

Fisioterapia en Atención Primaria y Comunitaria

Desarrollo del rol gestor

Visita nuestros campamentos:



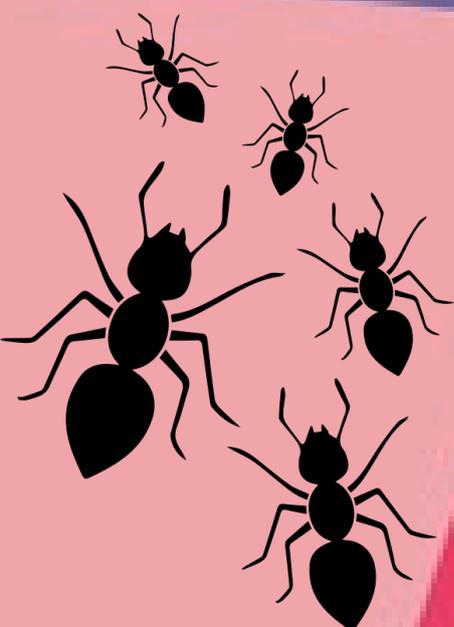
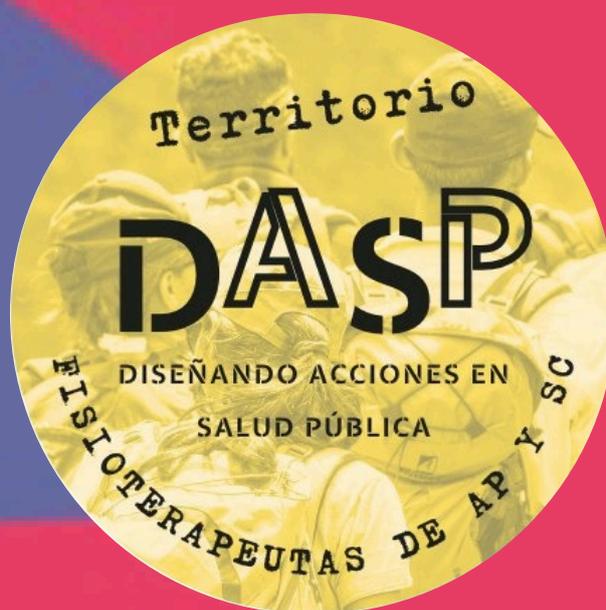
UNIVERSIDAD Y ONBOARDING
IAP Y VIERNES PRESUMIDOS
RELACIONES CON INSTITUCIONES



DOLOR CRÓNICO
ENVEJECIMIENTO ACTIVO
HÁBITOS SALUDABLES



DASPEDIA
EQUIPO DE SEGUIMIENTO
EQUIPO DE IMPLEMENTACIÓN
FUTURAS TIERRAS?



II Congreso Internacional Afrontamiento Activo del dolor

Territorio DASP

Nuestra comuniDASP de aprendizaje (2025-2030)

comunidaspdeaprendizaje7.webnode.es

Editorial

DESARROLLO DEL ROL GESTOR

ABRACEMOS LA GESTIÓN Y SU CAMBIO DE PARADIGMA
GESTIÓN TERRITORIO DASP



Tierra de los exploradores

UNIVERSIDAD Y ONBOARDING
IAP Y VIERNES PRESUMIDOS
RELACIONES CON INSTITUCIONES



Tierra del aprendizaje activo

DOLOR CRÓNICO
ENVEJECIMIENTO ACTIVO
HÁBITOS SALUDABLES



Reino de los encuentros

DASPEDIA
EQUIPO DE SEGUIMIENTO
EQUIPO DE IMPLEMENTACIÓN
FUTURAS TIERRAS? Gestión, arte...



DESARROLLO DEL ROL GESTOR

Editorial

Tirso Docampo



Territorio DASP nació de camino al “I Congreso Internacional de Afrontamiento Activo del dolor de Valladolid. Memorial Miguel Angel Galán”. Corría el año 2022 y tres años después, seguimos apoyándonos en un **momento clave para la reestructuración del sistema sanitario, del primer nivel asistencial y de la fisioterapia pública.**

Durante estos años, hemos emergido hacia la comunitaria, algunas universidades han dado un paso firme hacia la fisioterapia de atención primaria y comunitaria introduciéndola en sus planes de estudio, las Unidades de Estrategias de Afrontamiento Activo comienzan a ser una realidad en algunos territorios, los fisioterapeutas del primer nivel asistencial empezamos a hacer redes y organizar cursos y jornadas, vamos reestructurando carteras de servicio, dando forma

a funciones de los gestores en fisioterapia, alineándonos con los planes de acción del ministerio, han surgido nuevas plazas de fisioterapia de APySC etc.

Estamos en un momento de afloramiento (ese fenómeno de la Ría de Vigo de la que os hablábamos en la III QuedaDASP) y los fisioterapeutas clínicos del primer nivel asistencial nos vamos colocando poco a poco en aguas interdisciplinares, con mejor temperatura y más nutrientes, abriéndonos paso por diferentes comisiones de las Gerencias locales y autonómicas, mientras nos acompañamos desde la ComuniDASP de aprendizaje 2025-2030.

Es un placer para nosotros volver a estar presencialmente en el II Congreso Internacional de Afrontamiento Activo del dolor y entre nuestros objetivos están el seguir aprendiendo sobre el abordaje del dolor persistente, presentarnos el número 2 de la revista de Territorio DASP que ya tienes entre manos, establecer **un punto de encuentro y traslado de información desde nuestro stand del congreso sobre un nuevo proyecto semiguado de hábitos saludables** y volver a reencontrarnos para seguir construyendo puentes que tendremos ya que empezar a cruzar.

Con el proyecto semiguado promoveremos mejores hábitos tanto para nuestras comunidades en las que participamos desde las UFAP, así como para las redes interdisciplinares de los centros de salud en los que estamos integrados. Así que esperamos que sea todo un éxito durante este 2025-2026.

En esta segunda revista, antes de hablaros de cómo han ido algunos de los campamentos de nuestra ComuniDASP de aprendizaje, vamos a seguir poniendo el foco en la Gestión. Como ya os comentábamos en el adelanto que hicimos en primavera, sin una buena gestión de la fisioterapia no se podrán consolidar los cambios que necesitamos impulsar para poder desarrollar todas nuestras competencias a nivel clínico.

“Aprendemos rápido” es nuestro lema para acercarnos a la gestión. Actualmente, la gran mayoría de fisioterapeutas coordinadores del primer nivel asistencial no son cargos oficiales y esto es un verdadero hándicap que necesita reestructurar nuestro sistema sanitario y en el que a nosotros también nos toca una parte en este desafío: **Necesitamos tener muchas conversaciones para hablar un mismo idioma de**

5. Los roles de gestión en fisioterapia se van oficializando, se va posicionando mejor la profesión y puedes crecer haciendo crecer: “Bailando con el sistema” (Donella Meadows), explorando, aprendiendo...

4. Agradeces a todos los que hacen camino/han hecho camino, soñando en grande, para que una gestión funcional de la fisioterapia pública se haga realidad

3. Te comprometes y aprendes sobre gestión operativa y gestión estratégica

2. Algo hace “clic” y conectas con la gestión y todo lo que puede aportar a los pacientes y compañeros

1. Te encuentras con la gestión



gestión desde el que poder entendernos y hacernos entender. Necesitamos ir integrando conceptos y metodologías sobre gestión y liderazgo. Pero no lo olvidéis: “Aprendemos rápido”.

