque transparente y basado en la colaboración:** explica su función, sus cualificaciones y la naturaleza basada en la evidencia de sus recomendaciones. Describe el proceso de evaluación antes de comenzar, incluyendo qué pruebas se realizarán y cuáles no. Comparte el poder de decisión presentando a Jordi las opciones disponibles (por ejemplo, rehabilitación activa, observación y espera, derivación para pruebas de imagen), discutiendo las ventajas y desventajas de cada una. Utiliza ayudas para la toma de decisiones (gráficos, folletos) para visualizar los posibles resultados y apoyar la valoración de Jordi. Ofrece proporcionar resúmenes escritos o copias de sus notas clínicas para reforzar la transparencia.
- **Generar credibilidad mediante pruebas y lógica:** comenta la historia natural del dolor de hombro y la limitada correlación entre los resultados de las pruebas de imagen y los síntomas. Explica que muchas “anomalías” estructurales identificadas en las exploraciones están presentes en personas que no sufren dolor, y que las pruebas respaldan un tratamiento conservador inicialmente. Comparte esta información verbalmente y, si Jordi da su consentimiento, explícale las recomendaciones de fuentes acreditadas (por ejemplo, sociedades ortopédicas nacionales) para que pueda evaluar la información por sí mismo. Invita a Jordi a verificar lo que le dice a través de recursos fiables o buscando una segunda opinión.
- **Utilizar entrevistas motivacionales para explorar sus creencias:** haz preguntas abiertas a Jordi sobre su comprensión del dolor y sus expectativas respecto al tratamiento. Por ejemplo: «¿Qué crees que te está causando el dolor de hombro?» o «¿qué te haría sentir seguro con el plan que creamos?». Explora los miedos subyacentes (por ejemplo, el miedo a ser manipulado para obtener beneficios económicos, el miedo a que el movimiento empeore su lesión). Reflexiona sobre ello con él e identifica de forma colaborativa cómo abordarlos, por ejemplo, acordando un número limitado de sesiones con objetivos predefinidos y puntos de reevaluación.
- **Abordar los factores cognitivos y emocionales:** educa a Jordi sobre el efecto nocebo, la forma en que las expectativas negativas pueden amplificar el dolor, y el papel del estrés y la vigilancia en el mantenimiento de los síntomas. Utiliza técnicas cognitivo-conductuales para ayudarle a identificar los pensamientos inútiles («solo quieren mi dinero») y reformularlos («evaluaré las recomendaciones basándome en las pruebas y en mi propio progreso»). Introduce métodos de relajación para reducir la hipervigilancia y la excitación simpática, lo que puede disminuir la sensibilidad al dolor.
- **Diseñar un plan de rehabilitación flexible y autodirigido:** estableced de forma colaborativa objetivos funcionales (por ejemplo, volver al trabajo o al deporte). Haz hincapié en las estrategias activas de automanejo: ejercicios graduales de fortalecimiento y movilidad para el hombro, ajustes ergonómicos en el trabajo y dosificación de la actividad.

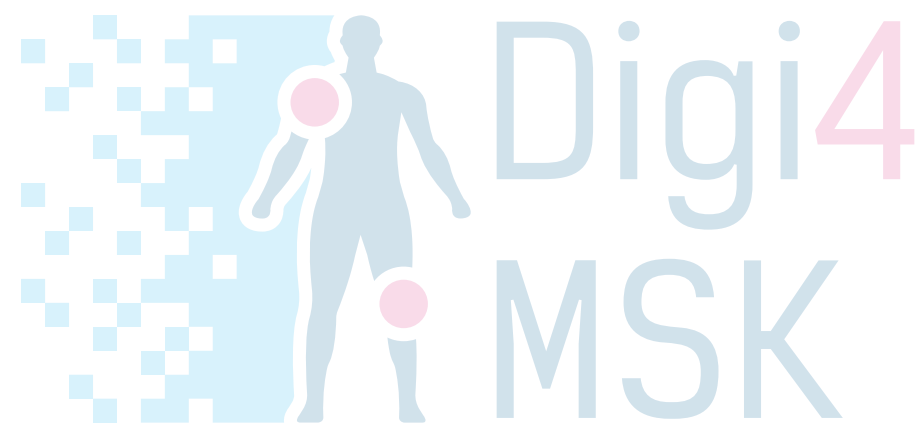
Proporciona instrucciones detalladas y vídeos para que Jordi pueda realizar los ejercicios de forma independiente. Acordad hitos específicos y un período de prueba de la terapia de duración limitada (por ejemplo, «veamos cómo afectan a tu función seis sesiones durante tres semanas; entonces lo reevaluaremos y decidiremos juntos si continuar»).

- **Fomentar la evaluación y las segundas opiniones:** refuerza el derecho de Jordi a preguntar, buscar aclaraciones y obtener segundas opiniones. Proporcióname una lista de preguntas para hacer a cualquier proveedor (por ejemplo, «¿cuál es la evidencia de este tratamiento?», «¿cuáles son las alternativas?»). Enséñale a reconocer las señales de alarma (por ejemplo, pérdida repentina de fuerza, entumecimiento que se extiende) que requieren una evaluación médica urgente, frente a las variaciones en la intensidad del dolor que son comunes y no suponen un peligro.
- **Mantener una comunicación y unos límites coherentes:** programa revisiones periódicas (en persona o telemáticas) para comentar el progreso de Jordi. Anímale a comunicar rápidamente cualquier duda o cambio en los síntomas. En caso de recomendar alguna modalidad pasiva (por ejemplo, terapia manual), explícale claramente su finalidad, inclúyela en un programa activo más amplio y establece expectativas claras sobre la frecuencia y la duración para evitar que se perciba como una dependencia innecesaria.
- **Aprovechar el apoyo multidisciplinar:** si la desconfianza de Jordi está relacionada con cuestiones económicas o del sistema, ponlo en contacto con servicios de defensa del paciente o programas de alfabetización en salud que puedan ayudarle a navegar por el sistema sanitario. Si sospecha que hay un trauma no resuelto o una ansiedad grave que contribuye a la desconfianza, considera la posibilidad de ponerse en contacto con un psicólogo con experiencia en dolor crónico o derivarlo a uno.

Al validar explícitamente el escepticismo de Jordi, compartir información de forma transparente y crear conjuntamente un plan estructurado y con plazos definidos, el profesional sanitario demuestra respeto por la autonomía y fomenta la confianza. La integración de estrategias de entrevista motivacional y cognitivo-conductuales ayuda a Jordi a reinterpretar su dolor y sus experiencias previas, mientras que el automanejo activo refuerza su control sobre la recuperación. Este nivel de sofisticación va más allá de la tranquilidad que proporciona el sentido común y aborda las barreras relacionales y cognitivas más profundas que hacen que estos casos sean un reto para los profesionales sanitarios.

4.1.5 Comprende la importancia de la actividad física, pero no sabe cómo empezar

Sara es una gestora de proyectos tecnológicos de 55 años con hipertensión leve y colesterol elevado. Reconoce la importancia de mantenerse activa, pero no ha hecho ejercicio regularmente en décadas y se siente intimidada por los gimnasios. Ocupada con el trabajo y el cuidado de otras personas, no está segura de cómo empezar y le preocupa lesionarse.



Plan de gestión integrado

- **Evaluar la preparación y el estado de salud:** comienza con un breve cuestionario de salud (por ejemplo, el cuestionario PAR-Q+ “Cuestionario de preparación para la actividad física”) para asegurarte de que Sara puede realizar actividades físicas generales de forma segura. Revisa su historial médico y comenta cualquier limitación de movimiento. Aclara que el objetivo es descubrir actividades que le gusten, en lugar de prescribirle un programa rígido.
- **Averiguar sus intereses pasados y presentes:** utiliza entrevistas motivacionales para explorar las aficiones de Sara y lo que le gustaba hacer cuando era niña o joven: bailar en eventos sociales, montar en bicicleta con amigos, hacer jardinería, ir de excursión. Haz preguntas abiertas como «¿qué tipo de movimientos te hacían sentir bien en el pasado?» y «¿hay alguna actividad que siempre hayas querido probar pero no lo hayas hecho?».

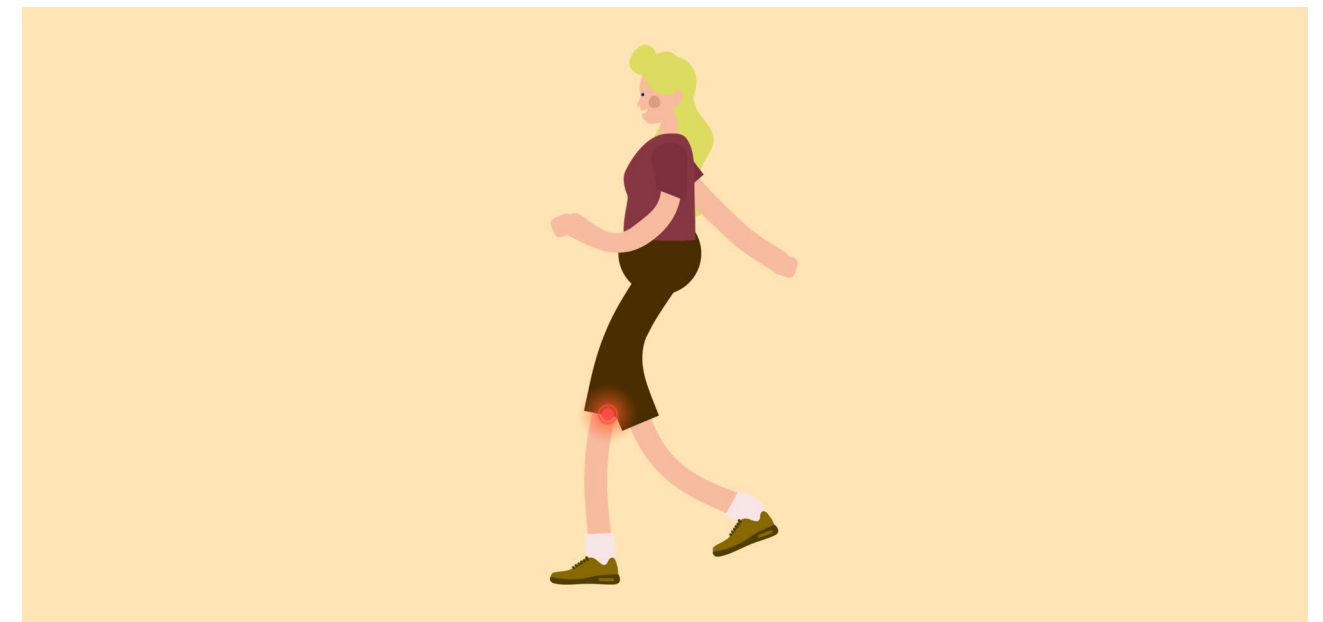
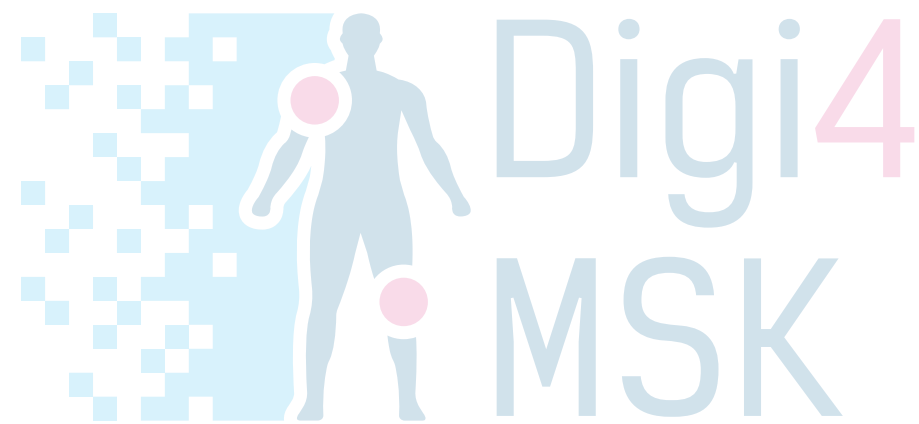
- **Introducir el concepto de “snacks de movimiento”:** explícale que la actividad física no tiene por qué ser ejercicio estructurado, sino que se puede acumular a través de breves y agradables sesiones de movimiento. Algunos ejemplos son jugar con los niños, pasear al perro, bailar un poco al ritmo de su canción favorita, hacer jardinería o subir las escaleras en lugar de usar el ascensor.
- **Crear un “menú” de actividades para probar diferentes experiencias:** elaborad juntos una lista de actividades que se ajusten a los intereses y la realidad logística de Sara. Algunas posibilidades podrían ser:
 - Apuntarse a una clase de salsa o baile en línea para principiantes con el fin de socializar.
 - Dar paseos por la naturaleza o hacer excursiones suaves los fines de semana con la familia o los amigos.
 - Explorar a pie los lugares de interés cultural locales (“exploraciones urbanas”).
 - Probar el aeróbic acuático o la natación recreativa si le gusta estar en el agua.
 - Participar en jardinería comunitaria o ser voluntaria en la limpieza de parques.
 - Desplazarse en bicicleta para hacer recados cortos o ir andando a reuniones cercanas.
 - Usar videojuegos interactivos (por ejemplo, juegos de baile o fitness) en casa para divertirse.
- **Planificar pruebas breves y sin compromiso:** anima a Sara a probar dos o tres actividades durante el próximo mes. Para cada una de ellas, estableced un umbral bajo de compromiso (por ejemplo, asistir a una clase de baile, dar un paseo de 20 minutos por un parque, probar una sesión de yoga para principiantes en línea). Pídele que anote cómo se siente durante y después de cada actividad (niveles de energía, disfrute, conexión social), en lugar de centrarse en las calorías o la frecuencia cardíaca.
- **Reflexionar y perfeccionar:** en las sesiones de seguimiento, comenta con Sara sus experiencias con cada actividad. Utiliza preguntas reflexivas: «¿Qué es lo que más te ha gustado?», «¿te ha sorprendido algo?», «¿qué actividades te han parecido una tarea y cuáles te han parecido un juego?». Basándote en sus comentarios, elimina las actividades que no le han gustado y amplía aquellas que le han despertado alegría o curiosidad.
- **Fomentar la creación de hábitos a través del disfrute y la conexión social:** una vez que Sara identifique una o dos actividades preferidas, ayúdala a integrarlas en su rutina semanal vinculándolas a hábitos o compromisos sociales existentes (por ejemplo, clase de baile los sábados por la mañana con una amiga, paseos por la tarde entre semana con un vecino). Destaca que el disfrute intrínseco y el apoyo social son poderosos impulsores de la adherencia. Anímla a invitar a familiares o compañeros de trabajo a unirse, creando una red de responsabilidad y apoyo.

- **Mejorar los conocimientos sobre salud en torno a la variedad de actividades:** educa a Sara sobre los beneficios de los diversos patrones de movimiento: actividades aeróbicas para la salud cardiovascular, actividades con peso para la fortaleza ósea y tareas de estiramiento o equilibrio para la prevención de caídas. Utiliza un lenguaje sencillo para explicar que la variedad reduce el riesgo de lesiones por sobrecarga y mantiene el interés por la actividad. Proporciona consejos para reconocer los signos de esfuerzo excesivo y cómo ajustar la intensidad en función de cómo se sienta su cuerpo.
- **Apoyar con recursos y conexiones con la comunidad:** proporciona información sobre centros comunitarios locales, ligas recreativas para adultos, estudios de danza y grupos de senderismo. Si se siente cómoda con el uso de dispositivos digitales, recomiéndale aplicaciones que conviertan el movimiento diario en un juego o conecten a personas con intereses similares (por ejemplo, aplicaciones sociales de senderismo o de orientación). Si sus conocimientos digitales son limitados, acompáñala en los procesos de inscripción o sugiérele que se inscriba en persona en los centros comunitarios.
- **Abordar las barreras psicológicas y la autopercepción:** utiliza estrategias cognitivo-conductuales para desafiar la creencia de que la actividad física debe ser extenuante o realizarse en un gimnasio. Replantea el “ejercicio” como “moverse de forma que te haga sentir vivo”. Hablad sobre cualquier vergüenza o preocupación por la imagen corporal y normalizar estos sentimientos. Si Sara se siente cohibida en entornos grupales, sugiérele que empiece con actividades en casa o en grupos pequeños.
- **Establecer el seguimiento y controlar la evolución:** programad seguimientos cada pocas semanas para celebrar los éxitos, resolver las barreras (mal tiempo, cambios de horario) e introducir nuevas opciones de actividades cuando el interés disminuya. A medida que la confianza y el disfrute de Sara aumenten, sugiérele con delicadeza que añada breves sesiones de actividades centradas en la fuerza (por ejemplo, llevar la compra, utilizar bandas de resistencia) en el contexto de las actividades que haya elegido.

Al centrarse en la exploración y el disfrute, este enfoque permite a Sara desarrollar un hábito de movimiento sostenible basado en experiencias positivas en lugar de en obligaciones. El fisioterapeuta actúa como entrenador y facilitador, guiándola a través de la experimentación, la reflexión y la formación de hábitos, y asegurándose de que comprenda cómo mantenerse segura y reconocer las actividades que se ajustan a su estilo de vida y preferencias.

4.1.6 Hacer ejercicio con comorbilidades: cómo empezar y gestionar las barreras

María es una profesora jubilada de 63 años con diabetes tipo 2, hipertensión, obesidad (índice de masa corporal de 33) y artrosis bilateral de rodilla. También padece una neuropatía diabética periférica leve que le provoca entumecimiento intermitente en los pies. Su médico de cabecera le ha aconsejado que la actividad física regular podría mejorar el control glucémico y reducir el riesgo cardiovascular. María está dispuesta, pero no sabe cómo empezar: le duelen las rodillas después de estar de pie durante mucho tiempo, le preocupa la hipoglucemia durante el ejercicio debido al uso de insulina y se siente fatigada y ansiosa por caminar sola. Ha probado con vídeos de ejercicios en casa, pero se desanimó al no poder seguir el ritmo del instructor.



Plan de gestión integrado

- **Evaluación exhaustiva y colaboración:** dada la coexistencia de múltiples enfermedades crónicas, confirma la estabilidad médica antes de iniciar el ejercicio. Si no es médico, póngase en contacto con el médico de cabecera o el endocrinólogo para asegurarse de que la presión arterial y la glucosa están bien controladas y ajustar la dosis de insulina o antihipertensivos según sea necesario. Dentro del ámbito de la fisioterapia o el ejercicio terapéutico, realice una evaluación funcional exhaustiva que incluya la amplitud de movimiento, la fuerza de

las extremidades inferiores, el equilibrio, la marcha y la tolerancia al ejercicio. Documenta la actividad habitual, los patrones de fatiga, el sueño y la experiencia previa en ejercicio para identificar los puntos de partida físicos y conductuales. Esta evaluación aclara los riesgos (por ejemplo, lesiones neuropáticas, estrés cardiovascular) y determina la intensidad más segura para la progresión.

- **Educación personalizada sobre seguridad y automanejo:** enseña medidas de seguridad prácticas y basadas en la evidencia. Indica a María que compruebe la glucosa capilar antes y después del ejercicio inicialmente, que lleve consigo 15 g de carbohidratos de acción rápida y que reconozca los síntomas de la hipoglucemia. Hablad sobre el calzado adecuado y la inspección diaria de los pies debido al riesgo de neuropatía. Aclara que la actividad física moderada puede mejorar el dolor articular y la movilidad en la artrosis de rodilla al mejorar el control neuromuscular y los mediadores antiinflamatorios. Asegúrale que las molestias transitorias durante la actividad no equivalen a un daño. Proporcione instrucciones escritas que describan las medidas a tomar en caso de lecturas anormales de glucosa o brotes de dolor.
- **Identificar y abordar las barreras psicológicas o relacionadas con las habilidades mediante entrevistas motivacionales:** explora las preocupaciones específicas de María («tengo miedo de que me baje el azúcar», «me duelen las rodillas cuando camino», «me canso rápidamente»). Valida sus preocupaciones y buscad soluciones de forma colaborativa. Para los miedos a la hipoglucemia, planifica el ejercicio en torno a las comidas o la administración de insulina bajo la supervisión de su médico. Para el dolor de rodillas, elige actividades de bajo impacto (aeróbic acuático, bicicleta estática, tai-chi sentado) que descarguen las articulaciones y, al mismo tiempo, proporcionen beneficios aeróbicos. Para la fatiga y el miedo a hacer ejercicio sola, programa la actividad durante sus «picos de energía» y explora opciones en grupo o con un compañero. Fomenta la participación en programas comunitarios adaptados a las personas mayores con enfermedades crónicas (por ejemplo, grupos de caminatas para diabéticos, clases de ejercicio para artritis), que proporcionan apoyo social y supervisión profesional. Utiliza técnicas cognitivo-conductuales para reformular las predicciones negativas («me cansaré demasiado») en planes de acción («puedo descansar cuando lo necesite y seguir obteniendo beneficios»).
- **Diseñar un plan de actividades progresivo, flexible y de bajo impacto:** comienza con actividades que no dañen las articulaciones, que permitan descansos y minimicen el estrés en las rodillas. Entre las opciones adecuadas se incluyen sesiones acuáticas para la resistencia a la flotabilidad, ciclismo reclinado para el acondicionamiento aeróbico sin soportar peso, marcha nórdica para distribuir la carga a través de la parte superior del cuerpo y ejercicios sentados o con bandas de resistencia para fortalecer los cuádriceps y los glúteos. Comienza con sesiones cortas, de unos 10 minutos dos veces al día, y haz hincapié en que el movimiento acumulado mejora los resultados de salud. Utiliza la dosificación: haz una pausa si el dolor

supera un nivel tolerable, reanuda cuando se calme y aumenta la duración o la intensidad gradualmente (5-10 % semanal) mientras supervisas los síntomas de la rodilla y los niveles de glucosa. Complementa el entrenamiento aeróbico con ejercicios sencillos de fuerza, equilibrio y flexibilidad, como sentarse y levantarse, mantenerse de pie sobre una sola pierna con apoyo o estiramientos suaves de pantorrillas e isquiotibiales. Anima a integrar estos movimientos en las rutinas diarias (elevar los talones mientras se cepilla los dientes, mini sentadillas durante las tareas domésticas) para que el ejercicio resulte manejable y sostenible.

- **Incorporar ejercicios de fuerza, equilibrio y flexibilidad:** dado que las comorbilidades aumentan el riesgo de caídas y la degeneración articular, integra ejercicios dirigidos a la fuerza de las extremidades inferiores (levantarse de la silla, sentadillas contra la pared), el equilibrio (apoyo sobre una sola pierna con ayuda) y la flexibilidad (estiramientos suaves de isquiotibiales y pantorrillas). Estos elementos pueden integrarse en las tareas diarias, como practicar elevaciones de talones mientras se cepilla los dientes o hacer mini sentadillas durante los anuncios de televisión, para que María no los perciba como ejercicios separados.
- **Mejorar los conocimientos sobre salud y el apoyo digital:** proporciona directrices escritas concisas sobre el ejercicio seguro para personas con diabetes, hipertensión y artrosis, haciendo hincapié en la razón que hay detrás de cada recomendación. Si María utiliza un teléfono inteligente, preséntale aplicaciones fáciles de usar que controlen conjuntamente la glucosa en sangre y la actividad física, o proporciónale vídeos demostrativos de ejercicios de bajo impacto. Si sus conocimientos digitales son escasos, ofrécele imágenes impresas o programe demostraciones presenciales para garantizar su comprensión.
- **Planificar un apoyo y una adaptación continuos:** programar seguimientos periódicos (inicialmente cada 1-2 semanas) para revisar los síntomas, los registros de glucosa y el cumplimiento. Colabora con el médico de María para ajustar la medicación si mejora su glucosa en sangre. A medida que mejore su forma física, introduce nuevos retos (por ejemplo, circuitos con bandas de resistencia ligeras, entrenamiento por intervalos suave) respetando sus comorbilidades. Anima a María a fijarse objetivos funcionales a largo plazo, como poder pasear con sus nietos o viajar cómodamente.