Me vais a dejar aprovechar estas líneas para acercaros la distinción entre dos conceptos que creo que nos llevan a la confusión y que es importante clarificar: **Diseño de la intervención y Diseño experimental.** Porqu es importante entender que no siempre necesitamos investigar para poner proyectos en marcha.

Muchos de nuestros abordajes ya están validados y tienen mucha investigación detrás. A veces, lo que nos falta es solamente implementar, trasladar ese conocimiento a la práctica clínica, dedicando los recursos a las actividades que sabemos aportan valor

y son de impacto para la salud poblacional. Para ello necesitaremos siempre la ayuda de cargos oficiales en gestión de la fisioterapia, que entiendan el sentido de estas propuestas y conozcan dónde está el máximo nivel de las competencias de los fisioterapeutas, para que las apoyen y las defiendan allí donde se realiza la verdadera **GESTIÓN** de los recursos públicos. ¿Y quién podría hacer mejor esta labor que los propios fisioterapeutas gestores, conocedores máximos de lo que supone ser fisioterapeuta a nivel clínico para dar respaldo a todas esas iniciativas que surjan desde los clínicos?

Tremendamente agradecido de compartir con vosotros/as muchas de las inquietudes que me rondan y os deseo mucho aprendizaje y que disfrutéis en este II Congreso de Afrontamiento Activo de dolor. ¡Nos vemos!



Diseño de la intervención Clínicos

El diseño de la intervención define el **contenido y la estructura del tratamiento** (qué se va a hacer, con qué frecuencia, qué duración va a tener, el nivel de intensidad, uso de técnicas específicas etc)

Su enfoque es clínico o terapéutico.

*En fisioterapia:

Diseñar la intervención significa decidir qué ejercicios, qué técnicas manuales, qué modalidades físicas, la frecuencia del tratamiento, la modalidad de atención -grupal, individual, telemática etc- se van a usar.

*Ejemplo:

Una intervención para pacientes con lumbalgia crónica podría incluir:

- * 3 sesiones semanales de 45 minutos durante 6 semanas
- * Ejercicios de estabilización lumbar
- * Estiramientos isquiotibiales
- * Educación sobre higiene postural

Posibles ayudas: Unidades de calidad de las Áreas Sanitarias, uso de guías de buenas prácticas, acciones definidas en los planes de acción, creación de equipos interdisciplinares, contacto con roles gestores...



Diseño experimental Investigadores

Se refiere al **tipo de estudio** que se emplea para evaluar la efectividad de una intervención. Incluye la asignación de grupos, controles, aleatorización de las intervenciones, estudios cegados, etc.

Su enfoque es metodológico/estadístico.

*En fisioterapia:

Diseñar el experimento significa definir cómo vas a probar si tu intervención funciona.

*Ejemplo:

Para evaluar la efectividad del programa de lumbalgia:

- * Estudio aleatorizado controlado (EAC o RCT)
- * Grupo intervención (ejercicios + educación) vs. grupo control (educación solo)
- * Medición de dolor y función antes y después del tratamiento
- * Evaluador ciego a la asignación

Posibles ayudas: Unidades de docencia e investigación de las Áreas Sanitarias, Institutos de Investigación Sanitaria, universidades, grupos de investigación

ABRACEMOS LA GESTIÓN Y SU CAMBIO DE PARADIGMA

Feedbacks al suplemento sobre gestión y más...

Mayte Muñoz



Este anticipo de la revista, destaca de forma clara **la necesidad de una evolución hacia una gestión más funcional y estratégica** de nuestra profesión dentro del Sistema Nacional de Salud. Es un documento inspirador que gracias a la analogía con las hormigas, pone el foco en la capacidad de trabajo de los equipos para superar desafíos individuales y refuerza la idea de la importancia de la colaboración.

En cuanto al modelo de gestión operativo y estratégico, presenta una distinción muy acertada. Mientras que la gestión operativa se centra en el día a día, la gestión estratégica mira hacia el futuro y busca **un mejor posicionamiento de la profesión**. En mi opinión, se podría enfatizar la necesidad de obtener datos y medir resultados relacionados con el impacto que la profesión tiene dentro del Sistema de Salud, para poder justificar la necesidad de esta gestión estratégica. Sin **datos** que respalden la efectividad de los programas de fisioterapia y la necesidad de recursos, es difícil lograr un cambio estratégico.

Se podría profundizar en la **formación** específica que necesitan los fisioterapeutas para desarrollar habilidades de gestión y planificación de proyectos, negociación, comunicación y otros temas necesarios para mejorar los roles de gestión.

Para el **mapeo** de nuestro Sistema de Salud sería necesario que los servicios de fisioterapia de los distintos niveles de asistencia se interrelacionaran. Que se pudieran **identificar los cargos formales e informales en los que participan los fisioterapeutas**. Respetar los circuitos de derivación de pacientes y su acceso a los diferentes servicios de fisioterapia. Conocer y localizar los fisioterapeutas existentes dentro del sistema de salud. Conocer los programas y

Haz clic en la imagen
para acceder al
suplemento sobre gestión



proyectos llevados a cabo por fisioterapeutas de cada región. Y visibilizar las redes colaborativas entre fisioterapeutas a nivel nacional.

Respecto a los puntos de apalancamiento descritos en este avance de la revista, ayudaría priorizar los diferentes puntos según su impacto más o menos significativos a corto, medio o largo plazo para nuestra profesión. Tal vez, proporcionar ejemplos más concretos en el contexto de la fisioterapia en AP y SC y elaborar **indicadores** que permitan evaluar las intervenciones en cada punto de apalancamiento.

El contenido de la revista da una visión optimista para crear ese cambio dentro de la profesión que nos permita crecer también en este campo de la gestión desde la colaboración y el trabajo en equipo pero siendo conscientes de los desafíos existentes mencionados en este documento (falta de estructuras formales, resistencias al cambio, necesidad de adquisición de nuevas competencias...)

Gracias Goretti y Tirso por vuestro trabajo e implicación. Gracias por esa visión de futuro para que la fisioterapia AP y SC esté plenamente integrada en la estructura del Sistema Nacional de Salud.

Ana Bella Castaño



Es primordial contar con responsables oficializados de fisioterapia de Atención Primaria, sin depender de la variabilidad que existe actualmente entre los sistemas sanitarios de las diferentes comunidades autónomas, Funcionalmente estos roles de coordinación de fisioterapia existen, pero al no ser cargos oficiales, dependen del apoyo -o no apoyo- que les brinda el contexto (que suele ser variable). En contextos de no apoyo, muchas veces, los roles de fisioterapeutas coordinadores informales

desaparecen y sus funciones pasan a ser realizadas por las coordinadoras de enfermería, perdiéndose así la comunicación y el intercambio de información entre el propio equipo de fisioterapia de APySC y la dirección o gerencia. Sin un líder en el equipo, los proyectos tanto propios como compartidos con equipos interdisciplinarios se apagan.

Los coordinadores de fisioterapia han de transmitir a los compañeros la **información sobre los marcos estratégicos y planes de acción del ministerio, y toda la documentación (legislación, informes etc) que se va generando desde el ministerio, las consejerías y las áreas de salud.**

Es importante que estos roles de gestión y coordinación desplieguen el paraguas y vayan animando a los compañeros a **participar en los diferentes campos de actuación-comisiones-áreas interprofesionales:** en las comisiones de calidad, comisiones de educación para la salud, comisiones de docencia e investigación etc.

Es necesario oficializar la figura de los coordinadores de fisioterapeutas a nivel estatal con una **publicación en el B.O.E.** para poder defender esta figura en las diferentes comunidades autónomas y áreas de salud.

Actualmente, los fisioterapeutas de hospitalaria sí tienen cargos oficializados de coordinación, pero muchos de ellos, jerárquicamente están bajo la supervisión de subdirecciones y direcciones de enfermería. **Para que la gestión de fisioterapia sea más funcional, es fundamental crear roles de fisioterapeutas gestores que abarquen las diferentes áreas de salud e integren la gestión del primer y segundo nivel asistencial.**

Además de dar pasos hacia una gestión oficializada para mejorar la funcionalidad de nuestro colectivo a la hora de articular programas que den respuesta a los retos sociosanitarios, mejorar los procesos asistenciales integrados etc. creo que es importante que se reconozca la **especialidad en Fisioterapia de Atención Primaria y Comunitaria.**

Tirso Docampo



Posicionar la fisioterapia para ofrecer los mejores servicios en un área concreta del Sistema Nacional de Salud, es a veces mucho más complejo de lo que parece. **Cuestiones que tienen que ver con la microgestión están íntimamente interrelacionadas con la mesogestión y la macrogestión y el contexto está siempre cambiando.** Esto hace que moverse en el ecosistema del Sistema Nacional de Salud sea complejo y que muchas veces mi intuición se vaya moviendo por diferentes capas. Desde fuera (y también desde dentro), muchas veces empezamos a ser percibidos como “hombres orquesta” y no solo me pasa a mí, sino que les pasa a muchos compañeros que están en ámbitos de gestión de la fisioterapia de la pública. Hay varios factores para que esto esté ocurriendo y habrá que ir desgranándolos entre todos.

Conocer la filosofía de Donella Meadows que me trasladó Goretti Aranburu, los puntos de apalancamiento que propone esta autora y la actitud “de baile” que sugiere para trabajar en los sistemas complejos, me ha ayudado a ubicarme mejor y a entender cómo un gestor interactúa con el sistema, y en qué nivel de gestión y de impacto se está moviendo en cada momento. Los flujos en los que actúa la fisioterapia tanto en el primer como en el segundo nivel asistencial son complejos de dinamizar y hay embudos que hay que ir visibilizando y a los que hay que ir proponiendo posibles soluciones para acabar de coordinar ambos niveles. Hay mucha labor más allá de simplemente la gestión de estos flujos...

En este suplemento, Goretti y yo hemos intentado acercaros a Donella Meadows y otros autores que también pueden resultar inspiradores y clarificadores. Pero que nadie se agobie, que esto es labor de equipos y redes de gestión. Cuestión de pensar más a medio que a corto plazo, o así lo veo yo. ¿Cómo lo ves tú?

¡Seguimos aprendiendo!

David Agudo Medina



En la fisioterapia de atención primaria y comunitaria del sistema sanitario público, surgen figuras de coordinación no oficiales que asumen, de forma voluntaria y responsable, el reto de impulsar dinámicas de trabajo en equipo, mejorar procesos y promover una visión más actualizada actual.de nuestra profesión. Sin embargo, estas iniciativas no siempre son bien recibidas por todos los compañeros.

Existe una resistencia palpable en algunos profesionales que no se sienten interpelados por propuestas de cambio que emanan de alguien sin un nombramiento formal. Esta postura refleja una visión jerárquica y rígida del liderazgo, que puede entorpecer la evolución necesaria de la fisioterapia hacia modelos más colaborativos, integradores y centrados en el valor aportado al paciente y al sistema.

Es momento de replantear qué entendemos por liderazgo en nuestros equipos. ¿Debe depender exclusivamente de un cargo oficial? ¿O podemos reconocer el valor de quienes, con o sin título, impulsan mejoras reales en el día a día asistencial?

Aceptar liderazgos horizontales y funcionales puede ser incómodo, pero también es una oportunidad para crecer como colectivo y avanzar hacia una fisioterapia más cohesionada, moderna y alineada con los retos del sistema sanitario

GESTIÓN TERRITORIO DASP

El mapa de nuestra ComuniDASP

Equipo de Alto Rendimiento

En la III QuedaDASP de Vigo, se abrió una nueva fase para Territorio DASP. Presentábamos la ComuniDASP de aprendizaje 2025-2030 con idea de ir logrando consolidar este movimiento de Territorio DASP, sosteniendo el cambio que ya se va palpando en algunos contextos, para intentar replicarlo en otros.

Ningún proceso es para siempre, tal vez Territorio DASP tampoco lo sea, pero todos los procesos comunitarios aspiran a alcanzar una **fase de consolidación o madurez**; es decir, cuando el proceso está suficientemente legitimado, participado y activo.

Esto no quiere decir que el proceso-proyecto comunitario no pueda seguir creciendo, todo lo contrario. **Es desde esa consolidación que seguir avanzando y creciendo se hace posible.**

Consolidar un proceso comunitario es construir una organización comunitaria y que ésta funcione.

El proceso se consolida en la medida en que se dota de espacios y momentos operativos que tienen claras sus funciones: está claro dónde y cómo se toman qué decisiones; están claros los distintos roles y liderazgos, y existe acuerdo en que así sean; los distintos grupos promotores de proyectos tienen sus espacios que también funcionan; existen momentos y espacios para dar respuesta a las distintas necesidades del proceso: evaluar, programar, diagnosticar, etc.; existen espacios y maneras de afrontar los conflictos que van surgiendo.

En definitiva, existe una organización comunitaria portadora de un proyecto comunitario.

Lo que estamos viendo es que hay una gran necesidad de construir "organizaciones comunitarias" en los contextos más cercanos (ya sabéis q Territorio DASP era nuestra comunitaria, porque **"la comunitaria empieza en nosotros"**) y los esfuerzos locales se comen el esfuerzo de mantener este Territorio DASP más global. Poco a poco, sigamos hasta 2030, el plazo que pone la OMS para el proyecto Rehabilitación y ya veremos donde nos lleva todo esto.

En esta revista, tenemos la suerte de visibilizar una parte de todo lo que se hace desde el primer nivel asistencial y hacia el primer nivel asistencial. Lo hemos ordenado por tierras y campamentos, a los que poco a poco vamos dándoles forma, mientras consolidamos nuestro día a día, ahora que vivimos tantos cambios en los que "hay que estar".



Territorio DASP

Plan de acción 2025-2026



TIERRA EXPLORADORES

Herramientas	Habitantes	Universidad	Viernes presumido	Instituciones	Revista
Reactivamos matriz en 2025-2026 con el 4x4	Hay un repliegue a los contextos más cercanos?	Planes de estudio y APySC	A tope los viernes??	Artículo Fernando Ramos	Un adelanto de gestión + Revista en Valladolid
	¿Podremos despertar la energía DASP para Valladolid?			Artículo Noelia Moreno	Audios revista
				Artículo Montserrat Inglés	Broken
					Algún se hace cargo de hacer una revista en 2026?



Territorio DASP

Plan de acción 2025-2026



TIERRA DEL APRENDIZAJE ACTIVO

Entrevistas	Universidad	Dolor	Envejecimiento activo	Hábitos saludables	Desafío DASP
No parece haber necesidad de activar nuevos campamentos activos	Semilla de q las universidades se pongan a mirar planes de estudio	Personas y saberes	Día de la fisio 8 sept Caídas	4x4 Activando lo Interdisciplinar en los contextos	Fallo técnico en 2025. Reflexiones?
					Se activa o no para el curso que viene?