Este enfoque reconoce la compleja interacción entre las comorbilidades y las barreras. Al integrar la orientación médica, las opciones de actividad personalizadas, la educación en materia de seguridad y la práctica basada en conocimientos psicológicos, permite a pacientes como María iniciar y mantener la actividad física mientras controlan sus afecciones de salud.

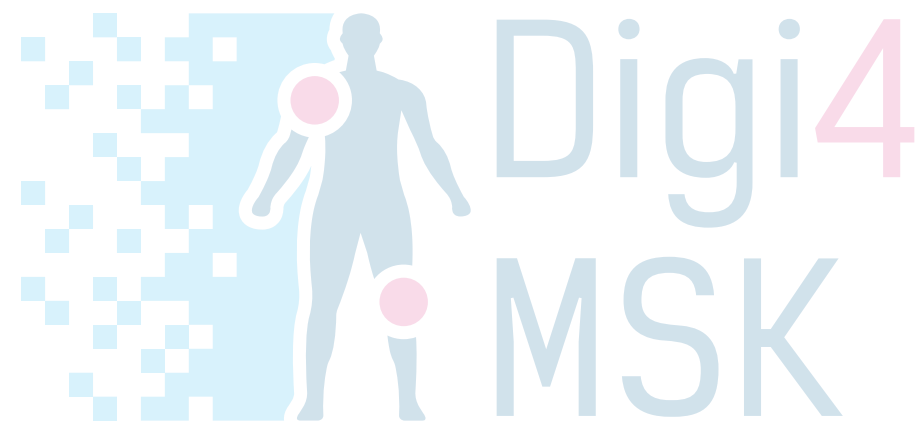
4.1.7 Adaptar el ejercicio a rutinas impredecibles, como el trabajo por turnos o la crianza de los hijos

Tomás es un enfermero de urgencias de 40 años con turnos rotativos y dos hijos pequeños. Entiende la importancia de la actividad física, pero le cuesta mantener una rutina debido a los cambios en sus horarios de trabajo, las interrupciones del sueño y las responsabilidades familiares. Sus intentos anteriores de seguir programas estructurados fracasaron cuando cambió su horario, lo que le dejó frustrado y con sentimientos de culpa.



Plan de gestión integrado

- **Evaluación del horario y la fatiga:** comienza por trazar un mapa de los patrones de turnos típicos de Tomás, sus ciclos de sueño y sus compromisos familiares. Analiza las fluctuaciones de energía relacionadas con los turnos nocturnos frente a los diurnos e identifica las oportunidades para realizar actividades breves. Reconoce el impacto de la alteración circadiana en la motivación y la recuperación.
- **Menú de actividades e integración de hábitos:** utiliza entrevistas motivacionales para explorar las preferencias y barreras de Tomás. Desarrollad un “menú” de actividades flexibles y agradables (circuitos de 5 minutos con el peso corporal, caminatas rápidas de 10 minutos con los niños o juegos activos durante las visitas al parque) que se puedan incluir en días impredecibles. Haz hincapié en que el movimiento acumulativo cuenta y fomenta



la acumulación de hábitos (por ejemplo, sentadillas después de cepillarse los dientes, estiramientos durante las pausas de la televisión).

- **Progresión y ritmo de las microsesiones:** comience con sesiones muy cortas (por ejemplo, dos sesiones de 5 minutos al día) que pueda realizar independientemente de la duración de su turno. Anímalo a que registre las actividades, anotando la hora del día, el nivel de energía y el estado de ánimo. Aumentad gradualmente la actividad semanal total entre un 5 % y un 10 % a medida que su cuerpo se adapta, adaptando la intensidad en función de la fatiga y la calidad del sueño. Incluye ejercicios de movilidad y de fortalecimiento del tronco para contrarrestar las tensiones ocupacionales.
- **Apoyo en materia de conocimientos sobre salud y herramientas digitales:** proporciona información clara sobre cómo la actividad fragmentada beneficia la salud cardiovascular y mental. Muéstrole ejercicios sencillos que Tomás pueda realizar de forma segura sin necesidad de equipamiento y, si sus conocimientos digitales lo permiten, recomiéndale aplicaciones que ofrezcan entrenamientos cortos a la carta o “recordatorios de movimiento” adaptados a horarios variables. Sugierele herramientas para realizar un seguimiento de la actividad acumulada y reforzar el progreso.
- **Estrategias familiares y laborales:** anima a incorporar a la familia en el movimiento, jugando al “pilla-pilla” con los niños, yendo andando al colegio o montando en bicicleta juntos los días libres. En el trabajo, identifica oportunidades para moverse: subir escaleras, realizar estiramientos rápidos durante el descanso o iniciar un “círculo de estiramientos” con los compañeros. Crear un entorno de apoyo reduce la percepción de la actividad como una tarea solitaria.
- **Práctica basada en la psicología y autoeficacia:** aborda los sentimientos de culpa y el pensamiento de “todo o nada” mediante estrategias cognitivo-conductuales. Reformular las sesiones perdidas como oportunidades para ajustarse en lugar de fracasos. Estableced objetivos flexibles y centrados en el proceso (por ejemplo, «incluiré movimiento cuatro días esta semana») y celebrad los pequeños logros. Programad seguimientos para revisar las barreras, adaptar el menú de actividades y reforzar la confianza de Tomás en el manejo de su salud a pesar de las rutinas impredecibles.

Este enfoque conciso y colaborativo reconoce los retos que plantean el trabajo por turnos y la crianza de los hijos, al tiempo que ofrece estrategias viables para integrar la actividad física de forma fluida en la vida de Tomás.

4.1.8 Cómo superar el miedo al movimiento

Lucía es una contable de 47 años con un historial de ocho meses de dolor lumbar inespecífico. Después de sentir un “pinchazo” agudo al levantar una caja, le da pánico agacharse, porque cree que se le “saldrá una vértebra”. Ahora se mueve con rigidez, evita levantar cualquier cosa más pesada que una tetera y lleva casi siempre un cinturón de soporte lumbar. Su resonancia magnética mostró “cambios degenerativos leves”, que ella interpreta como un daño grave. El dolor persiste a pesar del reposo.



Plan de tratamiento integrado

- **Evaluación e identificación de creencias inadaptadas:** realiza una evaluación física y funcional y utiliza medidas como el Cuestionario de Creencias de Miedo-Evitación y la Escala de Tampa de Kinesiofobia para cuantificar los niveles de miedo. Explora las creencias de Lucía sobre su espalda, los resultados de la resonancia magnética y las actividades específicas que evita. Aclarad cómo las interpretaciones catastróficas (por ejemplo, «mi columna se colapsará si me inclino») contribuyen a su evitación.
- **Educación sobre el dolor (conocimientos sobre salud: comprensión y creencias):** si el paciente tiene interés, explica los mecanismos del dolor en términos accesibles. Haz

hincapié en que muchos de los cambios espinales que se observan en las imágenes son normales y que el dolor suele reflejar una sensibilidad del sistema nervioso más que un daño estructural. Utiliza metáforas e imágenes ("arrugas en el interior") para desmitificar los resultados. Enseña que el dolor no equivale a daño y que el movimiento gradual puede desensibilizar el sistema. Confirma la comprensión mediante la repetición de lo aprendido.

- **Jerarquía colaborativa del miedo y exposición gradual detallada:** cread conjuntamente una jerarquía de actividades que le dan miedo, clasificándolas de menos a más amenazantes. Comenzad con tareas sencillas y que den poco miedo, como estirarse hacia delante mientras está sentada, y avanzad hacia movimientos más difíciles, como levantar un objeto ligero del suelo. Proporciona orientación detallada para cada paso:

- **Preparación:** enseña la alineación neutra de la columna vertebral y la mecánica de la articulación de la cadera para reducir el riesgo percibido. Practicad estos movimientos sin carga hasta que se sienta segura.
- **Exposición controlada:** utiliza un enfoque gradual: primero practicad el movimiento sin carga, luego añadid una carga mínima (por ejemplo, una pelota blanda) y, finalmente, aumentad el peso a medida que crezca la confianza.
- **Variedad contextual:** variad el entorno (por ejemplo, de pie, sentada, recogiendo objetos a diferentes alturas) para generalizar la confianza más allá de la clínica.
- **Reflexión:** Después de cada exposición, pide a Lucía que valore su miedo antes y después y que anote lo que ha sucedido en comparación con lo que esperaba. Esto refuerza la discrepancia entre las expectativas y la realidad y reduce las predicciones catastróficas.

- **Estrategias cognitivo-conductuales para desafiar los pensamientos catastróficos:** Ayuda a Lucía a identificar los pensamientos negativos automáticos («si levanto peso, acabaré en una silla de ruedas») y a examinar su veracidad. Anímalas a reformularlos en afirmaciones equilibradas («mi espalda es fuerte; el movimiento gradual la hace más saludable»). Utiliza registros de pensamientos para documentar las predicciones y los resultados reales de las actividades. Integra técnicas de relajación como la respiración diafragmática o la relajación muscular progresiva para reducir la excitación elevada durante las sesiones de exposición.

- **Dosificación y programación gradual de actividades:** desarrolla un plan de actividades que incluya objetivos diarios incrementales para caminar, realizar tareas domésticas y disfrutar del ocio. Enseña a Lucía a controlar el esfuerzo utilizando escalas de esfuerzo percibido y a detenerse en función del tiempo acordado previamente, en lugar de cuando sienta dolor. Utiliza un diario o una aplicación digital para realizar el seguimiento. Aumenta la duración o la intensidad gradualmente, asegurándote de que cada avance sea manejable.

- **Evaluar y aplicar los conocimientos sobre salud:** guía a Lucía para que evalúe críticamente la información sobre salud. Discute cómo el lenguaje alarmista ("hernia discal") y los consejos restrictivos pueden perpetuar el miedo. Proporcionale recursos seleccionados y basados en pruebas sobre el dolor de espalda y el movimiento. Enséñale a preguntar: «¿Quién ha escrito esto? ¿Está basado en pruebas? ¿Coincide con lo que he aprendido sobre el dolor frente al daño?». Anímalas a aplicar esta perspectiva crítica cuando se enfrente a mensajes contradictorios en Internet.

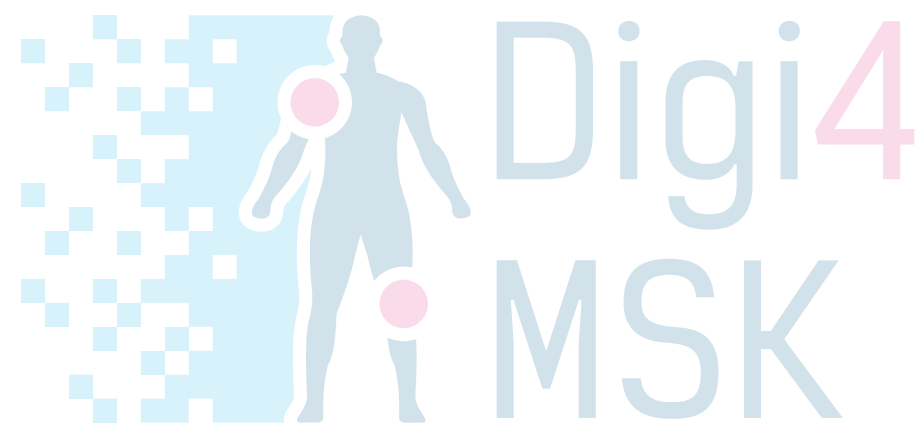
- **Apoyo digital y comunitario:** si Lucía se siente cómoda con la tecnología, recomiéndale aplicaciones que guíen ejercicios de exposición gradual u ofrezcan prácticas relajantes. Como alternativa, sugiérele clases comunitarias, como yoga suave o pilates, en las que los instructores hacen hincapié en la conciencia corporal y el movimiento seguro. El entorno grupal puede normalizar el movimiento y proporcionar apoyo social, lo que reduce aún más el miedo.

- **Seguimiento y prevención de recaídas:** programad seguimientos periódicos para revisar el progreso, ajustar la jerarquía del miedo y reforzar los logros. Enseña a Lucía a manejar los brotes sin recurrir a la evitación. Utiliza la dosificación, la relajación y el reencuadre cognitivo. Anímalas a continuar con sus ejercicios de exposición para mantener la confianza y evitar recaídas en patrones de evitación impulsados por el miedo.

Al evaluar las creencias y el miedo, el profesional sanitario puede adaptar y personalizar una estrategia de exposición al movimiento que ayude a Lucía a reducir la preocupación y restaurar la función.

4.1.9 Uso de estrategias de dosificación para gestionar los ciclos de altibajos

Javier es un gerente de almacén de 50 años con dolor musculoesquelético crónico generalizado compatible con fibromialgia. Alterna días de alta actividad (limpiar el garaje, hacer jardinería, hacer recados) con días en los que está postrado en cama por el cansancio y el dolor. Cuando se siente “bien”, se esfuerza por ponerse al día con las tareas, pero esto a menudo le provoca brotes graves que duran varios días. Javier se siente culpable por descansar y le preocupa que hacer menos cosas le vuelva perezoso. Pregunta cómo puede gestionar su actividad sin estar constantemente en esta montaña rusa.



Plan de gestión integrado

- **Identificar los patrones basales y de altibajos:** comienza con una evaluación detallada de las actividades diarias de Javier, las fluctuaciones del dolor, los patrones de sueño y el estado de ánimo. Pídele que complete un diario de actividades y síntomas de una semana en el que anote lo que hace, durante cuánto tiempo, su nivel de energía percibido y sus niveles de dolor. Esto le ayudará a ver la relación entre excederse en los días “buenos” y los bajones posteriores. Destaca que los altibajos son comunes en las afecciones de dolor y fatiga crónicos y perpetúan la gravedad de los síntomas.
- **Fortalecer la alfabetización en salud:** comprender y cuestionar creencias. Si Javier muestra interés, explica como funciona el dolor y la fatiga y como su “reserva de energía” física y neurológica puede conducir a brotes de dolor. Utiliza términos sencillos para describir cómo la dosificación de la actividad mantiene un rendimiento constante dentro de su capacidad actual, lo que permite que su cuerpo se recupere gradualmente y desarrolle tolerancia.

Cuestiona las creencias que equiparan el descanso con la pereza; haz hincapié en que el descanso estratégico es una habilidad activa de automanejo, no un signo de debilidad.

- **Establecer una base de referencia segura y un sistema de límites:** trabaja con Javier para calcular su base de referencia, es decir, la cantidad de actividad que puede realizar tanto en los días buenos como en los malos sin agravar los síntomas. Esto puede significar reducir temporalmente las actividades para encontrar un punto de partida sostenible (por ejemplo, 10 minutos de jardinería o 20 minutos de caminata, seguidos de descanso). Adopta un enfoque basado en límites y en el tiempo, en lugar de un comportamiento basado en el dolor. Por ejemplo, acordad que dejará de realizar las tareas domésticas después de 20 minutos, incluso si se siente bien, y que descansará durante 10 minutos antes de comenzar otro bloque de 20 minutos.
- **Aplicar estrategias de dosificación de la actividad:** introduce los principios básicos de dosificación de la actividad:
 - **Dividir las tareas en partes más pequeñas:** dividid los trabajos grandes (por ejemplo, limpiar el garaje) en partes manejables repartidas a lo largo de varios días.
 - **Alternar las actividades:** alternad entre tareas más pesadas y más ligeras (por ejemplo, después de pasar la aspiradora, siéntese a pagar las facturas) para evitar una tensión prolongada en los mismos grupos musculares.
 - **Programar descansos regulares:** recomiéndale utilizar temporizadores para recordarle que debe descansar antes de que el dolor o la fatiga aumenten, y practicar técnicas de relajación o estiramientos suaves durante los descansos.
 - **Utilizar la regla del 10 %:** una vez que la línea de base se tolere bien durante una semana, aumentar la duración de la actividad en no más del 10 % para desarrollar gradualmente la resistencia sin provocar brotes.
- **Herramientas para el seguimiento y el refuerzo:** proporciona una plantilla de diario de actividad o una aplicación digital en la que Javier pueda registrar sus actividades, la gravedad de los síntomas y los periodos de descanso. La retroalimentación visual le ayuda a apreciar el progreso y el cumplimiento. Algunas aplicaciones permiten a los usuarios establecer recordatorios temporizados para los descansos y realizar un seguimiento de la actividad acumulada. Revisa los registros con regularidad para ajustar la actividad y celebrar los éxitos. Si los conocimientos de lectura y escritura o las habilidades digitales son limitados, utiliza gráficos en papel codificados por colores o listas de verificación sencillas.
- **Práctica basada en la psicología:** abordad la culpa y el perfeccionismo utilizando estrategias cognitivo-conductuales. Ayuda a Javier a replantearse el descanso como una inversión en productividad («hacer descansos me ayuda a lograr más en general») en lugar de una pérdida de tiempo. Explora los valores y las prioridades: «¿Qué actividades te aportan alegría o significado?» Anímalo a dedicar su energía a estas actividades en lugar de a tareas

no esenciales. Enséñale a resolver los obstáculos (por ejemplo, delegando tareas, pidiendo ayuda) y técnicas de relajación para gestionar la frustración cuando tenga que parar a pesar de sentirse capaz de hacer más.

- **Fomentar la alfabetización en salud y usar herramientas digitales:** muéstrale a Javier cómo aplicar los principios de dosificación de la actividad en diferentes contextos: trabajo, hogar, actividades sociales. Proporciónele instrucciones claras y paso a paso, y comprueba que las ha entendido. Si utilizáis tecnología “wearable” (reloj inteligente, pulsera de actividad), comenta con él cómo interpretar el recuento de pasos o el gasto energético sin obsesionarse con los números. Haz hincapié en que los datos deben servir para tomar decisiones sobre la actividad, en lugar de impulsar el esfuerzo excesivo.
- **Progresión funcional gradual:** una vez que Javier se adhiera de forma constante a su plan de actividad y experimente menos brotes, colabora con él para aumentar gradualmente su nivel de actividad. Introduce ejercicios de fortalecimiento suaves o actividades aeróbicas de bajo impacto (por ejemplo, natación, ciclismo) para mejorar la resistencia. Refuerza que la progresión es lenta y que los brotes ocasionales son oportunidades de aprendizaje para recalibrar las cuotas.
- **Revisión y adaptación periódica:** programad citas de seguimiento periódicas para evaluar la eficacia del ritmo de Javier. Utiliza sus registros para identificar patrones (por ejemplo, actividades específicas que siguen provocando brotes) y ajustar las cuotas. Revisa las creencias y las respuestas emocionales a la actividad a medida que evoluciona su capacidad funcional. Anímalo a compartir las estrategias de dosificación con su familia o compañeros de trabajo para que comprendan sus límites y puedan brindarle apoyo.

Al combinar la educación sobre altibajos, las técnicas de dosificación de actividad estructuradas, la práctica basada en la psicología y la supervisión continua, este plan permite a Javier gestionar su energía de forma más eficaz. Fomenta patrones de actividad sostenibles que estabilizan los síntomas y amplían gradualmente su capacidad funcional.

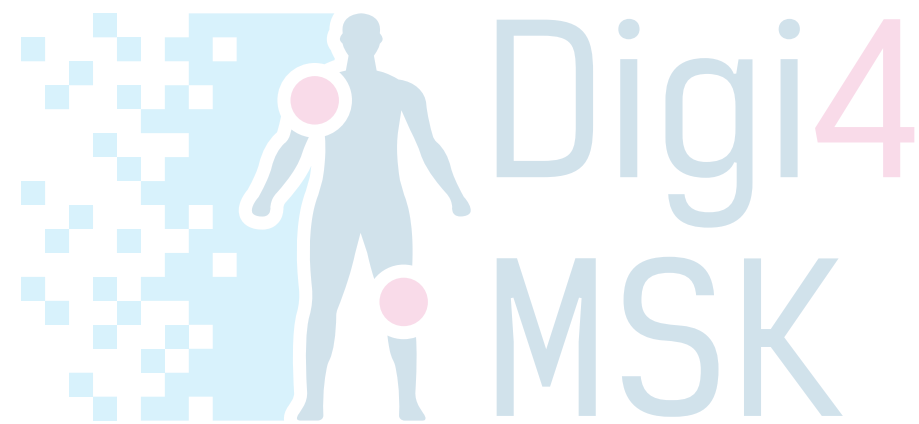
4.1.10 Integrar el movimiento en trabajos sedentarios o desplazamientos largos

Elena es una ejecutiva de marketing de 35 años que pasa entre ocho y nueve horas en su escritorio y 90 minutos desplazándose al trabajo cada día. Refiere rigidez en el cuello, dolor lumbar ocasional y letargo. Su horario le deja poco tiempo para hacer ejercicio estructurado durante la semana. Los fines de semana hace senderismo, pero el contraste entre la intensa actividad del fin de semana y la inactividad de los días laborables le provoca dolor y fatiga. Pregunta cómo integrar más movimiento en su rutina diaria.



Plan de gestión integrado

- **Evaluar los hábitos y la variabilidad al sentarse:** en lugar de centrarse en una “postura correcta”, evalúa la capacidad de Elena para variar sus posiciones a lo largo del día. Habla con ella sobre la configuración de su silla, la altura de su escritorio y la ubicación de su monitor con el objetivo de facilitar el movimiento. Puede ajustar la altura del asiento para alternar entre diferentes ángulos de cadera, utilizar un reposapiés de forma intermitente y asegurarse de que puede cambiar cómodamente entre las posiciones inclinada hacia delante, reclinada y erguida. Anímalas a explorar diferentes posturas que se adapten a las distintas tareas (por ejemplo, inclinarse hacia atrás al leer, sentarse hacia delante al escribir) y a hacer pausas frecuentes para moverse.



- **Mejorar la comprensión y las creencias sobre salud:** si Isabel se muestra abierta, explícale que permanecer sentada en una posición estática durante mucho tiempo contribuye a las molestias musculoesqueléticas y a los riesgos metabólicos, y que incorporar movimiento (“pequeños ejercicios”) durante las horas de trabajo puede mejorar la circulación, reducir la rigidez y aumentar la concentración. Aborda las creencias comunes de que la productividad requiere estar sentada sin interrupciones; comparte pruebas de que los descansos breves y con un propósito mejoran el rendimiento cognitivo y el bienestar. Refuerza que el objetivo es incorporar el movimiento a las rutinas existentes en lugar de añadir un entrenamiento separado.
- **Modificaciones en el puesto de trabajo para facilitar la variabilidad:** colabora con Elena para ajustar su espacio de trabajo de manera que fomente los cambios frecuentes de postura, en lugar de prescribir una única posición “ideal”. Esto podría implicar añadir un convertidor de escritorio para sentarse y estar de pie, alternando entre estar sentada y de pie, asegurándose de que su silla y su escritorio sean fácilmente ajustables para adaptarse a diferentes posturas, y manteniendo los objetos de uso frecuente fuera de su alcance para que se levante o se estire de vez en cuando. Si se utilizan ayudas dinámicas para sentarse (por ejemplo, cojines oscilantes, rodillos para los pies), haz hincapié en periodos cortos de uso para introducir micromovimientos sin crear una nueva postura “estática”. El objetivo es facilitar las transiciones y la comodidad a lo largo del día.
- **Introducir microdescansos y movimientos breves:** diseñad un horario flexible con breves descansos para moverse. Sugierele configurar recordatorios digitales cada 30-45 minutos. Durante cada descanso, Elena puede realizar algunos movimientos sencillos: rotaciones de hombros, rotaciones de columna, marchas sentadas o un paseo rápido hasta la cocina o el buzón. Anímalala a realizar ejercicios en diferentes planos (flexiones laterales, extensiones torácicas) para contrarrestar las posiciones mantenidas. Haz hincapié en que incluso 1-2 minutos de movimiento contribuyen a la salud general.
- **Fomentar los desplazamientos activos y descansos durante el trayecto al trabajo:** explorad formas de incorporar el movimiento en su trayecto al trabajo. Si utiliza el transporte público, Elena podría bajarse una parada antes y caminar el resto del trayecto o permanecer de pie en lugar de sentarse. Si se desplaza en coche, recomiéndale aparcar más lejos del edificio y subir las escaleras en lugar de utilizar el ascensor. En los trayectos más largos, sugierele hacer breves paradas de descanso de 2-3 minutos para caminar y estirarse, con el fin de aliviar la rigidez y mantener el estado de alerta.
- **Ejercicios en el escritorio:** proporciona ejercicios discretos que Elena pueda integrar en su jornada laboral: apretar los glúteos, inclinar la pelvis sentada, apretar los omóplatos o levantar los talones alternativamente. Enséñale a extender la columna torácica utilizando una toalla enrollada en la parte media de la espalda. Anímalala a realizar ejercicios isométricos, como juntar las palmas de las manos, para activar los músculos de la parte superior del cuerpo. Estos ejercicios requieren una interrupción mínima y se pueden realizar mientras se leen correos electrónicos o durante conferencias telefónicas.

- **Herramientas digitales y seguimiento de la actividad:** recomiéndale aplicaciones o extensiones de software que le recuerden que debe hacer pausas para moverse y que registren el tiempo acumulado de pie o los pasos dados. Si utiliza un reloj inteligente o un monitor de actividad física, ayúdala a establecer objetivos realistas (por ejemplo, estar de pie durante 5 minutos cada media hora, alcanzar entre 4000 y 5000 pasos durante la jornada laboral). Algunos programas convierten la actividad en un juego, fomentando la competencia amistosa con los compañeros de trabajo o la familia.
- **Modular la actividad y la recuperación durante el fin de semana:** aconseja a Elena que modere el ritmo de sus caminatas durante el fin de semana para minimizar el dolor muscular. Aumentad gradualmente la actividad durante la semana (caminatas cortas después del trabajo, estiramientos de yoga antes de acostarse) para reducir el contraste entre el esfuerzo del fin de semana y el sedentarismo de los días laborables. Haz hincapié en el descanso adecuado, la hidratación y los estiramientos suaves después de la caminata para ayudar a la recuperación.
- **Fomentar una cultura favorable al movimiento:** anima a Elena a compartir sus estrategias de movimiento con sus compañeros de trabajo y supervisores. Proponle hacer reuniones caminando, reuniones de pie o descansos para estirarse en equipo. Normalizar los microdescansos requiere el apoyo de la organización; cuando los directivos dan ejemplo con estos comportamientos, los empleados son más propensos a adoptarlos. Destaca que estas prácticas pueden mejorar la concentración del equipo y reducir las molestias musculoesqueléticas.
- **Explorar con la posibilidad de teletrabajar durante uno o dos días.** Si consigue negociar uno o dos días de trabajo remoto a la semana, podría utilizar el tiempo que ahorra en desplazamientos para realizar algunas de las actividades físicas recomendadas.
- **Revisar y ajustar:** programad seguimientos para evaluar los síntomas de Elena y la integración de la actividad. Ajusta la frecuencia y los tipos de movimiento en función de sus comentarios. Celebra las mejoras, como la reducción de la rigidez o el aumento de la energía. Si persisten molestias específicas a pesar de estos cambios, explora el fortalecimiento específico o remite a especialistas en salud laboral para una evaluación más detallada.

Al combinar la educación en ergonomía moderna con la implementación de medidas específicas, Elena puede explorar e incorporar nuevas formas cómodas de trabajar, así como integrar hábitos saludables de movimiento y actividad física en su rutina diaria.

4.1.11 Uso de la IA para promover el movimiento y la actividad física.

Marco es un ingeniero de 52 años con artrosis crónica de rodilla. Durante su evaluación inicial, descubres que se siente cómodo utilizando la tecnología, que nunca ha seguido un programa de ejercicios estructurado y que busca ideas para ser más activo. Se ha descargado una aplicación de IA conversacional que ofrece sugerencias de ejercicios, pero no sabe cómo pedirle consejos seguros y personalizados.



Plan de gestión integrado

- **Evaluar la alfabetización digital y aclarar los objetivos:** confirma que Marco sabe navegar por la interfaz de IA y comprende sus funciones básicas. Habla con él sobre sus objetivos como mejorar la función de la rodilla, aumentar su forma física general y mantener la motivación. Toma nota de cualquier comorbilidad o restricción de movimiento que la IA deba tener en cuenta (por ejemplo, evitar actividades de alto impacto debido a la artrosis). Haz hincapié en que la IA debe servir de apoyo, no sustituir, a la orientación profesional.
- **Enseñar a utilizar eficazmente la IA para los planes de ejercicio:** mostrar a Marco cómo elaborar indicaciones detalladas que generen sugerencias más seguras y relevantes. Los elementos clave incluyen:



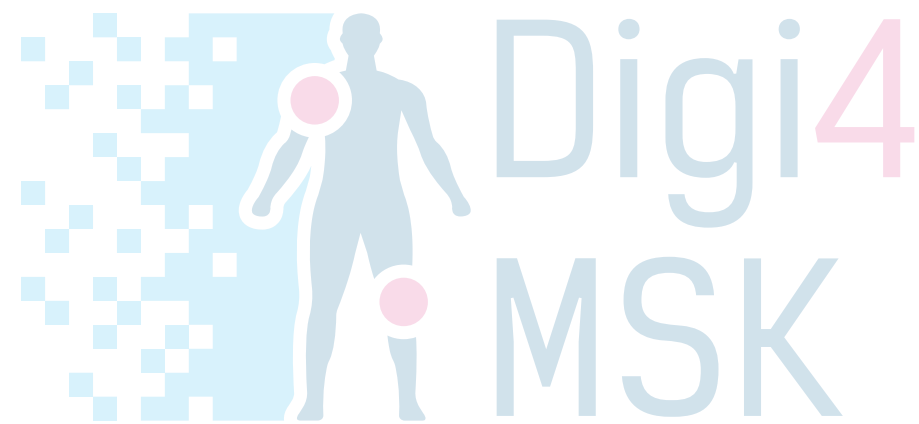
- **Contexto:** describe su edad, su estado de salud (por ejemplo, «tengo 52 años, artrosis de rodilla y no tengo experiencia previa en ejercicio») y cualquier equipo disponible (por ejemplo, «tengo bandas de resistencia y una esterilla de yoga»).
 - **Objetivos:** Indica los resultados deseados (por ejemplo, «quiero empezar con ejercicios de bajo impacto para mejorar la fuerza y la flexibilidad»).
 - **Limitaciones:** menciona los límites de tiempo y la frecuencia (por ejemplo, «puedo comprometerme a sesiones de 15 minutos, tres veces por semana»).
 - **Consideraciones de seguridad:** solicita modificaciones para proteger las articulaciones (por ejemplo, «por favor, evite los ejercicios de alto impacto o las sentadillas profundas y sugiera modificaciones para el dolor de rodilla»).
 - **Formato:** Pide instrucciones y precauciones claras y paso a paso (por ejemplo, «enumera los ejercicios con descripciones sencillas y dime qué sentir y cuándo parar»).
- **Ayudarle a diseñar una plantilla:** crea una rutina de ejercicios para principiantes para un hombre de 52 años con artrosis de rodilla. No tengo experiencia previa en ejercicio, puedo entrenar en casa con bandas de resistencia y una esterilla de yoga, y quiero mejorar la fuerza de las piernas y la movilidad general. Proporcióname tres ejercicios de bajo impacto que pueda realizar en una sesión de 15 minutos, tres días a la semana, con instrucciones y consejos de seguridad para proteger mis rodillas.
 - **Evaluar y perfeccionar los planes generados por la IA:** anima a Marco a compartir contigo las sugerencias de la IA antes de empezar. Revisad juntos cada ejercicio para comprobar si es adecuado. Comprueba que se ajustan a sus capacidades físicas (por ejemplo, asegurándote de que la profundidad recomendada de las zancadas sea pequeña, sustituyendo los movimientos de alto impacto por subidas de escalón). Modifica cualquier elemento inseguro o poco práctico. Explica a Marco por qué ciertos ejercicios son o no son adecuados para que pueda ajustar las indicaciones futuras.
 - **Proporcionar ideas de actividades para principiantes para alimentar la IA:** ofrece un conjunto seleccionado de actividades de bajo impacto y aptas para principiantes que la IA pueda desarrollar. Algunos ejemplos son:
 - **Sentadillas asistidas con silla:** levantarse de una silla y sentarse lentamente para fortalecer los cuádriceps.
 - **Extensiones de rodilla sentado:** estirar y doblar la rodilla mientras se está sentado para mejorar la amplitud de movimiento.

- **Marcha estática o pasos:** ejercicio cardiovascular suave sin impacto en las articulaciones.
 - **Flexiones contra la pared:** fortalecimiento de la parte superior del cuerpo con una carga mínima en las rodillas.
- **Sugerir a Marco que incluya estas actividades cuando le pida a la IA:** “incluye sentadillas con ayuda de una silla y extensiones de rodilla sentado en mi rutina”. Esto garantiza que los resultados de la IA se mantengan dentro de unos límites seguros.
 - **Fomentar la progresión gradual y monitorizar la evolución:** aconseja a Marco que empiece con la rutina asistida por IA dos o tres veces por semana y que escuche a su cuerpo. Enséñale a controlar los niveles de dolor, fatiga y disfrute. Anímale a llevar un diario de las sesiones y revísalas en las visitas de seguimiento. A medida que gane confianza, las indicaciones para la IA pueden solicitar variaciones ligeramente más desafiantes (añade ejercicios con bandas de resistencia para progresar en la fuerza de las piernas) bajo tu supervisión.

Al evaluar los conocimientos digitales de Marco y mostrarle diferentes ejemplos de cómo utilizar la IA generativa, puede aumentar el acceso a recursos y guías para promover la actividad física.

4.1.12 Evitar levantar pesas: Evidencia detrás de la recomendación sobre el dolor de espalda

Miguel, un trabajador de almacén de 45 años, ha sufrido dolor lumbar intermitente durante el último año. Después de ver carteles en el trabajo que sugerían que “levantar con la espalda recta” es la única forma segura de levantar peso, comenzó a evitar cualquier tarea que implicara levantar peso o agacharse. Si necesita levantar un objeto pesado, pide ayuda a sus compañeros o lo levanta torpemente utilizando solo los brazos. También dejó de ir al gimnasio por miedo a “dañarse” la columna vertebral. Miguel cree que flexionar la espalda es peligroso y piensa que el entrenamiento con pesas empeorará su dolor. Cuando se le pregunta por su actividad física, solo menciona caminar suavemente y hacer estiramientos. Se pregunta si debería volver a levantar pesas alguna vez.



Plan de gestión integrado

- **Evaluar las creencias y la capacidad inicial:** realiza una evaluación funcional de la fuerza, la flexibilidad y la mecánica de levantamiento de Miguel. Utiliza el Cuestionario de Creencias de Miedo-Evitación para cuantificar su miedo a levantar peso. Explora sus creencias: «¿Qué crees que pasa cuando doblas la espalda?» o «¿Dónde has oído que levantar pesas es perjudicial?». Identifica los conceptos erróneos y las fuentes de su miedo (por ejemplo, carteles en el lugar de trabajo, consejos previos).
- **Proporcionar información sobre el dolor basada en pruebas actualizadas:** explica que las investigaciones actuales cuestionan la creencia arraigada de que siempre es necesario

mantener la columna en posición neutra al levantar peso. Una revisión de 2022 señaló que la mayoría de los profesionales sanitarios recomiendan levantar peso en cuclillas, pero que el entrenamiento para levantar peso en cuclillas no previene el dolor lumbar, y que levantar peso con una mayor flexión lumbar (levantar peso “encorvado”) no es un factor de riesgo para la aparición, persistencia o recurrencia del dolor lumbar¹. Coméntale que, incluso cuando las personas intentan mantener la “espalda recta”, los estudios muestran que se produce entre un 50 % y un 80 % de la flexión de columna máxima, lo que hace imposible evitar completamente la flexión. Una revisión sistemática no encontró diferencias en la posición lumbar durante el levantamiento entre personas con y sin dolor de espalda, y concluyó que el aumento de la flexión de columna no está relacionado con la hernia discal o la persistencia del dolor de espalda. Haz hincapié en que la columna vertebral es fuerte y adaptable, y que la carga gradual hace que los tejidos sean más resistentes.

- **Reformular la técnica de levantamiento y la gestión de la carga:** introduce el marco “calmar los tejidos, fortalecerlos y mejorar la capacidad de trabajo”. Durante los episodios dolorosos, modifique las tareas para reducir la carga (calmar los tejidos). A medida que los síntomas remitan, aumente progresivamente la tolerancia de los tejidos mediante un entrenamiento de resistencia gradual y diversas técnicas de levantamiento. Explica que no existe una técnica única que se adapte a todo el mundo; los levantamientos encorvados, en cuclillas y semicuclillas son igualmente seguros y cada uno tiene sus ventajas. Por ejemplo, el levantamiento con parada puede ser más eficiente desde el punto de vista metabólico y menos exigente para el sistema cardiopulmonar¹. Elegid la técnica que le resulte más cómoda a Miguel y que se adapte a la tarea.
- **Desarrollar un programa de entrenamiento de fuerza gradual:** comienza con ejercicios de resistencia ligeros y controlados (sentadillas con el peso corporal en una silla, flexiones de cadera con una barra) para enseñar el movimiento dominante de la cadera y fomentar la confianza. Pasad a los levantamientos con banda de resistencia o mancuernas ligeras, centrándose en movimientos suaves y sin dolor. Aumentad la carga entre un 5 % y un 10 % por semana, asegurándote de que Miguel pueda mantener la forma y el control. Incorporad ejercicios que requieran flexión lumbar, como los “curl Jefferson” o los levantamientos con pesas rusas, una vez que tolere los movimientos básicos, para exponerlo gradualmente a la flexión bajo carga. Haz hincapié en que el dolor muscular es normal al comenzar un nuevo programa y que suele desaparecer en 48-72 horas.
- **Utilizar la exposición gradual para las tareas de flexión y levantamiento:** haz una lista de los movimientos que Miguel teme (por ejemplo, levantar una caja de herramientas, cargar el coche). Clasifícalos de menos a más amenazantes. Empezad practicando las tareas que le dan menos miedo bajo la supervisión del fisioterapeuta, añadiendo gradualmente peso o complejidad. Anima a Miguel a que anote sus miedos antes de la actividad y registra lo que realmente ocurre después. Destaca las discrepancias para reducir el catastrofismo. Con el tiempo, avanzad hacia levantamientos más pesados similares a sus tareas laborales, siempre controlando los síntomas y ajustando el volumen.

- **Abordar la alfabetización en salud:** comprender y evaluar: proporciona a Miguel recursos accesibles y basados en la evidencia que desmientan los mitos comunes sobre la flexión de columna y el levantamiento de peso (por ejemplo, hojas informativas de asociaciones profesionales o infografías que resuman que levantar peso con flexión no es perjudicial). Enséñale a evaluar críticamente la información en línea comprobando la autoría, la fecha de publicación y la alineación con las guías clínicas actuales. Anímalo a compartir estos recursos con sus compañeros de trabajo y supervisores para cuestionar los carteles obsoletos sobre la manipulación manual.
- **Incorporar prácticas con base psicológica:** utilizar entrevistas motivacionales para reforzar la motivación intrínseca de Miguel para volver al entrenamiento de fuerza (por ejemplo, «ser capaz de levantar peso con confianza te ayudará a realizar tu trabajo y a proteger tu independencia»). Emplear la reestructuración cognitiva para sustituir pensamientos como «mi espalda es débil» por «mi espalda se fortalece a medida que entreno gradualmente». Enseña técnicas de relajación para controlar la ansiedad durante las tareas de levantamiento de peso.
- **Modificar la ergonomía y la comunicación en el lugar de trabajo:** colabora con Miguel y su equipo de salud laboral para actualizar las directrices de levantamiento en el trabajo a fin de reflejar las pruebas modernas. Sugiere carteles que promuevan diferentes técnicas de levantamiento, utilizando los músculos de las piernas y la espalda juntos, y haciendo hincapié en estrategias específicas para cada tarea en lugar de reglas estrictas de “espalda recta”. Fomenta los microdescansos y la variabilidad de movimientos durante sus turnos para reducir la carga acumulada.
- **Supervisar el progreso y realizar ajustes:** programa seguimientos cada 2-3 semanas para reevaluar la fuerza, el dolor y la confianza. Utilice medidas de resultados como el Índice de Discapacidad de Oswestry para realizar un seguimiento de la mejora funcional. Ajusta el programa en función de su respuesta: si experimenta brotes, reducid la carga temporalmente y centaos en la técnica; si el progreso es constante, introducid levantamientos más complejos o tareas funcionales. Fomenta el automanejo con un diario de entrenamiento para que Miguel pueda ver su progreso y reconocer que las molestias ocasionales no significan que haya daño.

Al resumir la evidencia actual sobre la relación entre el levantamiento de peso, el riesgo de lesiones, el dolor y el miedo, el terapeuta puede tranquilizar a Miguel y ayudarlo a explorar diferentes estrategias de levantamiento.

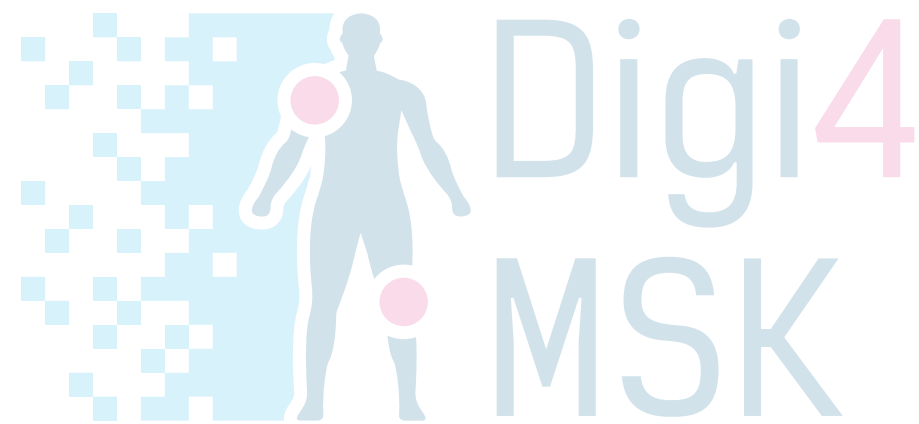
1. Washmuth NB, et al. Int J Sports Phys Ther. 2022. <https://doi.org/10.26603/001c.30023>

4.2. Interacción entre el profesional sanitario y el paciente

En esta parte se presentan ejemplos que ilustran cómo gestionar conversaciones difíciles, información contradictoria, expectativas y segundas opiniones.

4.2.1 Ayudar a los pacientes a preparar una consulta con el médico y gestionar segundas opiniones

Laura, una profesora de 62 años, lleva tres años con un dolor persistente en la rodilla y la cadera. Su médico de cabecera le diagnosticó “artrosis” y le recomendó perder peso y tomar analgésicos. Sus médicos posteriores le dieron consejos contradictorios: uno le sugirió una artroplastia de rodilla, otro le recomendó infiltraciones y otro le dijo que era «demasiado joven» para operarse. Confundida, Laura recurrió a un chatbot con IA que le enumeró varias posibles afecciones y le recomendó suplementos. Tras seguir buscando en Internet, leyó afirmaciones alarmantes sobre infiltraciones que “destruyen el cartílago”, lo que aumentó su ansiedad. Ahora tiene una cita con un fisioterapeuta musculoesquelético con experiencia y quiere prepararse de forma eficaz, hacer preguntas informadas y saber cuándo es apropiado solicitar una segunda opinión.



Plan de gestión integrado

- **Comienza por reconocer la frustración de Laura y validar su deseo de claridad.** Explora sus creencias sobre su diagnóstico y consultas anteriores: ¿qué entendiste de la explicación de cada médico? ¿Qué sugirió la IA y cómo influyó en tus emociones? Esta conversación identifica conceptos erróneos y barreras emocionales, lo que le permite adaptar la educación y el apoyo.
- **Preparación para la próxima consulta.** Guía a Laura para que cree un plan estructurado previo a la visita en el que resuma su historial, tratamientos anteriores y objetivos. Anímalas a utilizar una lista de preguntas (QPL, question prompt list), un método validado que aumenta la participación del paciente y la retención de información. Ayúdala a priorizar 4-5 preguntas clave, como: «¿Cuál es la causa más probable de mi dolor?», «¿cómo se relacionan los resultados de las imágenes con los síntomas?» o «¿cuáles son los beneficios y riesgos de cada tratamiento?». Anímalas a llevar esta lista y a anotar las respuestas, lo que facilitará la toma de decisiones compartida.
- **Abordar el uso que hace de las herramientas de IA.** Aclara que la IA puede proporcionar información general, pero no puede sustituir a la evaluación personalizada. Enséñale a elaborar indicaciones específicas que den lugar a sugerencias más relevantes, como «proporcióname ejercicios de bajo impacto adecuados para una mujer de 62 años con dolor de rodilla y movilidad limitada». Haz hincapié en que siempre debe revisar las recomendaciones generadas por la IA con un profesional antes de ponerlas en práctica. Desaconseja la dependencia de la IA para el diagnóstico o la compra de suplementos no verificados. Explícale que los modelos de IA pueden no tener en cuenta sus comorbilidades o su historial individual y que sus resultados pueden estar sesgados por intereses comerciales.
- **Guía a Laura en la búsqueda de información fiable sobre su afección.** Preséntale los seis criterios de calidad para evaluar la información sanitaria en línea: autoría, fiabilidad, utilidad, accesibilidad, legibilidad y privacidad¹. Enséñale a comprobar si los artículos están escritos por profesionales cualificados, si la información está respaldada por citas y si el sitio web tiene una política de privacidad transparente. Recomiéndale fuentes fiables (asociaciones profesionales, sitios web gubernamentales) y adviértele sobre los blogs o foros que carecen de pruebas o promocionan productos. Enséñale a cotejar la información de varios sitios web de confianza y a comentar lo que encuentre con su proveedor de atención médica.
- **Segundas opiniones y entendimiento compartido.** Normaliza el proceso de buscar segundas opiniones, especialmente cuando se propone una cirugía. Ayuda a Laura a determinar si se justifica una consulta adicional revisando lo que sigue sin estar claro en el consejo actual. Si ella lo solicita, sugiérele que pida copias de las imágenes y los resultados de las pruebas pertinentes, que vuelva a utilizar su QPL y que compare las recomendaciones para identificar consensos o diferencias justificadas.
- **Utilizar técnicas de entrevista motivacional para explorar la disposición de Laura a participar en el automanejo.** Parafrasea sus afirmaciones («parece que quieres evitar la

cirugía si es posible») y haz preguntas abiertas («¿qué actividades son las que más echas de menos?»). Alinea tu plan con los valores de Laura, tal vez mantenerse activa con sus nietos o seguir enseñando sin dolor. Desarrollad de forma colaborativa un plan de tratamiento orientado a objetivos que incluya ejercicio gradual, estrategias de control de peso y habilidades para lidiar con el dolor, asegurándote de que ella comprenda los fundamentos y los plazos previstos.