Territorio DASP

Plan de acción 2025-2026



REINO DE LOS ENCUENTROS

Daspedia	Seguimiento	Implementación	Reuniones de equipo	Quedasp y otras	Futuras tierras
Los miércoles y en la web	Jornada AP en Andalucía Marzo 2026	Extremadura Valladolid Cantabria	Hacemos más reuniones en los contextos?	Stand DASP Congreso Valladolid	Gestión Proyecto Perseo (Más allá de DASP)
		Andalucía Valencia Aragón			Cuentos, arte...
		Castilla León Vigo Murcia			
		Añadir comunidades que estén presentes en la revista, viernes presumidos etc			



La anatomía y fisiología del cambio

	Anatomía del cambio	Fisiología del cambio
Definido como	La forma, la estructura, las relaciones y los mecanismos del sistema que cumplen su propósito	La vitalidad y las fuerzas que dan vida que permiten que el sistema y las personas que lo conforman trabajen juntos de manera cohesiva, se desarrollen, crezcan y mejoren
Enfoque	Estructuras, sistemas y procesos para prestar servicios de forma fiable	La energía como combustible para la prestación y la mejora sostenible
Qué hacen los líderes	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer objetivos para la prestación y la mejora • Mejorar los sistemas • Reducir el desperdicio y la variación • Medir y evaluar los resultados • Rediseñar las vías de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un propósito superior, un significado más profundo y unidad • Proporcionar claridad y dirección para mantener la confianza y la moral altas • Generar confianza y conexión relacional • Resolver conflictos interpersonales y objetivos contrapuestos • Llamar a la gente a la acción

Fuente: Bernard Crump y Helen Bevan (con contenido adicional del trabajo de Miguel Pantaleon)

Es probable que un sistema no sea suficientemente maduro mientras no sea capaz de solucionar conflictos y dar respuesta a objetivos contrapuestos. No es fácil, pero por eso y más, nos denominamos ComuniDASP de aprendizaje y estamos orgullosos de estar y seguir aprendiendo de nuestros errores.

En Territorio DASP somos conscientes de que en algunos contextos no hemos tenido personas/gestores que gestionen y faciliten la labor de engranaje de nuestro colectivo y también somos conscientes de que mayoritariamente hemos estado inmersos en la parte clínica. "Aprendemos rápido" es la actitud con la que afrontamos nuestras carencias, que no son diferentes a las carencias que han tenido o siguen teniendo otros colectivos, pero nosotros tenemos el hándicap de ser poquitos fisioterapeutas en la pública en general, y en el primer nivel asistencial en particular.

El curso que viene 2025-2026, como podréis ver en nuestro campamento de Hábitos Saludables, se activa el proyecto 4x4, en el que esperamos que participemos, porque es mucho más lo que nos une. Creemos que este tipo de iniciativas puede ayudarnos a avanzar y cohesionarnos en aquellos contextos donde lo tenemos más difícil.

Gracias de antemano por la ilusión y por la labor de todos aquellos contextos que se unan al proyecto 4x4.



El mapa de la ComuniDASP de aprendizaje 2025-2030 es una herramienta que nos ayuda a **explorar** y hacer puentes entre nosotros, entre nosotros y nuestros sueños, entre nosotros y las instituciones y universidad. Nos ayuda también a mantenernos **activos** con acciones conjuntas que podríamos llevar a cabo, desarrollando los músculos de la gestión, el liderazgo y los equipos. Por último, nos ayuda a fomentar la visibilización de nuestros equipos de implementación, de lo que se hace en cada comunidad, de ser conscientes de qué a pesar de la variabilidad, hay cosas que nos unen. Nos invita al **encuentro** y a compartir, mientras vamos caminando hacia propósitos comunes.



ComuniDASP de Aprendizaje



TIERRA DE LOS EXPLORADORES (campamentos 3,4,5)

Desde mapear el Territorio DASP, hasta la creación y/o búsqueda de recursos, herramientas, guías etc para mejorar y facilitar los proyectos.

Seguir trabajando en nuestra identidad y roles, empezando desde las universidades y un buen onboarding/incorporación de los fisioterapeutas en APySC.

Encontrar personas, asociaciones e instituciones que faciliten nuestra labor y abran caminos de colaboración.

Visibilizar nuestro trabajo, acercando la información mediante una revista y los viernes presumidos (o jueves tormentosos)



3. UNIVERSIDAD Y ONBOARDING
4. IAP Y VIERNES PRESUMIDOS
5. RELACIONES CON INSTITUCIONES

Fisioterapia en Atención Primaria y Salud Comunitaria: un diagnóstico actual de su

Implantación en las Facultades y Retos de futuro



Universidad

M José Llácer Bosch

La integración de la fisioterapia en atención primaria y salud comunitaria es un proceso dinámico que requiere la colaboración de las facultades de fisioterapia, los profesionales de la salud y las instituciones sanitarias para garantizar una formación de calidad que responda a las necesidades de la población.

Han pasado ya más de diez años desde que la Fisioterapia en Atención Primaria y Salud Comunitaria se incorporó como contenido obligatorio en los planes de estudio del Grado en Fisioterapia en España. Sin embargo, su desarrollo e integración curricular dista de ser homogéneo entre Facultades, y aún presenta áreas de mejora que deben abordarse para responder a las demandas de un modelo de atención centrado en la comunidad y en la prevención y la promoción de la salud.

Con el objetivo de conocer la situación actual se diseñó y envió un cuestionario a todas las Facultades de Fisioterapia, tanto públicas como privadas, recibándose respuestas de 15 centros universitarios.

Principales resultados

"Implantación: la materia está presente en todas las Facultades participantes, aunque casi la mitad (7 de 15) la ofertan como asignatura independiente y el resto la integran en asignaturas como Salud Pública, Geriátrica, Fundamentos de Fisioterapia, Atención Biopsicosocial o Legislación.

***Profesorado:** mayoritariamente son fisioterapeutas, aunque algunas Facultades optan por equipos docentes interdisciplinarios (médicos de familia, terapeutas ocupacionales, odontólogos, enfermeros, epidemiólogos).

***Curso y cuatrimestre:** se imparte principalmente en primer cuatrimestre (9 de 15) y segundo curso (7 de 15).

***Carga lectiva:** predominan los 6 ECTS (10 de 15) y en menor medida 4,5 ECTS.

***Contenidos:** determinantes sociales, principios de Atención Primaria, educación para la salud, trabajo en equipo interdisciplinar, manejo de herramientas digitales (en 2 de 15) y abordaje de patología prevalente (3 de 15).

***Metodología:** clase magistral y aprendizaje basado en proyectos son mayoritarios; el Aprendizaje Servicio (ApS) se aplica en 2 de 15 Facultades y se valora como elemento clave para la prevención y promoción de la salud.

***Prácticas:** 9 de 15 Facultades no incluyen prácticas en centros de salud actualmente.

***Evaluación:** combina examen escrito, trabajos grupales o individuales y participación en actividades.

"Perspectiva de futuro: una Facultad planea implantar la asignatura como tal en el curso 2025/2026.

Impacto de la encuesta: hacia un consenso nacional

La realización de este estudio ha tenido un impacto muy positivo, pues ha servido de base para que instituciones de referencia como la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Fisioterapia (CNDF) propusieran elaborar un documento de consenso o guía de recomendaciones. Este documento recogerá las necesidades formativas detectadas por los fisioterapeutas clínicos, las necesidades de salud de la población y los requisitos docentes para una adecuada implementación de la APySC en los grados de Fisioterapia.