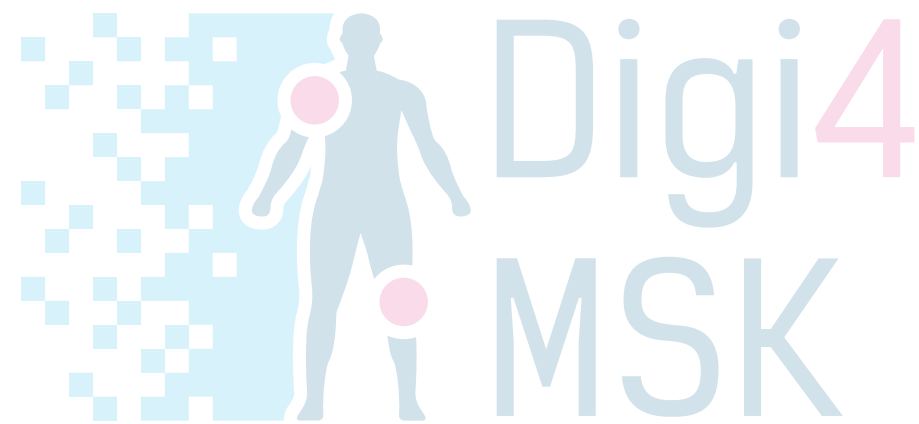
- **Implementar estrategias de alfabetización sanitaria centradas en el acceso, la evaluación y la aplicación.** Proporciona materiales impresos o digitales redactados en un lenguaje sencillo, en los que se explique la artrosis y las opciones de tratamiento, incluyendo las ventajas y desventajas de la cirugía, las infiltraciones y la terapia con ejercicios. Demuestra los ejercicios durante las sesiones y pídele que los repita para confirmar que los ha entendido (enseñanza recíproca). Sugierele que lleve un diario de ejercicios y síntomas para hacer un seguimiento de lo que funciona e identificar los factores desencadenantes; esto fomenta el automanejo y sirve de base para las conversaciones en las visitas de seguimiento. Capacítala para evaluar la nueva información preguntándole: «¿Esto se ajusta al plan que hemos elaborado?» o «¿este consejo proviene de una fuente fiable?».
- **Por último, abordar el impacto emocional de los consejos contradictorios y la sobrecarga de información.** Reconoce que la incertidumbre puede aumentar la ansiedad y amplificar la percepción del dolor. Utiliza técnicas cognitivo-conductuales para ayudarla a reformular pensamientos como «mi articulación se está desmoronando» en «mi articulación se está adaptando; fortalecerla ayudará». Fomenta estrategias de gestión del estrés, como ejercicios de respiración o caminar conscientemente, que pueden mejorar la capacidad de afrontamiento y facilitar el cumplimiento de su programa.

Al guiar a Laura para que se prepare eficazmente para las consultas, planteando preguntas específicas tanto a la IA como a los profesionales sanitarios, evaluando críticamente la información en línea y buscando segundas opiniones de forma reflexiva, los profesionales pueden ayudarla a tomar decisiones informadas. Este enfoque integrado combina el automanejo, la mejora de los conocimientos sobre salud y la práctica basada en la psicología, lo que permite a los pacientes interactuar con confianza con los profesionales sanitarios y las herramientas digitales.

1. Daraz L, et al. J Patient Exp. 2024. <https://doi.org/10.1177/23743735241259440>

4.2.2 Identificar los consejos correctos frente a los incorrectos en Internet

Susana es una diseñadora gráfica de 40 años que sufre de dolor intermitente en la muñeca y el codo debido al uso del ordenador. Tras recibir un diagnóstico preliminar de tendinopatía por parte de su fisioterapeuta, buscó tratamientos en Internet. Encontró consejos contradictorios: un blog insistía en el reposo absoluto y el uso de muñequeras, otro promocionaba costosos suplementos para “curar los tendones en semanas”, mientras que un influencer de las redes sociales recomendaba ejercicios de carga agresivos. Susana compró los suplementos y evitó escribir durante dos semanas, pero el dolor empeoró. Ahora se muestra escéptica ante la recomendación de su fisioterapeuta de reanudar gradualmente la actividad. Quiere saber cómo distinguir qué consejos en línea son fiables y si debe continuar con alguno de los tratamientos que encontró en Internet.



Plan de gestión integrado

- **Explorar las fuentes y creencias de Susana.** Empieza por pedirle a Susana que haga una lista de los sitios web, cuentas de redes sociales y herramientas de IA que ha utilizado. Pregúntale por qué confió en determinadas fuentes («el influencer tenía muchos seguidores») y qué resultados obtuvo. Esto ayuda a identificar conceptos erróneos y motivaciones emocionales, como el miedo a perderse algo o la frustración por la lentitud de la recuperación.

- **Introducir los principios de alfabetización en salud para evaluar la información.** Explícale que no toda la información sanitaria en línea es fiable y que es esencial evaluarla cuidadosamente. Comparte criterios prácticos de recomendaciones acreditadas: los sitios web fiables indican claramente quién los gestiona (idealmente, organismos gubernamentales, facultades de medicina u organizaciones profesionales o sin ánimo de lucro), su finalidad y cómo se financian. Revelan cuándo se escribió o actualizó la información y proporcionan referencias a investigaciones. Adviértele sobre los sitios financiados por anuncios o empresas que pueden promocionar productos. Enséñale a evitar los sitios con afirmaciones dramáticas, curas milagrosas o lenguaje sensacionalista. Anímalala a buscar un comité editorial o un proceso de revisión y a verificar que el contenido sea equilibrado y esté basado en pruebas.
- **Hablar con ella sobre la importancia de contrastar la información y consultar a un profesional sanitario.** Haz hincapié en que encontrar información similar en varios sitios web de buena reputación aumenta la credibilidad. Anima a Susana a que consulte con su fisioterapeuta cualquier consejo que esté considerando seguir antes de ponerlo en práctica. Recuérdale que las anécdotas personales en las redes sociales o en foros sin moderación pueden no ser aplicables a su condición y podrían causarle daño.
- **Demostrar cómo evaluar ejemplos específicos.** Revisad uno de los sitios que utilizó Susana. Juntos, comprueben la sección "Acerca de nosotros" y analizad: «¿Quién es el autor del contenido? ¿El propósito es educativo o comercial? ¿El sitio cita fuentes revisadas por pares?» Evalúa si las recomendaciones se ajustan a la evidencia actual para el tratamiento de la tendinopatía. Utiliza este ejercicio para desarrollar su pensamiento crítico y muéstrale cómo aplicar los criterios en futuras búsquedas.
- **Alinear las estrategias de automanejo con consejos creíbles.** Explica que los ejercicios de carga gradual y el retorno gradual a la escritura son eficaces para la tendinopatía, mientras que el reposo completo puede provocar una mayor debilidad. Proporciona ejercicios claros y paso a paso para realizar en casa, con instrucciones sobre la intensidad y la progresión. Anima a Susana a llevar un diario de síntomas y actividades para hacer un seguimiento de cómo responde su dolor a actividades e intervenciones específicas. Este automanejo le permite ver los efectos de las estrategias fiables frente a las no verificadas y fomenta una sensación de control.
- **Abordar las creencias y emociones mediante prácticas con base psicológica.** Utiliza técnicas de entrevista motivacional para explorar los miedos de Susana («me preocupa que el ejercicio lo empeore») y su ambivalencia sobre las recomendaciones basadas en la evidencia. Refleja sus sentimientos («estás frustrada porque probaste el reposo y los suplementos, pero no te ayudaron») y guíala hacia la autoeficacia destacando la fuerza de los tendones y el papel de la carga progresiva en la recuperación. Anímalala a reformular pensamientos como «los consejos de Internet eran erróneos; he perdido el tiempo» en «he aprendido a identificar mejores fuentes y tomaré decisiones informadas en el futuro».

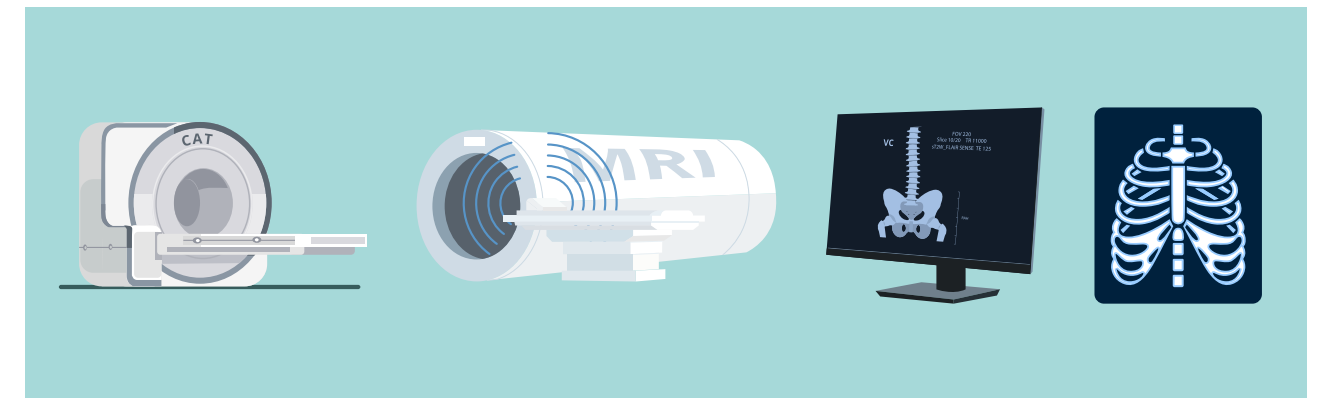
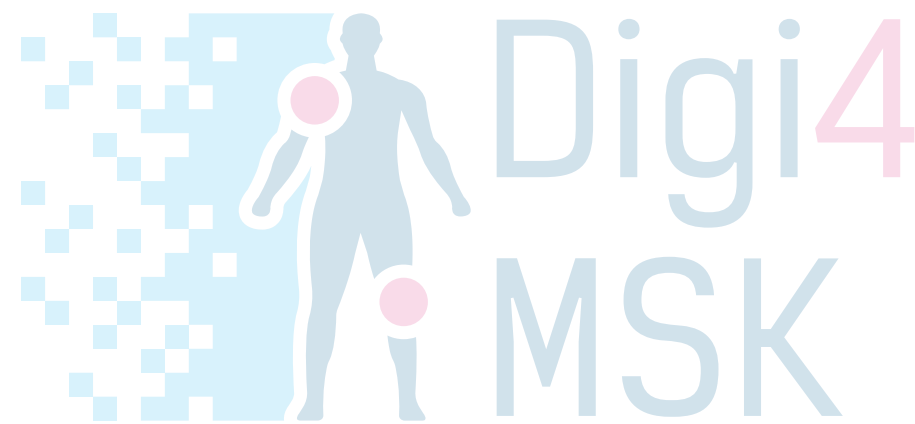
- **Mejorar la alfabetización digital y el uso seguro de la IA.** Si Susana utiliza chatbots de IA, enséñale a proporcionar contexto en las indicaciones («tengo dolor en la muñeca relacionado con el trabajo; sugiérme ejercicios graduales aprobados por profesionales de la salud») y a considerar los resultados de la IA como sugerencias generales, no como prescripciones. Recuérdale que ignore las recomendaciones de la IA que entren en conflicto con el consejo clínico y que consulte a su fisioterapeuta antes de adoptar nuevos ejercicios o suplementos. Anímalala a verificar si la herramienta de IA revela sus fuentes de información y tiene una política de privacidad.
- **Proporcionar recursos seleccionados y ayudas para la toma de decisiones.** Recomienda sitios web fiables con información fácil de entender para los pacientes (por ejemplo, páginas del servicio nacional de salud, asociaciones profesionales) y explícale cómo encontrarlos. Ofrece una hoja de trabajo sencilla que resuma los criterios de evaluación, a la que pueda recurrir cuando navegue por Internet. Preséntale listas de preguntas para que pueda formular preguntas a su médico sobre cualquier información que encuentre en Internet¹. Las preguntas pueden incluir: «¿Cómo funciona este ejercicio o suplemento?», «¿Qué pruebas lo respaldan?» y «¿Existe algún riesgo para mí?». Los estudios demuestran que estas listas de preguntas animan a los pacientes a hacer más preguntas y mejoran la calidad de la información que reciben¹.
- **Planificar el seguimiento y el apoyo continuo.** Programad una cita de seguimiento para revisar el progreso de Susana, responder a sus preguntas y reevaluar su plan de automanejo. Anímalala a que traiga a estas sesiones cualquier nuevo consejo que encuentre en Internet para evaluarlo. Refuerza los éxitos (reducción del dolor durante el trabajo, mayor confianza en la distinción de fuentes fiables) y ajusta su programa de ejercicios según sea necesario.

Al enseñar a Susana a evaluar la información digital, alinear el automanejo con las pautas basadas en la evidencia y utilizar entrevistas motivacionales para abordar sus miedos, los médicos pueden ayudar a los pacientes a navegar por el vasto panorama de los consejos de salud en línea. Este enfoque mejora la alfabetización digital y la comprensión de la información, reduce el riesgo de adoptar prácticas perjudiciales y empodera a los pacientes para que se involucren con confianza en el cuidado de su salud musculoesquelética.

1. Tracy M, et al. Health Expect. 2022. <https://doi.org/10.1111/hex.13509>

4.2.3 Comprender los resultados de las pruebas

Beatriz es una oficinista de 57 años que sufre episodios de dolor lumbar. Después de levantar una caja pesada en el trabajo, experimentó un episodio y su médico de cabecera le pidió una resonancia magnética “por precaución”. El informe indicaba «degeneración discal moderada en L4-L5, protuberancia discal leve y artrosis de las articulaciones facetarias». Alarmada por términos como “degeneración” y “protuberancia”, Beatriz buscó en Internet y leyó que esos hallazgos podían provocar parálisis si no se trataban. Interpretó la exploración como prueba de un daño permanente, empezó a evitar agacharse o levantar peso y solicitó una consulta quirúrgica. Su fisioterapeuta sabe que los cambios degenerativos en la resonancia magnética son comunes en adultos sin dolor y a menudo son incidentales¹. Beatriz no se queja de ningún dolor ni de otros síntomas en las piernas. Beatriz pide ayuda para comprender los resultados de su exploración y saber si explican su dolor.



Plan de tratamiento integrado

- **Realizar un examen físico general sin hacer hincapié en la evaluación neurológica** (ella no muestra ningún signo o síntoma que justifique una evaluación neurológica exhaustiva). A continuación, comparte los resultados con Beatriz, haciendo hincapié en que todo parece normal (movimiento, ausencia de signos neurológicos, etc.). Esto le tranquilizará al saber que es poco probable que se trate de una patología grave de los nervios o la columna vertebral y le dará confianza en su evaluación.
- **Evaluar la situación inicial, las creencias y las respuestas emocionales de Beatriz.** Después de presentar los resultados normales del examen, invita a Beatriz a describir lo que cree que significan los términos de la resonancia magnética y cómo le hizo sentir el informe.

Hazle preguntas abiertas: «Cuando leíste “degeneración discal”, ¿qué pensaste?», «¿Qué es lo que más te preocupa de estos resultados?». Este paso permite descubrir conceptos erróneos (por ejemplo, equiparar la degeneración con un daño irreversible) y emociones como el miedo o la ansiedad, lo que sienta las bases para una educación personalizada.

- **Educar sobre la prevalencia y la importancia de los hallazgos de las imágenes.** Una vez que hayáis abordado sus preocupaciones, proporcióname contexto sobre las imágenes. Si bien estudios recientes muestran una prevalencia relativamente mayor de hallazgos en la resonancia magnética en personas con dolor, y que estos hallazgos tienden a tener un efecto acumulativo sobre el dolor en cierta medida², explícale que la degeneración y las protuberancias discales son muy comunes, incluso en personas sin dolor de espalda. Una revisión sistemática reveló que un tercio de los jóvenes de 21 años asintomáticos presentaban degeneración discal, porcentaje que aumentaba hasta más del 90 % en personas mayores de 50 años¹. Numerosos estudios muestran que no existe una asociación consistente entre los hallazgos de la resonancia magnética (cambios tipo Modic, degeneración discal, hernia) y el dolor lumbar¹. Las pruebas de imagen de la enfermedad degenerativa de la columna vertebral suelen reflejar el envejecimiento normal y deben interpretarse junto con los hallazgos clínicos¹. Utiliza analogías (“arrugas en el interior”) y elementos visuales para desmitificar los términos. Haz hincapié en que la resonancia magnética muestra la estructura, no el dolor, y que el dolor se debe a múltiples factores, entre ellos la inflamación y la sensibilidad del sistema nervioso.
- **Salvar las diferencias en materia de conocimientos sobre salud (comprensión y creencias).** Traduce el lenguaje técnico a palabras sencillas. Explica que “protrusión discal leve” significa una ligera protuberancia sin compresión nerviosa y que “artrosis facetaria” es similar al desgaste articular de las rodillas o los dedos. Utiliza la técnica de retroalimentación: pide a Beatriz que te explique estos conceptos, aclarando cualquier malentendido que pueda quedar. Anímalala a hacer preguntas siempre que se encuentre con terminología médica desconocida.
- **Reforzar el automanejo y la rehabilitación activa.** Explica que evitar el movimiento puede empeorar el dolor y la rigidez. Desarrolla un programa de ejercicios graduales centrado en la movilidad y la fuerza. Comenzad con movimientos suaves y sin dolor (inclinación de la pelvis, estiramientos de rodilla al pecho) y avanzad hacia flexiones de cadera, flexión y extensión controladas de la columna vertebral y sentadillas con el peso corporal. Haz hincapié en que la exposición gradual a la flexión de la columna vertebral es segura y aumenta la resistencia. Incluye estrategias de dosificación y un diario de actividades para realizar un seguimiento del progreso y los brotes.

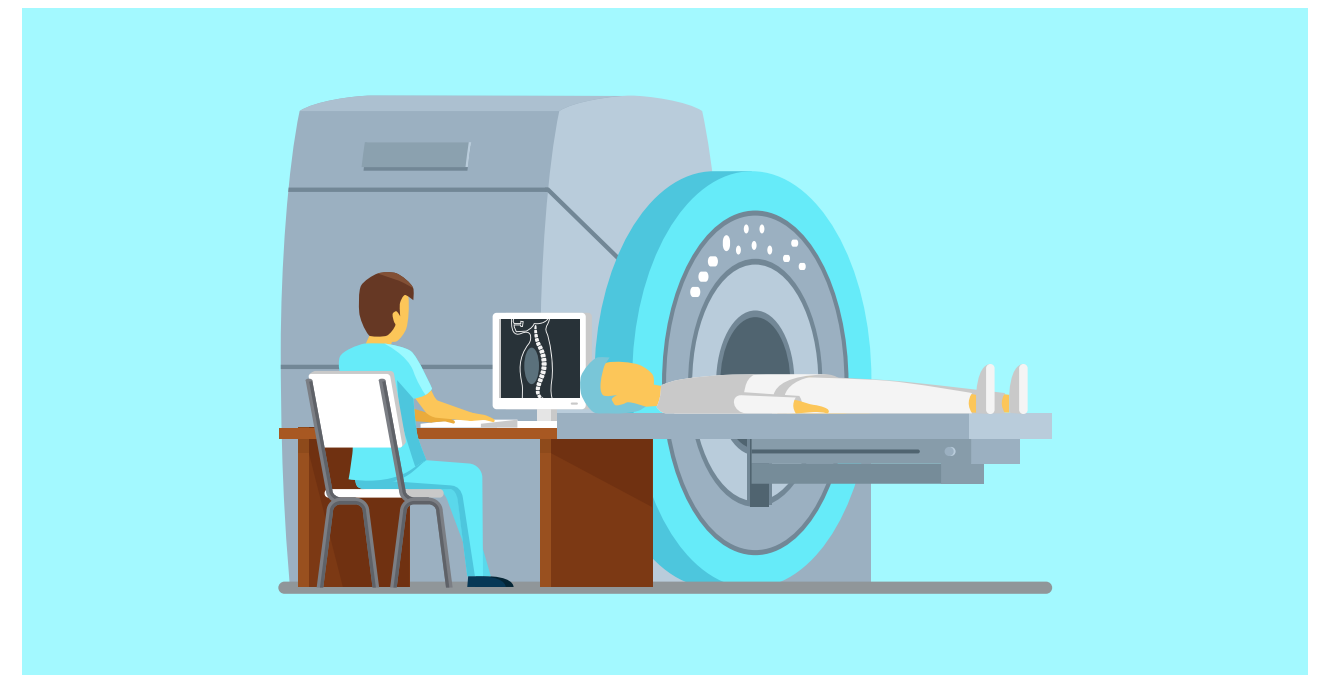
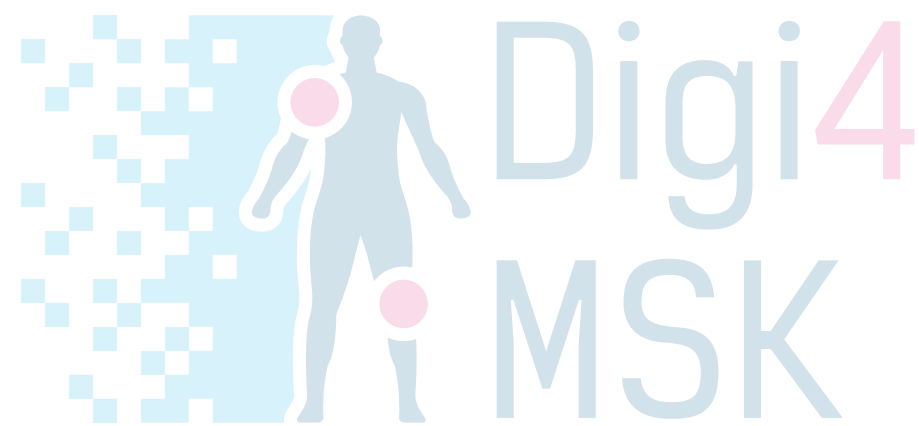
- **Emplear prácticas con base psicológica.** Aborda los pensamientos catastrofistas («mi columna se está desmoronando») utilizando estrategias cognitivo-conductuales. Sustitúyelos por afirmaciones equilibradas («estos cambios son comunes y a menudo no son muy importantes»). Enseña respiración diafragmática, mindfulness o relajación muscular progresiva para reducir la ansiedad y la tensión muscular. Anima a Beatriz a visualizarse moviéndose con confianza y a centrarse en las sensaciones sin juzgarlas.
- **Guiar la evaluación de la información digital.** Educa a Beatriz sobre cómo evaluar la información de salud en línea: verificar quién administra el sitio y su propósito; comprobar las fuentes de financiación; asegurarse de que el contenido sea equilibrado, basado en pruebas y actualizado; y buscar referencias. Advértele sobre las afirmaciones sensacionalistas y las curas milagrosas. Anímalala a discutir cualquier consejo en línea con su médico antes de actuar en consecuencia.
- **Planificar el seguimiento y reforzar la comprensión.** Programa revisiones periódicas para controlar los síntomas, revisa su comprensión de los resultados de la resonancia magnética y ajustad su programa de ejercicios. Si busca una opinión quirúrgica, ayúdala a comparar la interpretación del cirujano de la resonancia magnética con la suya y discutid todas las opciones. Continúa reforzando que las imágenes son solo una pieza del rompecabezas; la evaluación clínica y los objetivos funcionales guían las decisiones de tratamiento.