Para su desarrollo, desde la CNDF se ha

propuesto la colaboración con la Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF), a través de su Sección de Atención Primaria y Salud Comunitaria y su Sección de Estudios Superiores, con el fin de constituir un grupo de trabajo específico. Dicho documento de recomendaciones contará con el aval de la CNDDF y de la AEF, reforzando así su legitimidad y utilidad para orientar a las Facultades y a los profesionales.

Desde Territorio DASP, recibimos esta propuesta con entusiasmo y responsabilidad, conscientes de la repercusión que puede tener para consolidar y fortalecer la Fisioterapia en Atención Primaria y Salud Comunitaria en un futuro cercano.

Recomendaciones para avanzar

- ☒ **Potenciar las prácticas clínicas en centros de salud y asociaciones comunitarias**, para consolidar la experiencia real en contextos de atención primaria.
- ☒ **Reforzar el enfoque biopsicosocial y comunitario**, incorporando contenidos de gestión, participación comunitaria y trabajo interdisciplinar.
- ☒ **Extender y sistematizar el uso del Aprendizaje Servicio (ApS)** como estrategia pedagógica de alto impacto para vincular al alumnado con las necesidades reales de la población.
- ☒ **Fomentar la capacitación en herramientas digitales y telefisioterapia**, como parte del contexto actual y futuro de la atención comunitaria.
- ☒ **Promover la homogeneización de la asignatura** en cuanto a denominación, contenidos mínimos y carga lectiva, respetando la autonomía universitaria, pero asegurando competencias básicas comunes.

Conclusión

Este diagnóstico refleja la voluntad compartida de consolidar la Atención Primaria y la Salud Comunitaria como eje transversal en la formación de futuros fisioterapeutas. A pesar de su implantación generalizada, es necesario seguir trabajando en su homogeneización, actualización metodológica y conexión real con los entornos comunitarios. Solo así podremos garantizar que la fisioterapia contribuya de forma efectiva a los objetivos de salud pública y a la mejora de la calidad de vida de la población.

Concurso DESAFÍO DASP

El primer contacto de Territorio DASP con las universidades fue el Desafío DASP 2023-2024, en el que se invitaba al profesorado y alumnos a hacer puentes con el primer nivel asistencial y la comunitaria.

Este primer contacto, sirvió para hablar de planes de estudio. A pesar de que la convocatoria 2024-2025 del concurso no ha tenido éxito, tenemos la esperanza de que desde el cambio en los planes de estudio, se fomentará la comunitaria, que es de lo que trataba Desafío DASP.

GRACIAS A TOD@S POR PARTICIPAR

Marta Mancebo (coordinadora del concurso)



VIERNES PRESUMIDO y JUEVES TORMENTOSO

Cristina Díaz

Hay un día de la semana que ha merecido desde canciones hasta graffitis en baños de bares y paredes por las emociones que se asocian a su llegada. Ese día nos levantamos con la mirada puesta en el descanso y la libertad de elegir nuestros tiempos, nuestras horas y cómo las ocupamos en el fin de semana. Es un día que huele a reuniones con amigos, excursiones con la familia o al olor maravillosamente decadente de acabarse fusionando con el sofá. Obviamente estoy hablando del glorioso y esperado Viernes.

No soy ajena a otras frases que nos invitan a disfrutar de cada día, a amar también nuestro trabajo cotidiano para no vivir perpetuamente en la espera y la anticipación, pero siendo honestos, compañeros y compañeras, para quienes estamos en esa mayoría que trabaja en la rutina organizada de nuestra sociedad pero tenemos la fortuna, dentro de ella, de librar sábado y domingo, al final un viernes... es un viernes. Y aunque nos guste nuestro trabajo, ahí es donde aparecen las historias.

Para Territorio DASP el viernes se convirtió en ese día en el que presumir porque hay mucho, pero mucho de lo que vanagloriarse. Nos hemos, genuinamente, ganado el derecho a estar bien orgullosos de profesión y profesionales, orgullosas de todas las actividades realizadas o en las que se ha participado, orgullosos y orgullosas de todo el impulso que a la educación para la salud y al trabajo comunitario le estamos dando. ¡Premios los viernes porque será un premio bien merecido!

Un 10 de noviembre de **2022** se presentó el canal específico de Telegram "Viernes Presumido" con agradecimientos y felicitaciones lanzados a toda la gente que hace posible estos territorios. Y desde su creación muchos caminos se han seguido, muchas flores se han sembrado y muchos árboles han germinado e incluso dado su sabroso fruto. En aquel momento una frase inauguró el espacio, una primera frase de Louis Gifford era recordada por una compañera: "La fisioterapia tiene que ver con el arte de la



IAP y Viernes presumidos

de la comunicación, tiene que ver con lo que haces, pero también con cómo lo haces. El contexto lo es todo. Es el producto de dos personas que trabajan juntas, dos cerebros que trabajan juntos y dos sistemas nerviosos trabajando juntos hacia un cambio beneficioso".

La frase de un maestro, una frase que casi resume toda la esencia de Territorio DASP. Para alguien como yo, firme defensora de mantener, recordar y nombrar a quienes pueden tener el título de maestros y maestras, un inicio así no podía ser más acertado. Pero hubo más frases que buscaron sintetizar lo que sería esta sección en ese momento inicial. Como por ejemplo: "La cooperación es la convicción plena de que nadie puede llegar a la meta si no llegamos todos". Y siguiendo siempre la estela y sabiduría que dejan los grandes artistas, esas mentes preclaras que vaticinan antes que la ciencia el devenir del ser humano o explican con sus variados lenguajes los recovecos más obtusos de la vida, otro compañero nos recordaba la elocuencia de Pablo Picasso: "Hay pintores que transforman el sol en un punto amarillo, pero hay otros que, con la ayuda de su arte y su inteligencia, transforman un punto amarillo en sol".

Podría poner decenas de frases compartidas más, pero lo dejaré ya en esas tres con las que comenzaba la andadura de este lugar donde se encuentran los hechos y las acciones más allá de las palabras.

Y ahora podría enumerar como un listado inacabado todos esos hechos y acciones presumidos pero creo que caería un poco de odio sobre mi persona al enfrentarnos a la lectura de semejante "tocho", y aún así, al final algo "tocho" me ha quedado, porque se ha hecho .

tanto en tantos lugares que creedme si os digo que ha sido un arduo trabajo recopilar toda la información contenida en el canal (textos, enlaces, vídeos y fotos), siempre sabiendo que es mucho más lo que en realidad se está realizando. Lo que hay ahí contenido es una minúscula parte, una imagen, un símbolo, una gota destilada de todo lo que se está llevando a cabo.

No deseo enumerar, pero si trataré de la mejor forma posible resumir los listados y perdonadme por la osadía de seleccionar en general, de tal vez no nombrar elementos importantes u olvidarme y ser yo quien haga dicha selección para este escrito. Lo hago con toda mi humildad y amor por vuestros trabajos.