Mediante la realización de un examen físico y neurológico detallado, la discusión de sus resultados normales, la exploración de las creencias del paciente y, a continuación, el suministro de un contexto basado en la evidencia para los resultados de las imágenes, los profesionales sanitarios pueden reducir el miedo, generar confianza y empoderar a pacientes como Beatriz para que interpreten las exploraciones con precisión. Este enfoque estructurado integra la mejora de la alfabetización en salud, el apoyo al automanejo y la práctica basada en la psicología para promover una participación informada y activa en la salud musculoesquelética.

1. Brinjikji W, et al. Am J Neuroradiol. 2015. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A4173>
2. Dragsbæk L, et al. Eur J Pain. 2025. <https://doi.org/10.1002/ejp.70076>

4.2.4 Explicación de las etiquetas diagnósticas

Antonio es un mecánico de 49 años que desarrolló dolor lumbar después de levantar una caja de herramientas pesada. Su médico le pidió una resonancia magnética y le dijo que tenía “degeneración discal y una protuberancia discal”. Otro profesional describió más tarde su problema como “artritis lumbar”. Estos términos asustaron a Antonio; imaginó que su columna vertebral se estaba desmoronando y comenzó a evitar agacharse, levantar peso y jugar con sus hijos. También insistió en que le hicieran más pruebas y consideró la posibilidad de operarse. Cuando consultó a un fisioterapeuta, le explicaron que en realidad tenía dolor lumbar inespecífico y síntomas similares a los de un esguince. Antonio se sintió confundido: «¿Se le está degenerando la espalda? ¿Es un esguince?» Quiere que le aclaren qué significan estas etiquetas, si necesita más pruebas y cómo debe tratar su dolor.



Plan de tratamiento integrado

- **Realizar una evaluación y descartar patologías graves.** Comenzar por recabar un historial detallado y realizar un examen físico para confirmar que el dolor de Antonio es mecánico y no está asociado a déficits neurológicos o señales de alarma. Evaluar la amplitud de movimiento lumbar, palpar la sensibilidad, realizar pruebas de elevación de pierna estirada y prueba de “slump”, evaluar la fuerza por miotomas (L2-S1), los reflejos (rotuliano y aquileo) y la sensibilidad dermatómica para descartar radiculopatía o patologías graves. Explicar los

resultados a Antonio, haciendo hincapié en que su examen neurológico es normal y que no hay signos de daño nervioso ni inestabilidad estructural. Esto establece la credibilidad clínica y le asegura que el tratamiento conservador es adecuado.

- **Explorar la comprensión y las emociones de Antonio sobre su diagnóstico.** Haz preguntas abiertas: «¿Qué crees que significa “degeneración discal”?», «¿Cómo te sentiste cuando te dijeron que tenías “artritis lumbar”?». Esto revela conceptos erróneos y miedos (por ejemplo, pensar que su columna vertebral se está desmoronando) y te permite empatizar con su respuesta emocional.
- **Proporcionar un contexto basado en la evidencia sobre las etiquetas diagnósticas.** Explica que términos como “protrusión discal”, “degeneración” y “artrosis” suelen describir cambios relacionados con la edad que se observan en las imágenes y son muy comunes en personas sin dolor de espalda. Una revisión sistemática de estudios de resonancia magnética mostró degeneración discal en un tercio de los jóvenes de 21 años asintomáticos y en más del 90 % de las personas mayores de 50 años¹. Muchos hallazgos en las imágenes (degeneración discal, cambios tipo Modic, artrosis de las articulaciones facetarias) no tienen una asociación consistente con el dolor. Describe estos cambios como la versión de la columna vertebral de las canas o las arrugas: normales y no intrínsecamente peligrosos. Esto ayuda a Antonio a comprender que los resultados de su resonancia magnética no determinan su pronóstico. En cualquier caso, adáptate al interés de Antonio, ya que se ha observado que los mensajes sobre la poca relación entre la imagen y el dolor pueden ser poco aceptados por los pacientes.
- **Elegir un lenguaje tranquilizador y funcional, evitando las etiquetas patológicas.** Ten en cuenta que las etiquetas diagnósticas pueden influir en las percepciones del paciente y en sus intenciones de tratamiento. Un estudio reveló que etiquetas como “protrusión discal”, “degeneración” y “artrosis” aumentaban la necesidad percibida de pruebas de imagen, cirugía y segundas opiniones, y reducían las expectativas de recuperación en comparación con etiquetas como “esguince lumbar”, “episodio de dolor de espalda” o “dolor lumbar inespecífico”². Explica a Antonio que el dolor de espalda inespecífico significa que no hay ninguna patología subyacente peligrosa y que el dolor suele estar relacionado con los músculos, las articulaciones y los nervios, que responden bien al movimiento y al fortalecimiento. Utiliza un lenguaje sencillo, como “distensión de espalda” o “episodio de dolor de espalda”, y céntrate en la función: lo que puede hacer para recuperar la fuerza y la flexibilidad.
- **Abordar los ámbitos de la alfabetización en salud (comprensión y evaluación).** Enseña a Antonio a evaluar la información sobre salud: busca fuentes gestionadas por organizaciones profesionales u organismos gubernamentales; comprueba si la información es actual y está basada en pruebas; desconfía del lenguaje sensacionalista o las curas milagrosas; y reconoce cuándo se utilizan etiquetas para vender tratamientos o justificar pruebas de imagen innecesarias. Anímalo a que lleve a sus citas cualquier término confuso o consejo online para que se lo aclaren. Proporcióname folletos fáciles de leer que expliquen

los términos comunes de la resonancia magnética de la columna vertebral y su prevalencia en poblaciones asintomáticas.

- **Utilizar prácticas basadas en la psicología.** Utiliza técnicas cognitivo-conductuales para cuestionar pensamientos como «mi columna vertebral se está degenerando» y sustitúyelos por afirmaciones realistas, como «mi resonancia magnética muestra cambios normales relacionados con la edad que no determinan mi dolor ni limitan mi recuperación». Utiliza entrevistas motivacionales para explorar sus valores (por ejemplo, jugar con sus hijos) y relacionarlos con el objetivo de reanudar gradualmente la actividad. Enseña técnicas de relajación y dosificación para controlar los brotes, haciendo hincapié en que las molestias ocasionales no significan que haya daño.
- **Desarrollar un plan de rehabilitación gradual.** Diseña un programa de ejercicios personalizado que cargue gradualmente su espalda. Comienza con ejercicios suaves de movilidad y fortalecimiento del tronco, luego pasa a ejercicios de flexión de cadera, sentadillas con el peso corporal y, finalmente, levantamientos con carga similares a sus tareas ocupacionales. Haz hincapié en que la columna vertebral se adapta y se fortalece cuando se carga progresivamente. Anímalo a llevar un registro de sus actividades y síntomas para observar las mejoras y ganar confianza.
- **Planificar el seguimiento y la toma de decisiones colaborativa.** Programa seguimientos periódicos para revisar su progreso, abordar nuevas preguntas y ajustar su programa. Si sigue sintiéndose inseguro, comenta si una segunda opinión le ayudaría a sentirse más seguro. Anímalo a que lleve su lista de preguntas a cada consulta y a que haga preguntas específicas sobre cualquier término que encuentre. Refuerza que tiene derecho a comprender su diagnóstico y el razonamiento que hay detrás de cada recomendación.

Al descartar patologías graves, explorar las creencias del paciente, contextualizar los términos de las imágenes con pruebas y elegir un lenguaje que enfatice la resiliencia en lugar de la fragilidad, los profesionales sanitarios pueden evitar que las etiquetas diagnósticas causen miedo y evasión. La combinación de una comunicación clara con una rehabilitación gradual y habilidades de evaluación crítica empodera a pacientes como Antonio para participar activamente en su recuperación y tomar decisiones informadas sobre su salud musculoesquelética.

1. Brinjikji W, et al. Am J Neuroradiol. 2015. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A4173>
2. O'Keeffe M, et al. Eur J Pain. 2022. <https://doi.org/10.1002/ejp.1981>

4.2.5 Cómo lidiar con la dependencia de las terapias pasivas

Isabel es una instructora de yoga de 55 años que desarrolló dolor crónico en el cuello y la parte superior de la espalda después de un accidente automovilístico hace dos años. Inicialmente recibió fisioterapia que combinaba ejercicios suaves con terapia manual y masajes de tejidos blandos. Los tratamientos manuales le proporcionaron un alivio temporal, y ahora programa citas semanales para masajes y manipulaciones. Cuando su aseguradora redujo la cobertura, comenzó a pagar de su bolsillo, diciendo: «Si me pierdo mi tratamiento semanal, mi dolor se intensifica». Dedicó poco tiempo a los ejercicios en casa porque cree que la terapia manual del terapeuta es lo que le permite seguir funcionando. Isabel ha recibido mensajes contradictorios: un profesional le dijo que necesita cuidados de mantenimiento continuos; otro hizo hincapié en el ejercicio. Teme que reducir la terapia manual empeore su dolor, pero le frustra el coste y la dependencia de las citas. Le pregunta a su nuevo fisioterapeuta si puede continuar con la terapia manual de forma indefinida.



Plan de tratamiento integrado

- **Evaluación y entendimiento compartido.** Reevaluar la función del cuello y la parte superior de la espalda de Isabel (rango de movimiento, fuerza, resistencia, postura y ergonomía durante las clases de yoga). Explorar sus creencias y expectativas: «¿Qué crees que te aporta la terapia manual?», «¿Qué te preocupa de reducirla?». Esto aclara su percepción de la dependencia y le permite adaptar la conversación.



- **Validar la experiencia y utilizar la narración de historias para presentar pruebas.** Reconoce que la terapia manual le ha proporcionado alivio. Comparte historias o analogías con las que se pueda identificar; por ejemplo, la terapia manual es como un impulso inicial que le ayuda a sentirse mejor temporalmente, mientras que el movimiento activo es el combustible que le permite seguir adelante. Comenta que la terapia manual ofrece beneficios a corto plazo y debe combinarse con un enfoque activo, como el ejercicio¹, en lugar de servir como única intervención. Enmarcar las pruebas a través de la narrativa las hace menos técnicas y más significativas.
- **Utilizar entrevistas motivacionales para explorar la ambivalencia.** Emplea preguntas abiertas («¿cuáles son las ventajas y desventajas de continuar con la terapia manual como lo haces ahora?»), la escucha reflexiva y las afirmaciones para ayudar a Isabel a articular sus propias razones para el cambio. Destaca las discrepancias entre su deseo de independencia y su dependencia de las sesiones semanales. Pídele que evalúe su confianza en reducir la dependencia de la terapia pasiva y discute estrategias para aumentarla. Este enfoque colaborativo fomenta la motivación intrínseca.
- **Crear conjuntamente un plan por fases para reducir la terapia pasiva.** Negociad un calendario que espacia gradualmente las visitas de terapia manual al tiempo que aumenta la participación activa. Por ejemplo, acordad sesiones quincenales inicialmente, en el entendimiento de que, a medida que practique sus ejercicios y controle sus síntomas, las sesiones podrán espaciarse más. Estableced hitos claros, como la adherencia constante al ejercicio y unos niveles de dolor estables, que guiarán la siguiente reducción. Este plan reconoce su apego a la terapia manual, al tiempo que fomenta el automanejo.
- **Desarrollar un programa de ejercicios personalizado y agradable.** Diseña una rutina paso a paso para realizar en casa que se ajuste a su experiencia en yoga. Comienza con ejercicios suaves de amplitud de movimiento y flexión profunda del cuello; avanza hacia la movilización torácica y la estabilización escapular; luego integra el fortalecimiento con bandas de resistencia y peso corporal. Enséñale a integrar estos ejercicios en sus rutinas diarias y en la práctica del yoga. Sugierele que utilice un diario o una aplicación para registrar los ejercicios y las sensaciones, reforzando las experiencias positivas. Explícale que el aumento gradual de la fuerza y la resistencia reduce la dependencia de los cuidados pasivos.
- **Mejorar sus conocimientos sobre salud y sus habilidades de evaluación con educación mecánica.** Reconoce que Isabel tiene curiosidad intelectual y quiere entender cómo funciona la terapia manual. Utiliza un lenguaje sencillo para explicarle que la terapia manual puede activar las vías descendentes de inhibición del dolor en el cerebro y la médula espinal,

modulando las señales de dolor. Puede estimular la liberación de endorfinas (sustancias químicas naturales que alivian el dolor) y mejorar el flujo sanguíneo a los músculos tensos, lo que contribuye a un alivio a corto plazo. Sin embargo, estos efectos son temporales; sin trabajo de fortalecimiento y movilidad, los tejidos no se adaptan para soportar las cargas diarias. Enséñale a evaluar la información sobre la terapia manual preguntándole: «¿Esta fuente explica los mecanismos con precisión?», «¿Hace hincapié en la combinación de la terapia manual con la rehabilitación activa?». Proporciónele recursos fiables que traten tanto los efectos neurofisiológicos como los biomecánicos y que destaquen la importancia del automanejo. Anímala a que traiga cualquier información nueva o pregunta a las citas para que puedan explorarlas juntos.

Mediante la combinación de un diálogo empático, entrevistas motivacionales, la reducción gradual de los tratamientos pasivos, un programa de ejercicios personalizado y una educación mecánica adaptada, los profesionales sanitarios pueden guiar respetuosamente a pacientes como Isabel para que dejen de depender de forma pasiva. Este enfoque respeta su experiencia, alimenta su curiosidad y le permite desempeñar un papel activo en su salud musculoesquelética.

1. Luna EG, et al. Am J Lifestyle Med. 2017. <https://doi.org/10.1177/1559827617697273>

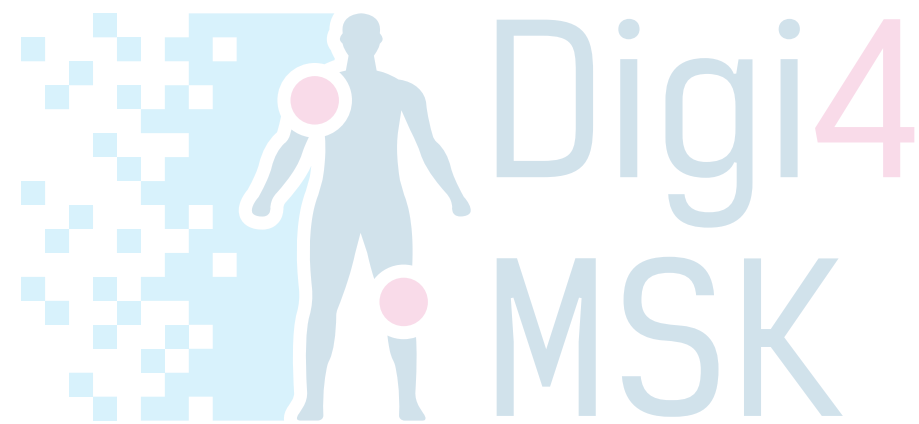
4.2.6 Cómo abordar las recomendaciones prematuras de cirugía en una radiculopatía lumbar aguda sin signos neurológicos negativos

Ramón, un supervisor de almacén de 48 años, desarrolló un dolor lumbar repentino que se irradiaba a la pierna derecha después de levantar una caja pesada hace tres semanas. Describe un dolor agudo y punzante en la parte posterior del muslo y la pantorrilla, con hormigueo ocasional en el pie, pero no refiere debilidad, entumecimiento ni cambios en la función vesical o intestinal. Su médico de cabecera le diagnosticó radiculopatía lumbar aguda y lo derivó a un cirujano ortopédico. En la consulta quirúrgica, el médico le recomendó una intervención inmediata, advirtiéndole de que una “hernia discal” podría empeorar si no se trataba. Ramón está asustado; le preocupa que esperar pueda causar daños permanentes, pero no presenta déficits neurológicos evidentes. En busca de una segunda opinión, consulta a un fisioterapeuta y le pregunta si es seguro posponer la cirugía y qué puede hacer mientras tanto.



Plan de tratamiento integrado

- **Evaluación exhaustiva y exclusión de señales de alarma.** Comienza con una historia clínica detallada y una exploración. Evalúa el inicio y la progresión de los síntomas, los factores agravantes y paliativos, y las limitaciones funcionales. Realiza una evaluación



física que incluya el rango de movimiento lumbar y pruebas neurodinámicas (elevación de la pierna estirada y prueba de “slump”) para confirmar la irritación radicular. Realiza un examen neurológico: evalúa los miotomas clave (L2-S1), los reflejos tendinosos profundos (rotuliano L3-L4, aquileo S1-S2) y la sensibilidad dermatómica. Busca señales de alarma como debilidad progresiva, anestesia en silla de montar, pérdida del control intestinal/vesical, fiebre o pérdida de peso inexplicable. Comparte los resultados con Ramón y explícale que la fuerza, los reflejos y la sensibilidad normales significan que sus nervios funcionan bien y que no hay signos de patología grave que requiera cirugía.

- **Establecer una buena relación y explorar sus creencias.** Pregunta a Ramón cómo interpretó la recomendación del cirujano: «¿Qué es lo que más le preocupa de esperar?», «¿Qué cree que podría pasar si no se opera inmediatamente?». Valida sus miedos y aclara los malentendidos. Explícale que “hernia discal” es un término informal; en su caso, la hernia discal está causando irritación nerviosa, pero no daño nervioso. Esta exploración ayuda a adaptar el mensaje tranquilizador y le anima a expresar sus dudas.
- **Tranquilizarlo explicándole la historia natural y la seguridad del tratamiento conservador.** Comunícale claramente que la mayoría de las personas con radiculopatía lumbar debida a una hernia discal mejoran sin cirugía; aproximadamente el 90 % se recupera en tres meses con un tratamiento conservador. Las pruebas sugieren que la cirugía solo se suele considerar después de al menos 4-8 semanas de tratamiento conservador sin éxito o cuando hay déficits neurológicos significativos. Haz hincapié en que, dado que su examen neurológico es normal, es razonable y seguro esperar. Utiliza analogías (por ejemplo, «al igual que un hematoma que se cura, el material discal a menudo se reduce con el tiempo, lo que disminuye la presión sobre el nervio») e historias de pacientes para ilustrar la recuperación sin cirugía. Dar seguridad y confianza debe ser continuo a lo largo de las visitas, en lugar de realizarse solo una vez; vuelve a hacerlo cada vez que exprese su preocupación.
- **Identificar y enseñar posiciones que alivien los síntomas (posiciones de reposo neural).** Colabora con Ramón para encontrar posiciones que reduzcan la tensión nerviosa y alivien los síntomas en las piernas. Estas pueden incluir acostarse de lado con la pierna dolorida arriba y una almohada entre las rodillas, inclinarse suavemente hacia el lado no dolorido o inclinarse en posición semisupina con las caderas y las rodillas apoyadas. Anímalo a utilizar estas “posturas de reposo neural” durante los brotes agudos y a alternarlas a lo largo del día. Explícale que el alivio temporal que proporcionan estas posturas indica que el nervio está irritable, pero no dañado, reforzando el mensaje de que su afección es manejable.
- **Diseñar un plan de automanejo gradual.** Anima a Ramón a mantenerse lo más activo posible y a evitar el reposo prolongado en cama. Proporcióname ejercicios sencillos que no le provoquen dolor: inclinaciones suaves de la pelvis, refuerzo abdominal y movimientos dominantes de la cadera, como puentes glúteos. A medida que los síntomas lo permitan, avanza hacia caminar o montar en bicicleta estática. Enséñale a controlar su dolor y a detenerse antes de que se intensifique, aumentando gradualmente la duración de la actividad cada día. Sugierele que lleve un registro diario de sus actividades y síntomas para

observar las mejoras e identificar los patrones que lo agravan. Oriéntale sobre la analgesia adecuada y aconséjale que consulte a su médico de cabecera sobre los antiinflamatorios no esteroideos u otros medicamentos.

- **Estrategias de comunicación y alfabetización en salud:** centrarse en tranquilizar y en la toma de decisiones. En lugar de repetir explicaciones técnicas sobre la anatomía del disco, céntrate en ayudar a Ramón a comprender por qué esperar es seguro. Utiliza un lenguaje sencillo para explicarle que sus nervios están sanos y que el dolor no significa necesariamente que haya daño. Enséñale a identificar nuevas señales de alarma (debilidad progresiva, pérdida de control de los esfínteres) y tranquilízalo diciéndole que, si se producen, se reconsiderará la cirugía de inmediato. Proporciona información fácil de entender para el paciente sobre la radiculopatía lumbar y el tratamiento conservador, procedente de fuentes fiables. Anima a Ramón a hacer preguntas, expresar sus preferencias y tomar decisiones de forma colaborativa. Por ejemplo, podrías decir: «Fijemos una revisión dentro de cuatro semanas. Si tu dolor mejora de forma constante, continuaremos; si no, podemos discutir otras opciones».
- **Utilizar entrevistas motivacionales para mejorar la participación.** Utiliza la escucha reflexiva y preguntas abiertas para averiguar las motivaciones de Ramón (por ejemplo, volver al trabajo, jugar con sus hijos) y explorar su ambivalencia sobre el retraso de la cirugía. Ayúdalo a sopesar los beneficios de evitar una cirugía innecesaria frente al miedo al dolor persistente. Establece objetivos de forma colaborativa (por ejemplo, reducir el dolor de piernas de 8/10 a 5/10 en dos semanas, aumentar la tolerancia al caminar de 5 a 15 minutos). Celebra las mejoras graduales para reforzar la confianza.
- **Planificar el seguimiento y las contingencias.** Programa citas de seguimiento cada dos semanas para revisar los síntomas, ajustar los ejercicios y reforzar la tranquilidad. Supervisa las mejoras funcionales utilizando medidas de resultados sencillas (por ejemplo, el índice de discapacidad de Oswestry, escalas de dolor). Si el dolor no mejora después de 6-8 semanas o si aparecen signos neurológicos, comenta la posibilidad de derivarlo de nuevo a su médico de cabecera o a un especialista en columna vertebral para una evaluación más detallada. Prepara a Ramón para que haga preguntas específicas en cualquier consulta quirúrgica: «¿Cuáles son los riesgos y beneficios de la cirugía frente a la continuación del tratamiento conservador?», «¿Cuál es el tiempo de recuperación previsto?», «¿Cómo determinará que la cirugía es necesaria?».

Mediante una evaluación exhaustiva, abordando abiertamente los temores del paciente, enseñándole posturas para aliviar los síntomas y actividades graduales, y tranquilizándole repetidamente sobre la seguridad de retrasar la cirugía cuando no existen déficits neurológicos, los profesionales pueden ayudar a pacientes como Ramón a tomar decisiones informadas y con confianza. Hacer hincapié en la toma de decisiones colaborativa y el apoyo a la alfabetización en salud fomenta la confianza y anima a seguir el tratamiento conservador, reservando la cirugía para los casos en los que está realmente indicada.

4.2.7 Combinación de nuevos tratamientos para la obesidad con cambios en el estilo de vida: se ofrece semaglutida a un paciente con obesidad y artrosis de cadera

Luis es un oficinista de 60 años que padece obesidad crónica (índice de masa corporal 34), hipertensión y artrosis de rodilla y cadera recientemente diagnosticadas. El dolor en la rodilla izquierda le impide subir escaleras y caminar más de 200 metros. Fue derivado a un cirujano ortopédico que le ofreció una inyección de corticosteroides en la rodilla, diciéndole: «Es lo único que podemos hacer hasta que esté listo para una artroplastia de rodilla». No se discutieron otras terapias. Más tarde, Luis acudió a un endocrinólogo que le recetó semaglutida (Ozempic®) para ayudarle a perder peso, señalando que la pérdida de peso podría reducir la tensión en sus articulaciones y aliviar el dolor de cadera. Luis está interesado en probar la semaglutida, pero no está seguro de cómo funciona y le preocupan los efectos secundarios. También le inquieta que inicialmente no se le mencionara el ejercicio y el automanejo. Se pregunta cómo integrar estas recomendaciones y si existen otras opciones antes de recurrir únicamente a las inyecciones.



Plan de control integrado

- **Aclarar los objetivos y evaluar la situación inicial.** Evalúa el estado funcional de Luis (distancia recorrida, subir escaleras, capacidad para ponerse en cuclillas), los niveles de dolor y las expectativas. Explora su comprensión de los tratamientos propuestos y sus preocupaciones: «¿Qué esperas de la inyección?», «¿Qué te parece empezar con semaglutida?». Esto ayuda a adaptar la educación y garantiza una toma de decisiones centrada en el paciente.

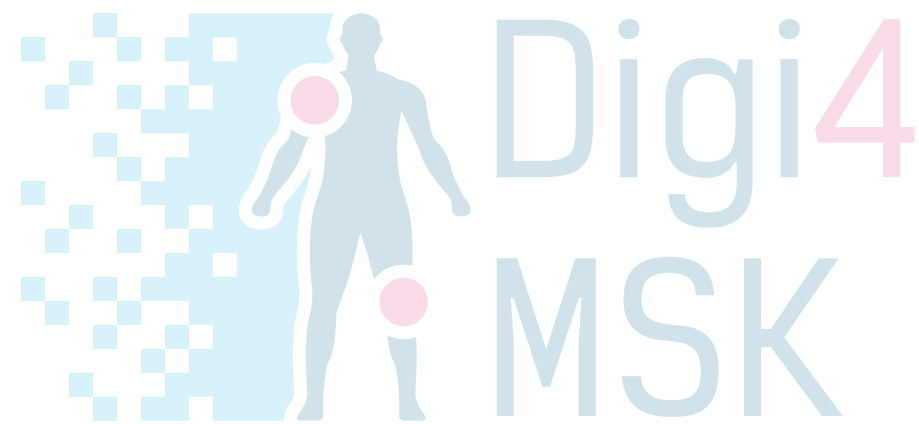


- **Explicar la naturaleza multimodal del tratamiento de la artrosis.** Analiza los tres pilares del tratamiento de la artrosis: educación y automanejo, ejercicio/actividad física y control del peso. Las inyecciones intraarticulares de corticosteroides pueden proporcionar un alivio del dolor a corto plazo, pero no cambian la progresión de la enfermedad y deben ser complementarias, en lugar de tratamientos únicos. Explica los posibles beneficios y riesgos y aclara que las inyecciones no sustituyen a las terapias activas. Haz hincapié en que las estrategias conservadoras iniciales deben incluir ejercicio, control del peso y educación sanitaria. Las inyecciones se suelen considerar cuando otras medidas no han proporcionado un alivio adecuado o como puente para permitir el ejercicio.
- **Informar sobre los mecanismos y las pruebas científicas de la semaglutida.** Valida la recomendación del endocrinólogo: la semaglutida, un agonista del receptor del GLP-1, favorece una pérdida de peso sustancial y puede reducir directamente el dolor de la artrosis. Explica cómo la semaglutida aumenta la saciedad y ralentiza el vaciado gástrico, lo que conduce a una pérdida de peso que reduce la carga mecánica. Destaca también las investigaciones emergentes que sugieren que los análogos del GLP-1 tienen efectos y antiinflamatorios que podrían beneficiar a los pacientes con artrosis, disminuyendo la inflamación sistémica de bajo grado y pudiendo actuar localmente en las articulaciones. Estos mecanismos abordan la obesidad como un factor que provoca dolor crónico más allá de la carga mecánica¹.
- **Situar la semaglutida dentro de un enfoque de tratamiento gradual.** Aclara que los agentes farmacológicos para la pérdida de peso son adecuados cuando se han intentado intervenciones dietéticas, de ejercicio y conductuales, pero no se ha logrado una reducción de peso o un alivio de los síntomas suficientes. Anima a Luis a continuar con los cambios en su estilo de vida al mismo tiempo que toma semaglutida: alimentación saludable, actividad física regular y asesoramiento conductual.
- **Desarrollar un programa integral de ejercicio y automanejo.** Diseñad conjuntamente un programa basado en la evidencia que aborde tanto la artrosis de rodilla como la de cadera:
 - **Actividad aeróbica:** anima a realizar actividades de bajo impacto (caminar a paso ligero, montar en bicicleta, nadar) durante 20-30 minutos, 3-5 veces por semana. Esto mejora la salud cardiovascular, ayuda a controlar el peso y reduce el dolor articular.
 - **Entrenamiento de fuerza:** prescribe ejercicios dirigidos a los cuádriceps, los abductores de la cadera y los glúteos (por ejemplo, sentarse y levantarse, step-ups, abducciones de cadera con banda de resistencia, mini sentadillas). Comenzar con baja resistencia y aumentar gradualmente.
 - **Estrategias para aliviar los síntomas:** enseña a Luis a encontrar posiciones cómodas para descansar (por ejemplo, acostarse de lado con una almohada entre las rodillas) y a dosificar la actividad para evitar los brotes. Enséñale a modificar sus actividades diarias (dividir las tareas en partes más cortas, usar calzado que le proporcione apoyo, ajustar el puesto de trabajo).

- **Proporcionar un plan estructurado de ejercicios para realizar en casa y animarle a llevar un diario de actividades y síntomas para realizar un seguimiento del progreso e identificar los factores desencadenantes.** Ofrécete a revisar su diario en las visitas de seguimiento para ajustar el programa.
- **Abordar los ámbitos de la alfabetización en salud y fomentar la evaluación crítica.** Utiliza un lenguaje sencillo para explicar los términos y mecanismos médicos. Enseña a Luis a evaluar las fuentes de información: buscar sitios web de organizaciones gubernamentales o profesionales, comprobar si las recomendaciones se basan en pruebas y están actualizadas, y desconfiar de las promesas de curas milagrosas. Anímalo a que traiga a las citas las preguntas o la información que encuentre para comentarlas. Proporciona materiales fáciles de entender para el paciente sobre el tratamiento de la artrosis y la función de los medicamentos para bajar de peso.
- **Emplear entrevistas motivacionales y la toma de decisiones compartida.** Explora la ambivalencia de Luis sobre las inyecciones y los medicamentos para bajar de peso. Haz preguntas abiertas sobre sus prioridades y su disposición al cambio: «¿Qué beneficios esperas obtener con la pérdida de peso?». Resume sus declaraciones para mostrar comprensión y ayúdalo a conectar sus valores (mantenerse activo con sus nietos, evitar la cirugía) con el cambio de comportamiento. Establece objetivos SMART (por ejemplo, perder un 5 % de peso en tres meses, caminar 30 min casi todos los días, realizar ejercicios de fuerza dos veces por semana). Celebra los pequeños logros para fomentar la confianza.
- **Coordinar la atención entre los profesionales sanitarios.** Comunícate con el cirujano ortopédico y el endocrinólogo para garantizar la coordinación. Infórmales del plan de ejercicio y automanejo. Pide al endocrinólogo que supervise la eficacia y la seguridad de la semaglutida, y al cirujano que aconseje sobre el momento y las indicaciones de las inyecciones. Considera la posibilidad de involucrar a un dietista para que le oriente sobre nutrición y a un psicólogo si se necesita apoyo emocional o conductual. También puedes programar visitas de seguimiento cada 4-6 semanas para revisar los niveles de dolor, las mejoras funcionales, los cambios de peso y la adherencia al ejercicio. Ajusta el plan del programa de ejercicios en función de la respuesta.

Al integrar la evidencia de que la semaglutida no solo promueve la pérdida de peso, sino que también puede ejercer efectos antiinflamatorios y analgésicos directos, los profesionales sanitarios pueden presentar el control farmacológico del peso como parte de un plan de atención integral en lugar de una solución independiente. Junto con la educación, el ejercicio gradual y la toma de decisiones compartida, este enfoque permite a pacientes como Luis comprender y aplicar tratamientos multifacéticos para la artrosis, mejorando el dolor, la función y la salud en general.

1. Bliddal H, et al. N Engl J Med. 2024. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2403664>



4.3. Valores, establecimiento de objetivos y habilidades

En esta parte se presentan casos que muestran cómo explorar los valores de los pacientes, establecer objetivos de manera colaborativa y desarrollar habilidades de automanejo utilizando métodos sencillos y estructurados.

4.3.1 Manejar los brotes sin pánico

María es una mujer de 45 años con fibromialgia que sufre dolor persistente y brotes intermitentes que agravan su dolor y fatiga. Está motivada para aprender automanejo (se encuentra en la fase de acción del cambio), pero tiene un nivel medio de conocimientos sobre salud: puede seguir información básica sobre salud, pero le cuesta entender explicaciones complejas y encuentra confusos los recursos en línea. Cuando se producen los brotes, María entra en pánico y se preocupa por si algo grave le está pasando, por lo que a menudo recurre al reposo en cama y a visitas urgentes al médico. Esto ha provocado una alteración de sus rutinas y una pérdida de confianza. Pide a su fisioterapeuta musculoesquelético orientación práctica para controlar los brotes sin entrar en pánico, de modo que pueda mantenerse funcional y tranquila.



Plan de gestión integrado

- **Reformular los brotes con educación y tranquilidad.** Comienza por normalizar los brotes como aumentos temporales de los síntomas en lugar de indicadores de daño. Explica en un lenguaje sencillo que los brotes no significan que haya “vuelto al punto de partida”. Utiliza analogías sencillas, como una alarma demasiado sensible o un tiempo tormentoso, para aclarar que los picos de dolor son previsibles y pasarán. Al replantear los brotes como acontecimientos

manejables en lugar de reveses catastróficos, se reduce el miedo y se le da capacidad de responder de forma constructiva.

- **Enseñara dosificar los esfuerzos y a mantener el equilibrio.** Explícale que hacer demasiado en los días buenos y demasiado poco en los malos provoca el ciclo de “ciclo de altibajos”. Anima a María a repartir la actividad a lo largo del día, a tomar descansos antes de que aparezca el cansancio o los picos de dolor y a evitar pasar días enteros en la cama, incluso cuando se sienta decaída. Trabaja con ella para establecer una base cómoda, tal vez una duración de caminata manejable o un número de tareas domésticas, y sugiérele pequeños aumentos, como añadir dos minutos de caminata, una vez que haya tolerado el nivel anterior durante unos días. Utiliza una analogía como “estrenar zapatos nuevos”: los períodos cortos se van alargando gradualmente sin causar ampollas. Una dosificación de la actividad eficaz ayuda a mantener la función y reduce la intensidad de los brotes futuros.
- **Identificar las primeras señales de alerta.** Enséñale a actuar cuando note un aumento moderado del dolor o la fatiga, reduciendo la intensidad o la duración de las tareas. Guíala para que tenga en cuenta los factores internos (fatiga, estado de ánimo) y externos (carga de trabajo, sueño) que pueden precipitar los brotes. Por ejemplo, si la falta de sueño y el estrés elevado coinciden con un ligero aumento del dolor, debe planificar un día de actividades más ligeras e incluir descansos adicionales. Un sistema de “semáforo” puede ser útil: los días verdes significan que puede seguir su plan habitual, los días amarillos requieren ajustes en la dosificación de la actividad y precaución, y los días rojos exigen descanso y cuidados suaves. Reconocer y responder a tiempo genera confianza y evita que los pequeños brotes se agraven.
- **Optimizar el sueño y el manejo del estrés.** La falta de sueño y el estrés elevado amplifican el dolor y la fatiga. Si identificas alteraciones del sueño, puedes implementar algunos principios de la terapia cognitivo conductua para el insomnio: pídele que utilice la cama solo para dormir, que evite pasar tiempo despierta, que limite la cantidad de tiempo que duerme. También puede darle algunos consejos sobre higiene del sueño, como establecer horarios de acostarse constantes, limitar la cafeína y las pantallas antes de acostarse y crear un ambiente tranquilo para dormir. Además, sugiérele que incluya estiramientos suaves o un baño caliente en su rutina nocturna. Para reducir el estrés, enséñale técnicas de relajación sencillas, como la respiración lenta y profunda o meditaciones cortas de mindfulness. Anímala a programar pequeñas actividades agradables (como escuchar música o dar paseos cortos) como “amortiguadores del estrés”. Haz hincapié en que estas prácticas no son “extras opcionales”, sino que forman parte integral del control del dolor, ya que reducen la excitación del sistema nervioso. Practicar la relajación con regularidad reduce la percepción del dolor y mejora la recuperación.
- **Desarrollar un plan de acción personalizado para los brotes.** Elaborad juntos un plan por escrito para que María sepa exactamente qué hacer durante un brote:
 - **Ajuste temporal de la actividad:** en los días de brotes, reduce su actividad habitual en aproximadamente un tercio durante uno o dos días (por ejemplo, reduzca un paseo de 20 minutos a 12-15 minutos) en lugar de dejar de hacerla por completo. Mantén movimientos

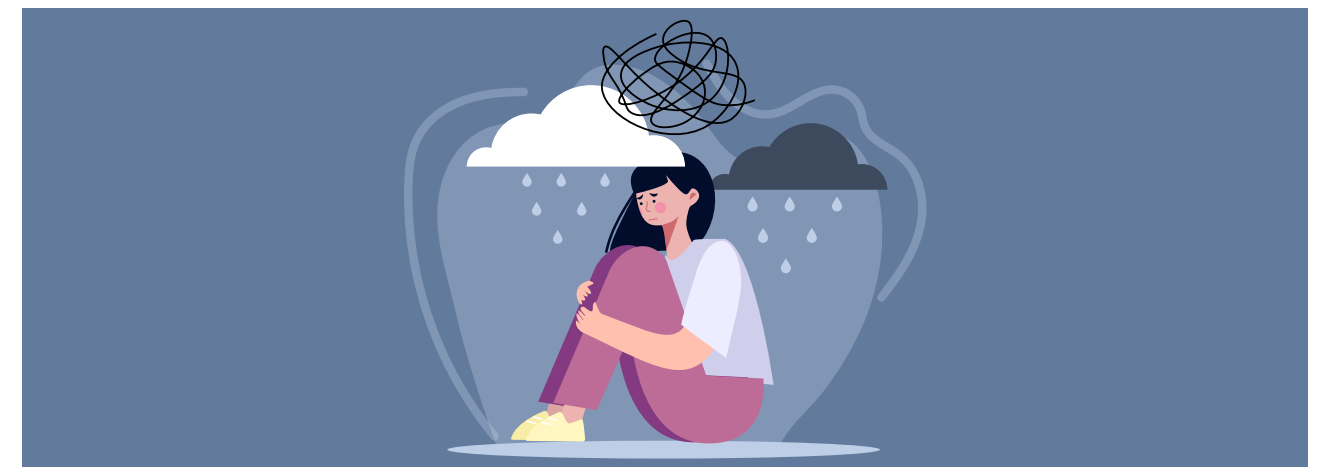
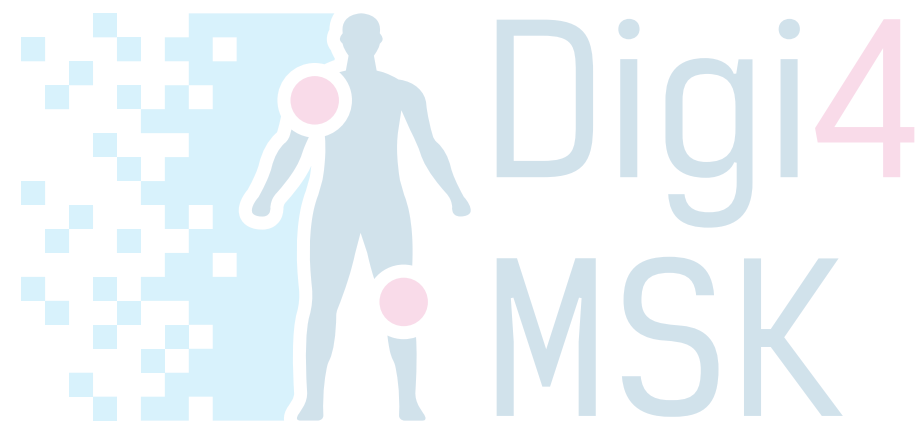
suaves (estiramientos, paseos cortos) para evitar la rigidez y mantener la circulación. Una vez que los síntomas se calmen, vuelve gradualmente al nivel anterior.

- **Estrategias para aliviar los síntomas:** fomenta el automanejo seguro, como la aplicación de compresas calientes en las zonas doloridas, estiramientos suaves o yoga adecuado para la fibromialgia. Utiliza analgésicos recetados o de venta libre de forma adecuada para aliviar el dolor. Incorpora técnicas de relajación como parte del tratamiento de los brotes para calmar la tensión y la ansiedad.
- **Reformulación cognitiva:** Incluye una afirmación de afrontamiento, como «Este aumento del dolor es incómodo, pero temporal; tengo un plan para controlarlo». Anímala a recordar brotes anteriores que ha controlado con éxito sin sufrir daños.
- **Orientación sobre señales de alerta:** define cuándo buscar ayuda profesional, por ejemplo, si el dolor sigue siendo significativamente elevado durante más de una semana a pesar de seguir el plan o si experimenta síntomas nuevos o alarmantes. Establecer umbrales claros le garantiza que la mayoría de los brotes se pueden controlar de forma independiente, al tiempo que le ofrece una red de seguridad.
- **Comunicarse con claridad y confirmar que ha entendido.** Utiliza un lenguaje sencillo, evita la jerga y divide la información en pequeños segmentos. Emplea metáforas y ayudas visuales: por ejemplo, dibuja una escalera de actividades para ilustrar la progresión gradual o una batería para representar las reservas de energía. Después de explicarlo, pide a María que demuestre o repita las instrucciones con sus propias palabras o acciones para asegurarse de que lo ha comprendido.
- **Realizar un seguimiento y refuerzo periódicos.** Al principio, programa revisiones semanales o quincenales para evaluar su progreso, ajustar el plan y responder a sus preguntas. Durante los seguimientos, revisa sus registros de síntomas y actividades y celebra los éxitos, por pequeños que sean (por ejemplo, que haya notado y controlado un brote o que haya dado un pequeño paseo todos los días). Si tiene dificultades con un paso concreto, resólvete juntos el problema, quizá dividiéndolo en tareas aún más pequeñas o buscando una alternativa más agradable. A medida que sus habilidades y su confianza aumenten, espaciad gradualmente los seguimientos a una vez al mes, manteniendo un canal de comunicación claro para las consultas. El apoyo continuo y el refuerzo positivo aumentan la autoeficacia, lo que fomenta la adherencia a largo plazo y la independencia. Con el tiempo, María aprenderá a controlar los brotes con menos ansiedad y menos visitas a la clínica, viéndolos como acontecimientos manejables en lugar de crisis.

Siguiendo este plan estructurado pero flexible, los profesionales sanitarios pueden ayudar a pacientes como María a manejar los brotes de fibromialgia con calma e independencia, fomentando la resiliencia y la confianza en sí mismos en su vida cotidiana.

4.3.2 Cómo lidiar con el desánimo de los demás: «¿Todavía tienes dolor?»

Raquel es una mujer de 42 años que sufre de dolor lumbar persistente y dolor musculoesquelético generalizado desde hace más de dos años. Aunque ha mejorado gracias a la dosificación de la actividad, al ejercicio suave y al manejo de los brotes, se siente desmoralizada cuando sus amigos, compañeros de trabajo e incluso su familia responden con incredulidad. Comentarios como «¿Todavía tienes dolor?» o «¿No deberías estar mejor ya?» le hacen sentir avergonzada e incomprendida. Estas interacciones aumentan su estrés y agravan sus síntomas. Pide consejo a su médico sobre cómo comunicarse de forma más eficaz con las personas de su entorno cuando no comprenden su enfermedad.



Plan de gestión integrado

- **Validación y replanteamiento.** El primer paso es validar la experiencia de Raquel. Reconoce que la invalidación social es un desafío común para las personas con dolor crónico y enfatiza que los comentarios desalentadores suelen reflejar falta de conocimiento más que falta de atención. Asegúrale que sus síntomas son reales y que sentirse molesta en tales situaciones es una reacción normal. Replantear estos comentarios como ignorancia en lugar de críticas personales reduce el riesgo de que dude de sí misma.
- **Apoyo en materia de alfabetización en salud para la comprensión y la evaluación.** Proporciona a Raquel explicaciones sencillas y precisas sobre el dolor crónico que pueda compartir con otras personas. Por ejemplo: «El dolor crónico no siempre no siempre está producido por una lesión. Mi sistema nervioso se ha vuelto más sensible, por lo que las señales de dolor continúan incluso cuando los tejidos no están dañados». Ensayad estas explicaciones en la clínica para que pueda practicar cómo transmitir las en un lenguaje sencillo. Esto mejora

su capacidad para evaluar qué explicaciones son más eficaces y aplicarlas en sus interacciones diarias.