Allá en ese final de **2022** un hecho inédito ocurrió en Madrid. Una buena proporción de los fisioterapeutas de esa región se reunía una mañana de un sábado para defender la calidad de su trabajo y la dignidad profesional. En Cantabria el grupo de trabajo de dolor crónico seguía avanzando para que el cambio de paradigma llegase a todo el mundo. De vez en cuando la efusividad del momento hacía que muchos de nosotros compartiésemos más frases y vídeos para que fuesen disfrutados por estos compañeros digitales del camino. Quiero recordar el vídeo de Dinamarca sobre lo fácil que es encasillar a las personas, el vídeo del Mago More sobre el experimento de Fritz Strack o el vídeo de El Langui poniendo en valor la fisioterapia. Y hay gente que comenzaba la aventura de trabajar con los pacientes bajo este nuevo paradigma impulsados por la ayuda mutua y los previos esfuerzos en forma de programas de Educación para la Salud o presentaciones elaboradas por otros. En Asturias se reunieron con la Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sanitaria para incorporar su mirada en las estrategias de la dirección general (cronicidad, fragilidad y excelencia en cuidados). Ojalá ésta sea la dirección que se vaya recorriendo por las diferentes regiones. Ojalá el ascensor nos permita llegar a esos lugares en los que nuestra profesión puede aportar tanto que es casi sacrilegio tenernos metafóricamente y literalmente escondidos en los sótanos del mundo. En las Islas Baleares presentaban el proyecto Sant Jordi Actiu. Y el año terminaba entre felicitaciones de navidad y el regocijo por la entrevista a Territorio DASP en fisiopodcast (acceso clic en la imagen)



Comenzaba fuerte **2023** pues se anunciaba la “QuedaDASP” con la colaboración del Colegio de Fisioterapeutas de Madrid que ocurriría el 15 de Abril de ese mismo año, bajo el lema “Suelta lastre, dale gas” (Haz clic en la imagen)



Otros colegios se animaban a colaborar. El colegio de Barcelona financiando y patrocinando el concurso de vídeos desde el StanDASP y en su web (concurso del que pudimos hacer un seguimiento sobre cómo iban llegando poco a poco los vídeos hasta alcanzar el objetivo previsto); el colegio de Valencia haciendo un hueco en su revista, los colegios de Murcia, Baleares, La Rioja y País Vasco se hacían eco de la QuedaDASP y lo anunciaban en su web, el colegio de Castilla y León publicitándolo en su mailing a los colegiados y el Consejo General de Fisioterapeutas, Sogafi y los colegios de Navarra y Cantabria difundiendo en las redes. Mucha voluntad puesta al servicio en forma de tiempo y esfuerzo por tantos colaboradores. La presencia, la mirada, la sonrisa y la sincronía de nuestras almas por fin tuvieron

un lugar de encuentro donde generar sinergias. Y subidos en un inmenso globo de pasión seguíamos compartiendo ilusiones y experiencias

A nuestro paso el cielo se llenaba de bandadas de pájaros con intervenciones comunitarias aplaudidas con éxito en centros de mayores que llevaron a más intervenciones en otros lugares. Rutas Saludables guiadas por bellos entornos como las islas o programas de prevención de caídas que se hacían entre risas y alegrías. Andadas por territorios “vacíados” que también existen y actividades en universidades saludables. Tránsitos caminados en la cercanía del mediterráneo. Sesiones de ejercicio que se iniciaban. Adhesiones a programas preventivos de Fisioterapia. Espaldas isleñas activadas y mejoradas. Celebraciones de final de cursos de afrontamiento activo del dolor y mucho progreso general en el trabajo en dolor crónico con variedad inmensa de formatos incluyendo aquéllos que las nuevas tecnologías nos ofrecen. Proyectos de conversatorios que se convertirían en eje transversal de muchos por venir. Días y semanas especiales celebrados adornando de información nuestros centros. Como la semana de la Igualdad y la visibilización de la violencia contra la mujer en bibliotecas y centros jóvenes. También se presentaban propuestas realmente multidisciplinares (apoyadas por ayuntamientos, consejería, prensa...) con programas de actividad física muy completas a través de caminatas, descansos activos, charlas, cartelería... que consolidaban los equipos de Atención Comunitaria y dejaban un poso de esperanza hacia la inclusión de nuevos miembros. La comunitaria ganaba terreno y seguía fluyendo a pesar de los escarpados senderos por los que ha ido pasando desde que nació décadas atrás en su fuente original.

Con “Suelta lastre, Dale gas” mucha gente encontró la estrella guía para cumplir con el marco estratégico del Sistema Nacional de Salud en todas estas intervenciones. Y la DASPedia seguía acumulando más y más nutritivo conocimiento compartido.

La fuerza del fuego aéreo daba energía para seguir luchando por la justa reclasificación profesional que seguimos sin alcanzar aún en 2025, siempre esperando con promesas incumplidas que nos lastran. O para luchar para ampliar la cartera de servicios, en este caso en la



región de Murcia. O para reunirse con “la plana mayor” de hospitales para defender la Fisioterapia de Atención Primaria. Valencia recogía este testigo de lucha y reuniéndose a través de los chats en la búsqueda de soluciones y desde la actitud positiva, hacían un escrito común para llevar la fisioterapia al lugar que le corresponde. Por esas mediterráneas tierras el colegio se ofrecía al nuevo conseller de Sanidad para trabajar juntos con el objetivo de reducir las listas de espera en fisioterapia y bajo sus apabullantes naranjos se publicaba la Cartera de Servicios de APySC (Atención Primaria y Salud Comunitaria). Y alguna contienda se ganaba en las Islas Baleares con la aprobación por la dirección general de la Comisión Autónoma de Fisioterapia. También allí surgían tiempos convulsos con dimisiones en bloque y a pesar de ello se conseguía una plaza de fisioterapeuta en cronicidad dependiente de AP porque a veces “a río revuelto... ganancia de pescadores” y llegando a final de año dicha comisión se presentaba al nuevo director asistencial con representación de fisioterapeutas en las 6 líneas estratégicas de salud. En Galicia los fisioterapeutas podrían trabajar en la Estrategia gallega de seguridad asistencial 2024-2028, consiguiendo incorporar la necesidad de creación de Unidades de Afrontamiento Activo el Dolor. Y por otros lugares cada vez se irían sumando diferentes unidades como respuesta a la homérica lucha de heroicas personas.

En esta línea una gran impulsora del cambio nos recordaba: “Poco a poco las instituciones irán viéndonos como un movimiento que suma a lo ya existente, desde un lugar que teníamos sin explorar: La comunitaria empieza en nosotr@s”.

Se han celebrado numerosas jornadas y congresos en diferentes regiones. Presentadas fueron en el norte, por Bilbao 2021, las III

Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria y Comunitaria con intervenciones muy colaborativas y enriquecedoras (como no puede ser de otra manera al hablar de comunitaria). Y más a final de año destacaban las VI Jornadas del dolor en Osakidetza con la presencia de Federico Montero, las Jornadas Vascas de Investigación en Salud en Vitoria en las que se llevó una propuesta encaminada a poner al paciente como protagonista en investigación e innovación y las Jornadas de Género y Salud. En Asturias generaban movimiento con las I Jornadas de Fisioterapia. Hacia el este las II Jornadas de Fisioterapia de Sanidad Pública en la Comunidad Valenciana nos recordaban la montaña rusa en la que estamos montados y continuaban su viaje hacia el Congreso Internacional de Fisioterapia de noviembre. En Murcia los avances en dolor eran presentados de la mano de Arturo Goicoechea en el Hospital Universitario y con el deseo de visibilizar un tema novedoso lanzaban las I Jornadas de Fisioterapia y Salud Masculina. En la línea del progreso a finales de año un paso de gigante se daba con el I Congreso Nacional de Gestores de Fisioterapia en la que una representación DASP hizo acto y más que acto, de presencia. En el oeste muchos y muchas daspidianos revolucionaban el Congreso de Cáceres. Y hacia mitad de año por el centro-norte las XXXI Jornadas de Fisioterapia en Atención Primaria de Castilla y León. Y sí, no se me ha colado ninguna "X" de más, sí, hablamos de la 31 Jornadas. Si no se puede presumir de algo así no sé de qué otra cuestión se puede presumir. La crisálida se ha roto y la mariposa ya ha partido en vuelo a polinizar nuevos campos.