- **Habilidades de comunicación asertiva.** Enseña a Raquel estrategias de comunicación específicas para manejar los comentarios desalentadores. Introduce la estructura “reconocer, explicar, redirigir”. Por ejemplo: «Sé que puede parecer sorprendente que mi dolor haya durado tanto tiempo. El dolor crónico suele persistir porque el sistema nervioso permanece sensibilizado. Estoy trabajando en estrategias que me mantengan activa». Anímalas a utilizar frases en primera persona, como «me siento desamparada cuando se cuestiona mi dolor», para expresar sus necesidades de forma clara y respetuosa. Procura que las respuestas sean breves y coherentes para evitar explicaciones innecesarias.
- **Preparación para situaciones previsibles.** Identifica los contextos en los que es probable que se produzca el desánimo, como las reuniones familiares o las conversaciones en el lugar de trabajo. Redactad juntos algunas respuestas listas para usar. Algunos ejemplos son «sí, el dolor sigue formando parte de mi vida, pero estoy aprendiendo a controlarlo mejor» para el entorno familiar, o «es continuo, pero tengo estrategias que me ayudan a mantenerme activa en el trabajo» para los compañeros de trabajo. Ensayar las respuestas reduce la ansiedad y evita que Raquel se vea sorprendida.
- **Movilizar aliados.** Anima a Raquel a identificar al menos a una persona de su entorno que le apoye y que pueda actuar como aliada. Compartir su plan de gestión o materiales educativos con esta persona le permitirá validarla en las conversaciones, reduciendo su necesidad de defenderse constantemente. Saber que tiene a alguien que la entiende puede reducir la tensión emocional.
- **Práctica con base psicológica.** Explora el impacto emocional de los comentarios invalidantes con la escucha reflexiva. Utiliza el reencuadre cognitivo para ayudarla a interpretar los comentarios de otra manera: «Estos comentarios muestran que los demás no entienden el dolor crónico, no que mi recuperación esté fallando». Enséñale estrategias de afrontamiento, como la respiración consciente, para gestionar las respuestas de estrés en el momento. Refuerza la autoeficacia destacando sus progresos actuales en cuanto a la dosificación de la actividad, al ejercicio y a la gestión de los brotes.
- **Seguimiento y refuerzo.** Organiza sesiones de seguimiento para revisar ejemplos reales de cómo Raquel manejó los comentarios desalentadores. Proporciona retroalimentación, refina las respuestas y celebra los pequeños éxitos, como mantener la calma durante una discusión familiar difícil. Este proceso genera confianza con el tiempo y reduce el impacto de la invalidación social en su bienestar.

Al validar el impacto emocional de los comentarios desalentadores, dotar a los pacientes de explicaciones sencillas y ensayar la comunicación asertiva, los profesionales sanitarios pueden transformar la invalidación social en oportunidades para la educación. Estas estrategias reducen el estrés, protegen la autoconfianza en sí mismo y ayudan a pacientes como Raquel a mantener su compromiso con el automanejo.

4.3.3 Mantener el progreso después del alta de la terapia

Martín es un contable de 50 años con antecedentes de dolor recurrente en el cuello y los hombros. Completó un programa estructurado de fisioterapia centrado en el control postural, el entrenamiento de fuerza y las estrategias de dosificación de la actividad. Al dar de alta, había logrado un progreso significativo, informando de una reducción del dolor y una mejor función. Sin embargo, admite sentirse inseguro sobre cómo mantener el progreso sin la estructura regular de las sesiones supervisadas. Le preocupa dejar de hacer ejercicio por completo o limitarse a la misma rutina de ejercicios de “rehabilitación”, que le resulta monótona. Martín pregunta cómo pasar de un programa clínico a actividades agradables a largo plazo que le mantengan motivado y eviten las recaídas.



Plan de gestión integrado

- **Consolidar la confianza en el automanejo.** Comienza revisando los progresos que Martín ha logrado durante la terapia y destaca las habilidades que ya posee, como dosificar la actividad, el reconocimiento de las primeras señales de alerta y la adaptación de los ejercicios. Haz hincapié en que se trata de habilidades transferibles que puede utilizar fuera de la clínica. La validación de sus progresos refuerza la autoeficacia y reduce el miedo a perder los logros una vez finalizado el seguimiento.
- **Cambiar la identidad de “paciente” a “persona”.** Explícale que ya no necesita enmarcar la actividad física solo como rehabilitación. Reformula su perspectiva para que el ejercicio y el movimiento se entiendan como parte de la vida normal y el bienestar. Utiliza una analogía como «tu rehabilitación fue como aprender a conducir con un instructor; ahora estás listo para conducir por tu cuenta, eligiendo las carreteras que te interesan». Esto reduce la

dependencia de las estructuras clínicas y le empodera para que se haga responsable de sus elecciones de actividad.

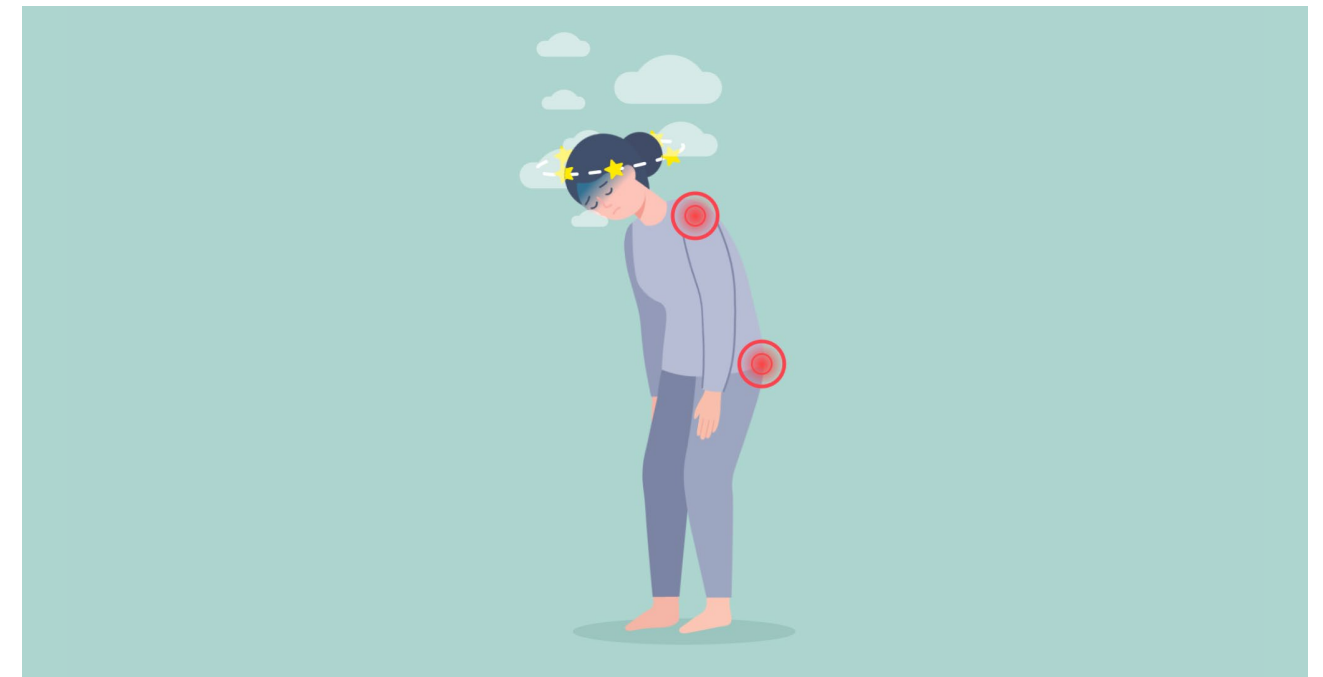
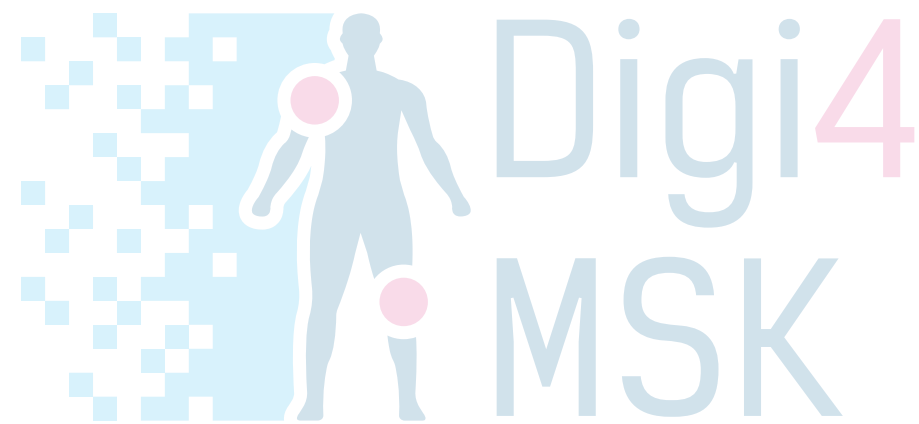
- **Identificar actividades significativas y agradables.** Trabaja con Martín para hacer una lista de las actividades que valora o que ha disfrutado en el pasado, como montar en bicicleta con amigos, nadar, bailar o hacer jardinería. Ayúdalo a evaluar cuáles son realistas y seguras, teniendo en cuenta su estado físico actual y sus preferencias. Fomenta la variedad, ya que las actividades agradables son más propensas a mantenerse a largo plazo que los ejercicios de rehabilitación repetitivos. Sugierele comenzar con dos o tres actividades que se ajusten a sus intereses y a su horario diario.
- **Establecimiento de objetivos y planificación para la integración.** Establece objetivos específicos y realistas que se centren en la participación más que en la eliminación de los síntomas. Por ejemplo: «Nadar dos veces por semana durante 20 minutos» o «unirse a un grupo ciclista comunitario semanal». Anímalo a integrar la actividad física en su vida diaria, como reuniones caminando en el trabajo o desplazamientos activos. Planificar cuándo, dónde y con quién realizará estas actividades aumenta la adherencia.
- **Introducir estrategias de progresión.** Enseña a Martín a progresar gradualmente ajustando la frecuencia, la intensidad y la duración. Por ejemplo, añade 5-10 minutos a una caminata cada dos semanas o aumenta lentamente la intensidad del ciclismo. Puedes sugerir el uso de una aplicación de ejercicio si ambos creéis que puede aumentar la adherencia y la motivación por el ejercicio. Esta progresión estructurada evita tanto el estancamiento como el esfuerzo excesivo.
- **Prevención de recaídas y gestión de los brotes.** Comenta la probabilidad de que los síntomas fluctúen después del alta y normaliza esto como parte del proceso. Repasa las estrategias para los brotes desarrolladas en la terapia: reducción a corto plazo de la carga de actividad, dosificación de la actividad y vuelta a los ejercicios básicos si es necesario. Proporciona directrices por escrito para que, si el dolor se intensifica, Martín sepa cómo responder sin o ni abandonar la actividad. Esto evita el ciclo de evitación y pérdida de forma física.
- **Mejorar los conocimientos sobre salud en la evaluación y la aplicación.** Proporciona orientación sencilla sobre cómo evaluar críticamente la información futura sobre salud, como las tendencias de fitness o los programas en línea, para decidir qué es fiable y adecuado. Anima a Martín a aplicar los principios que ha aprendido (progresión gradual, supervisión, dosificación) en lugar de adoptar los regímenes de "todo o nada" que se promueven en Internet. Invítale a aportar nuevas ideas en una visita de seguimiento para debatirlas.

- **Facilitar el apoyo comunitario y social.** Anima a Martín a conectar con grupos sociales que impliquen actividad física, como clubes deportivos locales, grupos de senderismo o clases de yoga. La participación social aumenta el disfrute, proporciona responsabilidad y refuerza el cambio de identidad de ser un paciente a ser una persona activa.
- **Planificar el seguimiento y el refuerzo.** Ofrece una cita de revisión después de 8 a 12 semanas para comprobar el progreso, resolver los problemas y ajustar los objetivos. En este punto, céntrate en celebrar las actividades que se han convertido en rutina y en discutir cómo mantener la motivación. Considera la posibilidad de realizar sesiones de refuerzo o revisiones digitales para fomentar la responsabilidad si Martín solicita apoyo adicional.

Al cambiar la identidad de paciente a persona activa, integrar actividades agradables y preparar estrategias de prevención de recaídas, los profesionales pueden ayudar a pacientes como Martín a continuar progresando más allá de la clínica. Esta transición de la rehabilitación estructurada a la participación significativa favorece la adherencia a largo plazo, la resiliencia y la calidad de vida.

4.3.4 Manejo de las respuestas emocionales al dolor crónico, como la frustración o la ansiedad

Sofía es una profesora de 38 años que padece dolor musculoesquelético crónico generalizado desde hace más de tres años. Aunque se ha beneficiado de la fisioterapia y ahora mantiene una rutina regular de caminatas, sigue luchando contra episodios de frustración, ansiedad y tristeza. A menudo se siente desanimada cuando el dolor limita su vida social o interfiere en su capacidad para seguir el ritmo del trabajo. Durante las consultas, Sofía admite que estas respuestas emocionales a veces le hacen evitar la actividad, lo que empeora sus síntomas. Le pregunta a su fisioterapeuta cómo puede afrontar mejor estos sentimientos sin depender únicamente de la medicación o esperar a recibir terapia psicológica especializada.



Plan de gestión integrado

- **Reconocer y validar las emociones.** Comienza por validar la experiencia emocional de Sofía. Deja claro que la frustración, la ansiedad y la tristeza son respuestas comunes y comprensibles cuando se vive con dolor persistente. La normalización reduce la vergüenza y le transmite que no está sola en estas dificultades.

- **Presencia terapéutica sólida.** En lugar de dar una charla sobre la ciencia del dolor cuando Sofía está angustiada, el terapeuta se centra en ser una presencia segura, estable y sólida. Esto significa escuchar sin apresurarse a “arreglar” las emociones, evitando mostrar frustración ante su angustia y manteniendo una actitud tranquila y consciente. Al modelar la estabilidad emocional, el terapeuta demuestra que los sentimientos difíciles pueden tolerarse y gestionarse, creando un espacio terapéutico en el que Sofía se siente segura para expresarse.
- **Práctica basada en la psicología.** Introduce herramientas sencillas y prácticas basadas en la terapia cognitivo-conductual. Enseñar a Sofía a detectar pensamientos inútiles como «nunca mejoraré» y explorar alternativas como «el progreso es lento, pero estoy mejorando mi resistencia». Fomenta la activación conductual: incluso en los días de bajo estado de ánimo, planifica pequeñas actividades gratificantes para reducir el aislamiento.
- **Técnicas de relajación y regulación del estrés.** Enseña habilidades que se puedan practicar en las sesiones y en casa, como la respiración diafragmática, la relajación muscular progresiva o breves prácticas de mindfulness. Demuestra alguna técnica en la clínica y pide a Sofía que la practique diariamente durante cinco minutos. Estas herramientas reducen la excitación, ayudan a regular las emociones y le dan una sensación de control.
- **Entrevista motivacional para abordar la evitación.** Cuando Sofía evite actividades debido a la frustración o la tristeza, explora la ambivalencia mediante una entrevista motivacional. Por ejemplo, pregúntale: «¿Qué crees que podrías ganar si saliera a dar un pequeño paseo, incluso en un día difícil?», y luego reflexiona su respuesta. Destaca lo que es importante para ella, como mantener la independencia y poder dar clases de manera eficaz, y vincúlalo a pequeños objetivos de actividad. Por ejemplo: «Has dicho que para ti es importante poder seguir el ritmo de tus alumnos. ¿Cómo crees que el ejercicio físico regular te puede ayudar con eso?». Este enfoque alinea la regulación emocional con el significado de la vida y favorece la adherencia.
- **Conocimientos sobre salud: aplicar y evaluar estrategias de afrontamiento.** Proporciona planes de acción escritos o “tarjetas de afrontamiento” que resuman los pasos a seguir cuando las emociones sean abrumadoras. Ejemplo: hacer una pausa, respirar, identificar el pensamiento, replantearlo y realizar una actividad valiosa. Anima a Sofía a llevar un diario breve en el que anote las estrategias que ha probado y su eficacia. Revísalo en las visitas de seguimiento, reforzando lo que ha funcionado y ajustándolo según sea necesario.
- **Principios de aceptación y compromiso.** Anima a cambiar el enfoque de “eliminar todo el dolor o la angustia” a “vivir bien a pesar del dolor y la angustia”. Explorad objetivos basados en valores: por ejemplo, asistir al evento escolar de su hija porque refleja su valor de la

conexión familiar, incluso si se siente incómoda. Esto fomenta la resiliencia y le ayuda a recuperar partes importantes de su vida.

- **Facilitar el apoyo social.** Anima a Sofía a compartir sus dificultades emocionales con un amigo o familiar de confianza, y a conectar con grupos de compañeros o comunidades de apoyo. La comprensión social ayuda a reducir la carga emocional del dolor crónico y refuerza las estrategias que está practicando.
- **Seguimiento y refuerzo.** Programa seguimientos periódicos para reforzar el uso de estas estrategias, celebrar los progresos y resolver los obstáculos. Destaca los éxitos, como reformular un pensamiento negativo o utilizar la respiración para calmarse antes de una situación estresante. Si el malestar emocional se intensifica significativamente, deriva a la paciente a un psicólogo o a un profesional de la salud mental, mientras continúa con fisioterapia como apoyo.

Al modelar una presencia terapéutica sólida e introducir herramientas psicológicas basadas en la evidencia, como estrategias de terapia cognitivo-conductual, relajación, la entrevista motivacional y principios de aceptación, los profesionales sanitarios pueden abordar el malestar emocional sin salirse de su ámbito de competencia. Esto empodera a pacientes como Sofía para regular su frustración, ansiedad y tristeza, lo que favorece la actividad sostenida y el bienestar general.

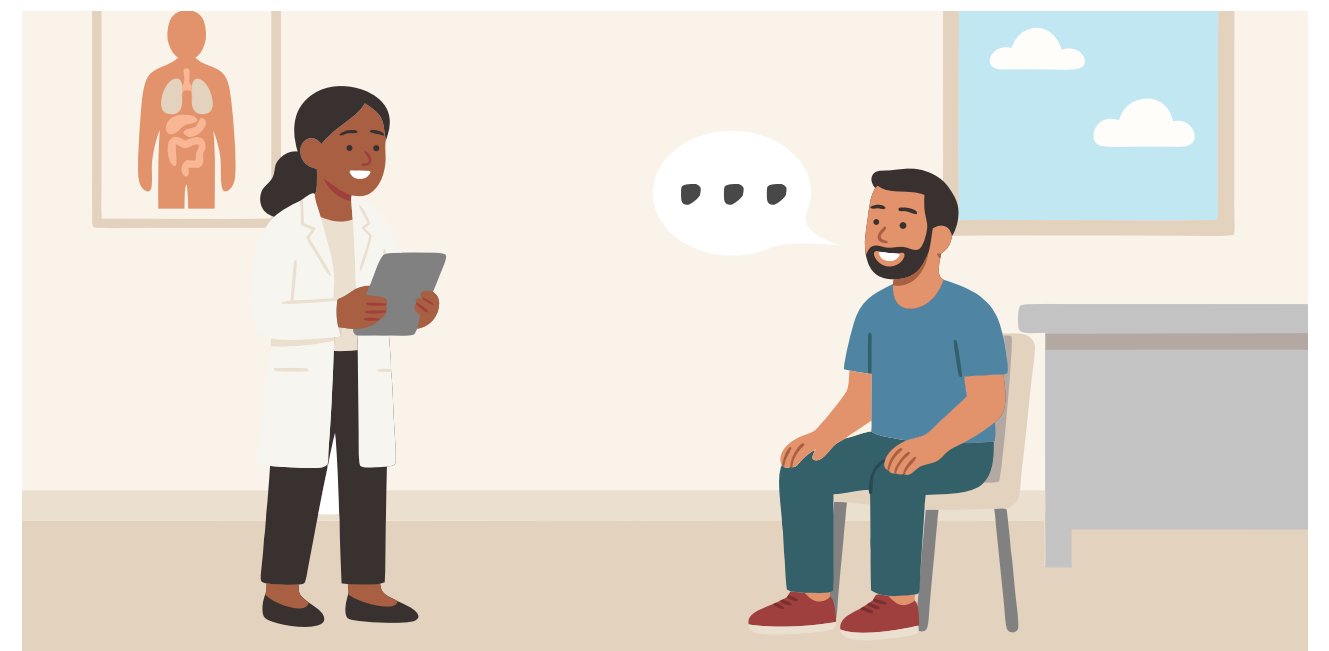


4.4. Trabajo y dolor

En este último grupo de viñetas se presentan ejemplos de cómo abordar la toma de decisiones sobre la reincorporación al trabajo, la comunicación en el lugar de trabajo y las estrategias para lidiar con el dolor persistente en entornos laborales.

4.4.1 Regreso seguro al trabajo

Jorge es un trabajador de una fábrica textil de 45 años con un historial de seis meses de dolor en el hombro derecho, diagnosticado como tendinopatía del manguito rotador. Su trabajo requiere movimientos repetitivos por encima de la cabeza, como colgar prendas en estantes altos, junto con otras tareas físicamente exigentes. Tras un periodo de fisioterapia, ha recuperado gran parte de su fuerza y movilidad, pero sigue experimentando un dolor leve a moderado al realizar actividades por encima de la cabeza. Jorge ha recibido el alta médica para reincorporarse parcialmente al trabajo, pero tiene miedo. Le preocupa que utilizar el brazo antes de que el dolor haya desaparecido por completo le provoque una nueva lesión y daños permanentes. Este miedo le ha llevado a evitar muchas actividades cotidianas y le preocupa no poder seguir el ritmo de trabajo o decepcionar a sus compañeros. Pregunta a su fisioterapeuta si es seguro volver al trabajo con algo de dolor y cómo gestionar los riesgos.



Plan de gestión integrado

- **Validar sus preocupaciones y tranquilizar.** Reconoce que los temores de Jorge son comunes y comprensibles para los trabajadores con lesiones musculoesqueléticas. Tranquilízalo diciéndole que su progreso demuestra que su hombro está razonablemente sano a pesar del dolor y que es normal sentir algunas molestias durante la recuperación. Puedes comentar ideas como que el dolor puede deberse a una irritación temporal, más que una lesión crónica.
- **Evidencia de la ciencia ocupacional: importancia de la participación en el trabajo.** Resume los hallazgos de la ciencia ocupacional y la rehabilitación de que el regreso temprano o parcial al trabajo es generalmente beneficioso, incluso con algo de dolor o una recuperación incompleta. Permanecer conectado al trabajo ayuda a mantener la función, previene el desacondicionamiento y reduce el riesgo de discapacidad a largo plazo. Las investigaciones indican que esperar a que el dolor desaparezca por completo antes de regresar es innecesario e incluso puede ser contraproducente.
- **Planificar el regreso parcial y la adaptación al lugar de trabajo.** Colabora con Jorge y su empleador para implementar un programa de regreso gradual al trabajo. Puede comenzar con horas reducidas o tareas más ligeras que limiten las tareas sostenidas por encima de la cabeza, como trabajar a la altura de la cintura o utilizar equipos de asistencia. Los ajustes deben ser temporales y reevaluarse periódicamente. Este enfoque equilibra la actividad con la protección y refuerza la idea de que puede realizar un trabajo significativo de forma segura mientras se recupera.
- **Exposición gradual y rehabilitación específica para cada tarea.** En fisioterapia, diseña ejercicios que reproduzcan gradualmente las exigencias de su trabajo. Comienza con cargas más ligeras y alcances más bajos, y luego aumenta progresivamente el peso, las repeticiones y la altura de las tareas. Cada paso exitoso demuestra que su hombro puede tolerar más carga. Esta exposición gradual reduce el miedo, mejora la confianza y acondiciona el hombro para las exigencias reales de la fábrica textil.
- **Práctica con base psicológica.** Utiliza técnicas de entrevista motivacional para explorar la ambivalencia («¿qué beneficios ves en volver a trabajar a tiempo parcial, aunque el hombro aún no esté perfecto?»). Identifica y reformula los pensamientos inútiles en perspectivas más adaptativas, como “el dolor leve es parte de la recuperación de la fuerza”. Refuerza los éxitos con comentarios positivos, destacando el progreso tanto en la fuerza como en la función. Introduce técnicas sencillas de gestión del estrés, como la respiración nasal, lenta y profunda, para ayudarle a controlar la ansiedad antes de realizar tareas físicamente exigentes.