Mencionemos también los pósters y comunicaciones. Desde posters de quienes podemos llamar hermanos y hermanas como son los profesionales de la enfermería y con quienes tanto aprendemos y avanzamos (Póster "La importancia de la comunicación Enfermera 3.0 en Atención Primaria") hasta la presencia muy DASP en varias comunicaciones en la XV Jornada de Seguridad del Paciente en Atención Primaria, donde el límite a veces de 3 minutos no fue ninguna barrera infranqueable para mostrar al mundo el valor del fisioterapeuta.

Con la visión puesta en los árboles hacíamos brotar nuestro bosque, nuestro ecosistema múltiple y variado. En su búsqueda de la diversidad nuestra bella mariposa movilizaba el

dulce polen con charlas dirigidas a nuestros compañeros de los centros de salud a lo largo de los diferentes paisajes. Charlas sobre autocuidado, sobre cuerpos de mujer en un medicina de hombres, charlas en jornadas hospitalarias o enfocadas al abordaje del dolor crónico... Siempre buscando el momento para visibilizar aquello que puede aportar nuestro colectivo pero siempre juntos como bien claro dejaron nuestros médicos de Atención Primaria en su lema de unas jornadas de la semFYC en Donostia "Arraun: Remando en Equipo". Esa semFYC que busca un trabajo coral, que quiere un crisol, que busca un cambio también entre sus médicos y que se animaba a mencionarnos en sus redes. Juntos siempre con los pacientes que incluso ayudaban a remendar y reconstruir mesas canadienses mientras reconstruían sus lesionados cuerpos. Y de vez en cuando aparecía alguna que otra entrevista a fisioterapeutas en revistas y periódicos o alguna que otra noticia en los diarios que nos mencionaba y hablaba de nosotros e incluso intrépidas entrevistas hablando de fisioterapia en las radios locales. Y aún más lejos se llegaba en las televisiones de Canarias con el programa "Tu Amiga la Columna". El grupo de trabajo de Afrontamiento Activo del Dolor Persistente de Cantabria consolidaba su labor llenando tres ediciones de su formación multiprofesional en AP siempre con la mirada en el horizonte a pesar, muchas veces, de las duras pruebas personales que nos toca atravesar. Y elaboraba vídeos para pacientes a través de la Escuela Cántabra de Salud. Además varios y variados fisioterapeutas rotaban por la Unidad de Estrategias de Afrontamiento Activo del Dolor de Valladolid para seguir incrementando su ya vasto saber en el tema.

No puedo dejar atrás algunos premios como la placa al mérito regional que recibía la Fisioterapia de Primaria de la Gerencia de Área Integrada (GAI) de Talavera en Toledo. En el campo de las artes M^a José Llácer era premiada por su delicada y amorosa presentación de la fragilidad en el concurso de relatos cortos del Hospital San Joan de Alicante. Y en el campo del dolor se otorgaba el merecido Premio Solidario COCEMFE a la Unidad de Estrategias de Afrontamiento Activo del Dolor.

En este año muchas investigaciones de larga duración culminaban finalmente en libros como el de "Cuidar Cuidándose" de Sevilla.

Y más libros serían escritos por fisioterapeutas inconformistas como el de Maitena Monroy y su "Autodefensa Feminista". Después de 7 años un sueño se convertía en realidad, se creaba un programa de colaboración con otro surgido del MIT para acercar los avances tecnológicos al ámbito sanitario y esto era sacado adelante con dos fisioterapeutas. En palabras de la embarazada compañera y resumiendo semejante hito para tratar de activar vuestra oxitocina: "Entre las cosillas que han surgido del Biohacklab: Laboratorio de Participación ciudadana, ha sido poder conseguir un sistema de fotogrametría para análisis del movimiento en un espacio del servicio de rehabilitación, para poner la tecnología y la investigación al alcance de los fisios, terapeutas y otros sanitarios y sobre todo a los pacientes que puedan tener inquietudes sobre potenciales desarrollos que les faciliten la autonomía". También se elaboraban guías, como las del Sistema Cántabro de Salud, en las que éramos dueños al fin de nuestras propias recomendaciones. Así como la nueva guía de Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria en Castilla La Mancha demostrando la mejora en la calidad asistencial y reduciendo los tiempos de demora en las listas de espera.

Presumir podemos también de publicaciones de artículos en revistas como la del compañero de Soria hablando de la CIF en las UFAP que además en el último trimestre defendía su Tesis Doctoral. También este año Territorio DASP se animaba a presentar proyectos en el Certamen Humans en la categoría de Liderazgo Humanista y en la categoría de Investigación e Innovación Humanizada marcando la esencia que será el llamado ADN-DASP. Y lograba colocar el StanDASP 2023 en las IV Jornadas Nacionales de Fisioterapia en Atención Primaria en Barcelona gracias al espacio compartido por AEF AP-SC. Y así el liderazgo comenzaba a entreverarse en nuestra red a través de cursos y formaciones. Se iniciaba también este año la segunda temporada de los audios de Territorio DASP con esa voz tan conocida e inspiradora que nos acompañaría en nuestro viaje hacia los cielos.



En 2023 comenzaba una colaboración con esos grandes expertos en dolor que son los australianos. Noigroup y Territorio DASP se unían para elaborar una encuesta que trasladase el conocimiento y valoración de la situación por parte de los profesionales para hacer llegar lo que sabemos a los pacientes. Territorio DASP seguía avanzando en sus iniciativas y elaboraba "La llamada del DASP" para apelar a todas y todos esos representantes del arquetipo DASP (esa Antonia que muchos recordarán) por cuya sangre corre su ADN. ADN marcado con la importante etiqueta del "Equipo". Y la Llamada del DASP se convertiría en el lema precursor de la II QuedaDASP en Valladolid donde una granja nos acogería para reunirnos en manada y seguir la vereda de las 12 etapas del camino en comunidad para saber que el grupo arropa y te ilumina cual luciérnaga y no tener que reproducir la hercúlea tarea de pasar por las pruebas del viaje en soledad.

El Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla y León brindaba esta vez el apoyo necesario para llevar a cabo este encuentro. Y muchos otros colegios, sociedades y hasta servicios de salud difundían la información a través de sus seguidores.