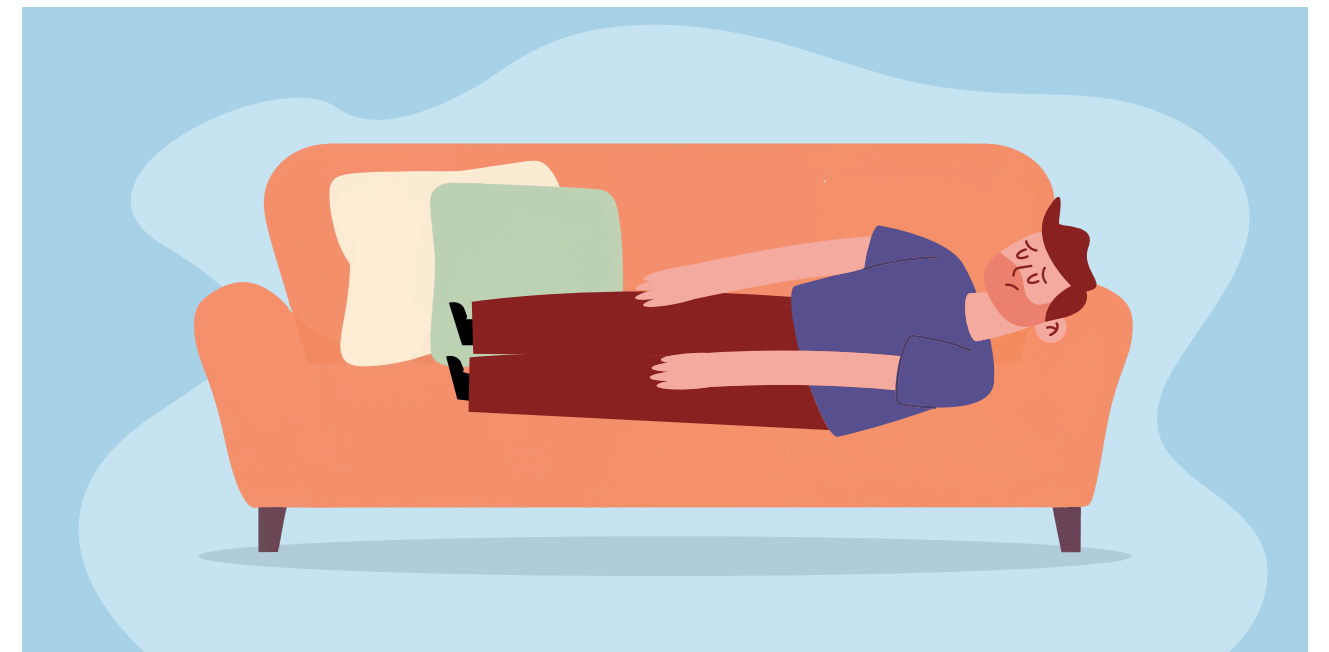
- **Conocimientos sobre salud: comprender y evaluar la participación en el trabajo.** Proporciona explicaciones claras y en lenguaje sencillo sobre por qué el regreso parcial es seguro y eficaz. En cualquier caso, tratar de adaptar el contenido de las explicaciones a la principales inquietudes de Jorge. Utiliza analogías como «tu tendón es como un músculo que se fortalece cuando se le exige gradualmente, no cuando se descansa por completo». Emplea la técnica de retroalimentación para confirmar que Jorge puede explicar el plan y el razonamiento con sus propias palabras. Anímalo a evaluar críticamente los nuevos consejos que pueda escuchar de sus compañeros o en Internet preguntándole: “¿Es fiable la fuente? ¿Coincide con lo que sabemos por las pruebas?”
- **Colaboración y seguimiento.** Concertad citas de seguimiento periódicas para revisar los síntomas, ajustar los ejercicios de rehabilitación y perfeccionar las adaptaciones laborales. Si se producen contratiempos, tranquiliza a Jorge diciéndole que forman parte del proceso y ajusta el plan en lugar de interrumpir su participación en el trabajo.

Al validar las preocupaciones, basar las recomendaciones en la ciencia ocupacional e integrar la rehabilitación gradual con la colaboración en el lugar de trabajo, los profesionales sanitarios pueden ayudar a trabajadores como Jorge a volver de forma segura y con confianza a un empleo significativo. Apoyar el regreso parcial al trabajo, incluso con algunas molestias, no solo reduce el miedo a volver a lesionarse, sino que también refuerza la identidad, la función y la recuperación a largo plazo.



4.4.2 Confundir la actividad ocupacional con el ejercicio: un trabajador de un matadero con dolor

Juan es un trabajador de matadero de 44 años que lleva 20 años empleado en el procesamiento de carne. Su trabajo implica movimientos repetitivos de las extremidades superiores, cortar, levantar y trabajar en entornos fríos, con períodos de descanso mínimos. Presenta un dolor persistente en el cuello y los hombros que empeora al final de sus turnos. Juan tiene una buena forma física general y fuerza muscular, pero se siente frustrado porque, a pesar de estar “activo todo el día”, sigue sintiendo dolor. Cuando el fisioterapeuta le sugiere un programa de ejercicios personalizado, él responde con escepticismo: «¿Por qué necesitaría más ejercicio? Levanto cargas pesadas todo el día, ¿no es suficiente?». Él asocia el ejercicio únicamente con el esfuerzo físico y no ve cómo podría reducir el dolor. Su preocupación también es práctica: se siente fatigado después del trabajo y le preocupa que el entrenamiento adicional empeore su dolor o le reste tiempo para estar con su familia.



Plan de gestión integrado

- **Reconocer la experiencia y validar la perspectiva.** El fisioterapeuta comienza reconociendo el duro trabajo físico y el cansancio de Juan. La validación («ya realizas un trabajo muy exigente; es lógico que te sientas cansado y no estés seguro de poder hacer más») ayuda a reducir la actitud defensiva. Este enfoque genera confianza y posiciona al fisioterapeuta como un aliado en lugar de un instructor.

- **Aclarar la distinción entre carga ocupacional y movimiento terapéutico.** Explica que, aunque su trabajo es físicamente exigente, implica tareas repetitivas, de gran esfuerzo y unilaterales que sobrecargan ciertos tejidos y dejan otros infrautilizados. La carga física ocupacional suele ser monótona y carece de la variabilidad, el control y la recuperación que el cuerpo necesita para adaptarse y curarse. Utiliza analogías accesibles: «Tu trabajo mantiene fuertes algunos músculos, pero sobrecarga otros, como conducir un coche que solo gira en una dirección». Esto replantea el ejercicio terapéutico no como “más trabajo”, sino como un reequilibrio del cuerpo para mejorar la resistencia y la recuperación.
- **Apoyo a la alfabetización en salud: replanteamiento de las creencias sobre el ejercicio y el dolor.** Proporciona información clara y en lenguaje sencillo sobre cómo el ejercicio puede reducir el dolor a través de mecanismos distintos al simple fortalecimiento, como la mejora de la circulación, la coordinación y la modulación del dolor en el sistema nervioso. Haz hincapié en que “el ejercicio para aliviar el dolor” es diferente del “ejercicio para mejorar el rendimiento”. Invita a Juan a reflexionar: «Ya sabes que tu cuerpo puede trabajar duro; estos ejercicios son para ayudarlo a recuperarse mejor, de modo que el trabajo del día siguiente te resulte más fácil». Asegurarte de que puede explicar la diferencia con sus propias palabras.
- **Diseñar ejercicios de recuperación de baja intensidad.** Introduce un programa eficiente en cuanto al tiempo que complementa, en lugar de competir, con las exigencias de su trabajo. Céntrate en la movilidad, el control motor y el equilibrio suave de la fuerza, por ejemplo: ejercicios de movilidad escapular y torácica, trabajo de baja carga del manguito rotador y la cadena posterior, y breves sesiones de estiramiento o respiración durante los descansos. Presenta esto como una recuperación activa en lugar de un entrenamiento adicional. Comience con dosis muy cortas y manejables (5-10 minutos al día), mostrando que incluso los pequeños esfuerzos pueden tener efectos tangibles en la comodidad y la resistencia.
- **Utilizar entrevistas motivacionales para abordar la ambivalencia.** Explora las dudas de Juan con preguntas abiertas: «¿Qué crees que podría pasar si tu dolor de hombro sigue igual durante otros seis meses?» o «¿qué te facilitaría probar este plan durante una semana?». Reflexiona sobre sus respuestas y refuerza sus valores: mantenerse fuerte para el trabajo, conservar los ingresos y disfrutar del tiempo en familia. Presenta los ejercicios como herramientas que sirven a estas prioridades, en lugar de extras opcionales. Este enfoque basado en valores ayuda a interiorizar la motivación.
- **Aplicar los principios de exposición gradual y ritmo.** Si Juan evita ciertos movimientos debido al dolor o la fatiga, integra la exposición gradual en las sesiones de fisioterapia. Por

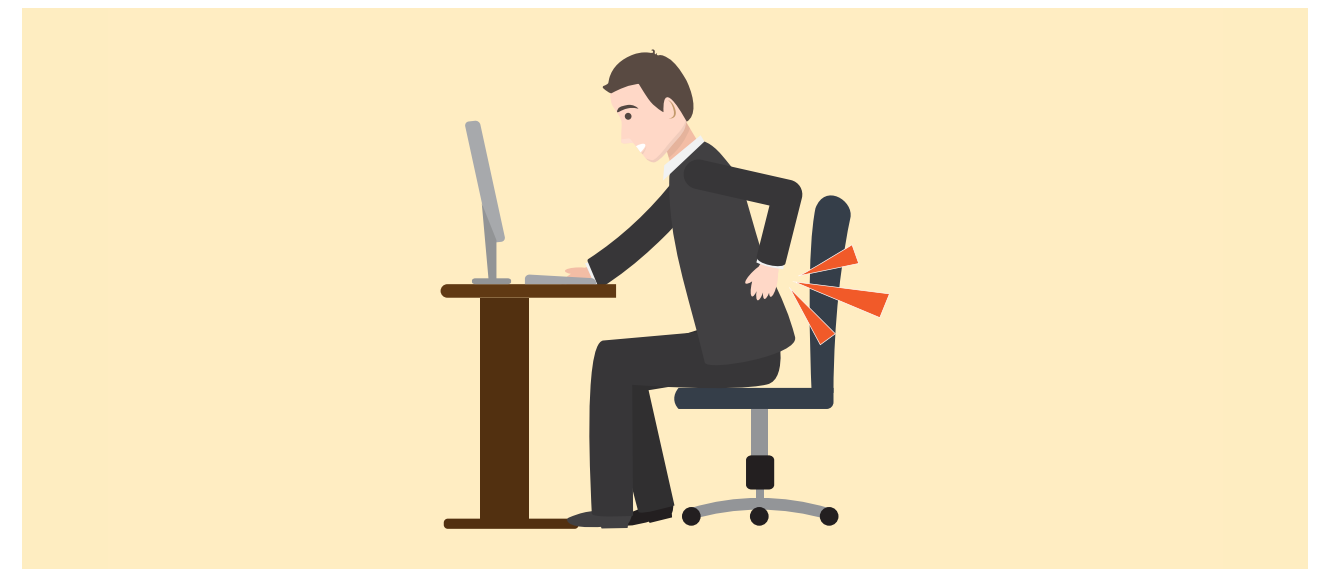
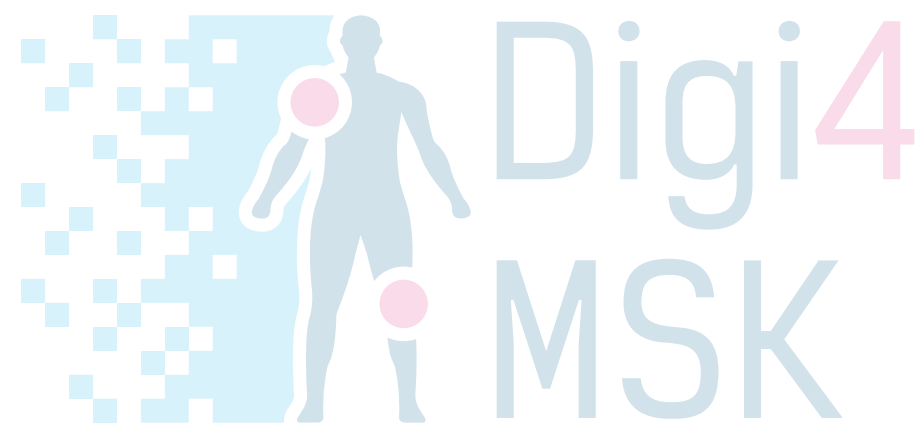
ejemplo, se pueden introducir gradualmente movimientos controlados por encima de la cabeza o abducciones con resistencia para demostrar la seguridad. Fomenta las estrategias de dosificación de la actividad en el trabajo: alternar las manos cuando sea posible, tomar microdescansos y realizar breves reajustes de movilidad entre tareas repetitivas. Explica que la variación y la recuperación, y no solo la fuerza, determinan la resistencia a largo plazo.

- **Aprovechar la colaboración ocupacional y las estrategias ergonómicas.** Cuando sea posible, involucra al representante de salud del lugar de trabajo para revisar la ergonomía del puesto de trabajo o la variabilidad del flujo de trabajo. Pequeños cambios, como ajustar la altura de corte, la programación de descansos o la rotación de tareas repetitivas, pueden reducir la tensión de los tejidos y hacer que el mensaje terapéutico sea coherente en todos los contextos. Estos ajustes demuestran que el objetivo es la participación sostenible en el trabajo, no la supresión temporal del dolor.
- **Hacer un seguimiento y refuerzo del progreso.** Programa seguimientos cada dos o cuatro semanas para revisar los síntomas, el cumplimiento y las barreras. Utiliza métricas tangibles (menos picos de dolor al final del turno, mejor sueño o menor uso de medicamentos) para destacar el progreso. Refuerza los éxitos con comentarios positivos («has conseguido encajar los ejercicios incluso después de turnos largos, lo que demuestra tu compromiso»). Ajusta el programa según sea necesario, añadiendo variedad o breves ejercicios de resistencia para mantener el interés.

Al distinguir la carga a causa del trabajo del movimiento terapéutico, reconocer la fatiga y replantear el ejercicio como recuperación en lugar de trabajo adicional, los profesionales pueden ayudar a los trabajadores físicamente activos como Juan a ver el valor del automanejo estructurada. La combinación de entrevistas motivacionales, exposición gradual y colaboración ergonómica les permite superar el escepticismo, desarrollar resiliencia y mantener su capacidad para realizar trabajos físicos exigentes.

4.4.3 Malentendidos sobre la ergonomía: lo que ofrece y lo que no ofrece para el dolor

Manuel, un representante de atención al cliente de 40 años, ha desarrollado molestias difusas en el cuello y la zona lumbar durante el último año. Se sienta casi continuamente en su escritorio, creyendo que sentarse "correctamente" es vital para proteger su columna vertebral. Después de ver anuncios en las redes sociales, compró una costosa silla "ergonómica", una camiseta rígida para corregir la postura y un sensor portátil que vibra cuando se encorva. También lleva un cinturón de soporte lumbar cada vez que levanta la compra, convencido de que doblar la espalda es peligroso. A pesar de estos artilugios, se siente rígido y preocupado; evita agacharse para coger a su hijo pequeño y pasa largos periodos de tiempo en la misma posición, por miedo a que el movimiento empeore su dolor. Su ansiedad le ha llevado a buscar más dispositivos en lugar de realizar actividad física en general.



Razonamiento basado en la evidencia

- **No existe una postura o forma de levantar peso "correcta" que evite el dolor.** La creencia de que el dolor de columna se debe a una postura "incorrecta" está muy extendida, pero las investigaciones no muestran pruebas sólidas de que evitar una postura "incorrecta" al sentarse prevenga el dolor lumbar o de que alguna curvatura específica de la columna esté asociada al dolor. Las personas con dolor de espalda se inclinan menos y activan más los músculos del tronco durante el movimiento, y un mayor miedo y una baja autoeficacia están relacionados con movimientos cautelosos¹.

- **Estar sentado de forma estática durante mucho tiempo sobrecarga los tejidos;** la clave está en la variación. Permanecer sentado de forma continua puede causar fatiga muscular y sobrecargar el sistema musculoesquelético. La ergonomía se centra en adaptar el entorno y la organización del trabajo para permitir cambios de posición, lo que reduce las molestias y mejora el bienestar.
- **Las intervenciones ergonómicas multicomponentes ayudan;** los dispositivos por sí solos no. Alternar entre estar sentado y de pie cada 30 minutos puede disminuir la fatiga y las molestias de espalda, al tiempo que se mantiene la productividad. El ejercicio breve supervisado, junto con la orientación ergonómica, también puede reducir el dolor y las molestias. Por el contrario, los monitores de postura portátiles y las camisetas correctivas carecen de evidencia científica².

Plan de gestión integrado

■ Implementación del automanejo

- **Evaluación y objetivos.** Explora las creencias de Manuel sobre la postura y el levantamiento de peso y evalúa su puesto de trabajo, sus patrones de postura al sentarse, sus niveles de actividad física y los factores psicosociales. Identifica objetivos significativos (por ejemplo, jugar cómodamente con su hijo, confianza al levantar peso).
- **Disipar mitos y generar confianza.** Explícale que la columna vertebral es robusta y que no existe una única postura "correcta". Haz hincapié en que existe una variabilidad natural y que la comodidad es más importante que la rigidez. Aclárale que inclinarse o encorvarse no es intrínsecamente perjudicial; mover la columna vertebral en todo su rango de movimiento nutre los tejidos y aumenta la resistencia.
- **Fomentar la variedad de movimientos.** Ajusta el puesto de trabajo para permitir cambiar entre estar sentado y de pie. Sugierele microdescansos (estar de pie, caminar o estirarse cada 30-45 minutos) y cambiar la inclinación de la silla para evitar una carga estática prolongada.
- **Promover la actividad física.** Desarrolla un plan de actividad gradual que incluya ejercicio aeróbico (caminar, montar en bicicleta, nadar) y ejercicios de movilidad de la columna vertebral. Destaca que la combinación de ejercicio y orientación ergonómica reduce el dolor. Introduce tareas de flexión y levantamiento en diversas posturas para reducir el miedo.
- **Estrategias pragmáticas para levantar peso.** Enséñale a planificar los levantamientos (despejar el espacio, mantener la carga cerca), utilizando las caderas y las piernas, y probando técnicas de inclinación, sentadilla y semisentadilla. Haz hincapié en que no hay pruebas de que mantener la espalda recta prevenga el dolor. Para cargas pesadas, sugierele ayudas mecánicas o levantamientos en equipo y desaconseje el uso de cinturones.
- **Reducir la dependencia de los dispositivos.** Comenta la escasa evidencia sobre las camisetas y sensores que corrigen la postura y anima a Manuel a centrarse en la variedad de movimientos.

■ Estrategias de educación sanitaria por ámbito de alfabetización en salud

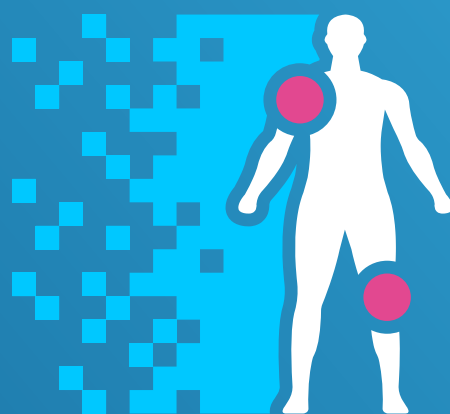
- **Comprender.** Utiliza un lenguaje sencillo para explicar que los mitos sobre la postura persisten a pesar de la falta de pruebas. Aclara que la comodidad, la variedad y la confianza en el movimiento son más importantes que mantener una posición "perfecta".
- **Acceso.** Proporciona recursos fiables, como las guías clínicas de las agencias de salud laboral sobre la configuración de los puestos de trabajo y las pausas para realizar actividades, y desalienta la dependencia de las afirmaciones publicitarias.
- **Valorar.** Enseña a Manuel a evaluar de forma crítica las afirmaciones sobre los dispositivos para la postura. Destaca que la mayoría de los dispositivos portátiles y las camisetas correctoras son prototipos y carecen de pruebas a largo plazo.
- **Aplicar.** Demuestra cómo ajustar la altura de la silla, la distancia del monitor y el respaldo del asiento; practicar microdescansos y posiciones variadas para sentarse. Pídele cosas como «muéstrame cómo configurarías tu escritorio» para asegurarte de que se ha entendido. Fomenta la aplicación de técnicas de levantamiento cómodas en lugar de reglas rígidas.

■ Práctica basada en la psicología

- **Desarrollar la autoeficacia y la resiliencia.** Ayuda a Manuel a establecer expectativas realistas y a reconocer las mejoras (aumento del tiempo de juego con su hijo, reducción de la dependencia de los dispositivos). Enseña estrategias para gestionar los brotes —el aumento temporal del dolor no significa que haya daño— y ajustar las actividades en lugar de recurrir al descanso.
- **Conseguir apoyo en el lugar de trabajo.** Si el contexto acompaña, ponte en contacto con su empleador para implementar modificaciones ergonómicas (escritorio para trabajar sentado o de pie, equipo ajustable) y descansos programados para moverse. Se ha demostrado que el apoyo de la organización a estas intervenciones reduce los síntomas y mejora las condiciones psicosociales.

Esta viñeta subraya que la ergonomía consiste en adaptar los entornos a las personas y promover la variedad de movimientos, no en imponer reglas rígidas de postura. Educar a los pacientes sobre la robustez de la columna vertebral, fomentar los cambios frecuentes de posición y la actividad física, y abordar el miedo al movimiento son fundamentales para reducir el dolor y mejorar la función.

1. Slater D, et al. J Orthop Sports Phys Ther. 2019. <https://doi.org/10.2519/jospt.2019.0610>
2. Soares C, et al. Rev Bras Med Trab. 2023. <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2023-770>



Digi4 MSK



digi4msk.eu/



info@digi4msk.eu



Cofinanciado por
la Unión Europea

Financiado por la Unión Europea. Las opiniones y puntos de vista expresados solo comprometen a su(s) autor(es) y no reflejan necesariamente los de la Unión Europea o los de la Agencia Ejecutiva Europea de Educación y Cultura (EACEA). Ni la Unión Europea ni la EACEA pueden ser considerados responsables de ellos. ERASMUS-EDU-2022-PI-ALL-INNO: Proyecto n.101111708