Barcelona

Conoce el Territorio DASP

De dónde venimos y hacia dónde vamos

Encuesta barreras para implementar programas dolor crónico

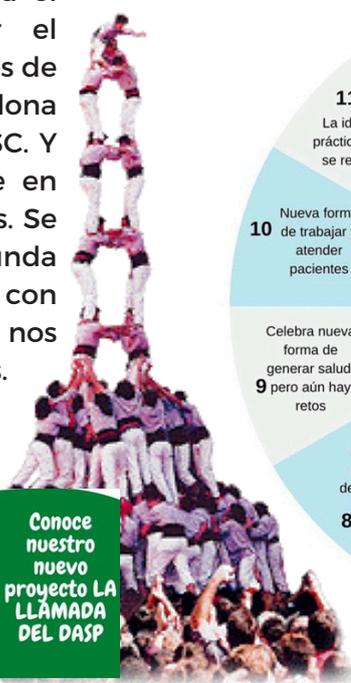
Quedadasp Madrid Somos DASP

Participa en elegir a los finalistas del concurso de programas de comunitaria

Entrega premio ganador del concurso

Conoce nuestro nuevo proyecto LA LLAMADA DEL DASP

Qué te da gas





Esta vez el lema buscaba la grandeza y la excelencia: “Expandiendo horizontes hacia la comunitaria” y la campaña “Del dolor crónico, se sale” daba el pistoletazo de salida al nuevo proyecto semiguaido que de cara a la sociedad se presentaba el 17 de octubre, Día Mundial contra el Dolor. Agradecimientos a Cormac Ryan por su gran generosidad y a quienes amablemente tradujeron la campaña. En esas fechas ya sumábamos 500 DASP. Y muchos más de 500 verían el tremendo vídeo oficial de esta campaña, ese sonoro “Muévete!!! Vamos, que te acompaño” (https://youtu.be/t1_TCa1M21A).

El 1 de diciembre se lanzaba “Desafío DASP por equipos” para recordarnos que la creatividad y capacidad de elaborar actividades motivacionales de este grupo es un Ouroboros sin final. Acercarse a las universidades, acercarse a los y las fisioterapeutas del futuro es de una grandeza de miras que despierta admiración. Y de la mano de la maravillosa actriz Nuria García, trabajadora y siempre dispuesta a las más locas propuestas, el hijo más extrovertido de Territorio DASP, Broken Physio, se colaba de vez en cuando, cual pequeña niña traviesa, por muchos de los espacios ya mencionados, territorios muchas veces bastante áridos, sembrando las estepas con risas y parodias que invitaron a la profunda reflexión. En el espacio más internacional este año Emma Stokes a través de una imaginativa y valiente Pippi Calzaslargas pasaba el relevo a Mike Landry como nuevo presidente de la World Physiotherapy con un propósito muy potente y motivador: la descentralización. Y en el congreso internacional

donde esto sucedía se podía atisbar mucha representación española que brillaba como el sol que nos acompaña tanto en esta tierra. La World Physiotherapy es también un lugar de apoyo y conexión y cada año nos ofrecen magníficos materiales para celebrar el 8 de Septiembre, Día Mundial de la Fisioterapia. Ese año el 8 de septiembre caería en sábado pero fue imposible esperar al siguiente viernes para regocijarnos entre todos con las diferentes propuestas realizadas. Desde el propio Territorio DASP se lanzaba una bella campaña a través de ese citado vídeo que acumularía notables visualizaciones. La gente colocaba mesas informativas, cartelera, infografías, vídeos, materiales en códigos QR, se realizaban dinámicas y se invitaba a participar a los usuarios en los centros de salud. Algunos periódicos colaborando con nosotros nos rendían homenaje y nos ayudaban a difundir nuestra labor. Y en alguna región se contó con la suerte de la sorpresiva aparición de la gerencia en este momento nuestro de gloria.

Llegando hacia el festivo final de año poco a poco iba surgiendo el próximo lema “Directos Al Siguiente Paso: La Comunitaria” que evocaría en nosotros el inconfundible sonido del apabullante océano. Y como era inevitable la alegría y el alboroto se contagiaban entre todos, los efusivos villancicos se cantaban y se proyectaba en nuestras pantallas el último vídeo coral de Navidad (https://youtu.be/Xm5_1jcTFUK).

Con 2023 os he querido mostrar con cierta

exhaustividad la abrumadora cantidad de acciones realizadas para que os pueda servir de espejo en el que reflejar lo que vendría en **2024**, pues sí, 2024 seguía esta misma estela y la engrasaba y la afinaba para que la maquinaria funcionase cada vez mejor y con más precisión. Fue un año lleno de comunitaria, talleres y educación para la salud, estuvo plagado de congresos, jornadas, y encuentros, de proyectos y premios que si desgrano finamente abarcarían otras 4 o 5 páginas más. Pero el tiempo apremia y la atención en la lectura también se puede agotar así que esta vez me limitaré a mencionar aquello que considero especialmente memorable. Y

A lo largo de esos 365 días los desafíos de Territorio DASP proseguían y escalaban con la vista puesta en el horizonte del que durante siglos fue el lugar donde en el imaginario colectivo terminaba la tierra. Mirada puesta en el objetivo de "Construir Puentes para Hacer Visible lo Invisible". La web crecía, los daspidianos continuaban aportando su tiempo y variados saberes y seguían infiltrándose por jornadas y dejando su huella marcada en los congresos.

En el ámbito de los surgimientos nacía la filial cardíaca de la AEF, denominada AEF-Cardio, y la Academia de Fisioterapia de la Comunidad Valenciana. Como hito digno de replicar los fisioterapeutas de Osakidetza conseguían pijama propio con un pasional y vibrante granate. Germinaban al fin muchas nuevas Unidades de Afrontamiento Activo (Palencia, Burgos, Ciudad Real...) Y algunas compañeras DASP eran nombradas fisioterapeutas del año 2024, mientras otras comenzaban a formar parte de más equipos en sociedades tan importantes como la semFYC e incluso se daban charlas más allá del charco o se colaboraba en proyectos del ámbito europeo.

Ocupábamos cada vez más esos lugares que tradicionalmente se nos habían negado y el liderazgo empezaba a vislumbrarse como un objetivo más que posible para la fisioterapia y no como una anécdota puntual, buscando conseguir un liderazgo conjunto que permita transformarnos en una fisioterapia funcional. El liderazgo nos llama y estamos más que preparados para coger el timón que nos lleve al siguiente puerto. Se celebraba el ya II Congreso de Gestión en Fisioterapia. Muchos DASP dejaban su rastro formándose en el citado

liderazgo a través del Ministerio de Sanidad. Y desde el ámbito institucional se trenzaban relaciones con éste y había reuniones en el Parlamento y en el Congreso de los Diputados.

Las más artistas seguían desplegando su creatividad y este año la compañera M^a Rosario Mondéjar publicaba su segundo libro "La Vaca Voladora". Todo ello seguía plagando diversos medios de comunicación mientras los fisioterapeutas seguían a pie de calle visitando escuelas, centros de jóvenes, de mayores, espacios verdes, bibliotecas, calles, lavaderos, espacios históricos... transformando los lugares en saludables gimnasios o en salas de baile y canto con las decoraciones más ilustrativas y llamativas que se pudieran organizar. Cualquier entorno que invitase a la prevención y promoción de la salud era invadido por estas personitas deseosas de aportar su gota de saber en pos de la mejora de la calidad de vida de las gentes de nuestros pueblos y barrios. Y se seguían celebrando días mundiales. A resaltar el 12 de octubre, Día de la Atención Primaria y por supuesto de nuevo el 8 de Septiembre, Día de la Fisioterapia, dedicado este año a nuestra querida lumbalgia.

Broken Physio seguía con sus trastadas infiltrándose no sólo con sketches y monólogos sino también con un taller en el XXXIII Congreso de Comunicación y Salud de la SemFYC a través de un equipo genuinamente muy interdisciplinar. La web de DASP se adaptaba a tantos cambios buscando una mejor accesibilidad. Comenzaba una nueva vida para Telegram. Se iniciaban los zoom temáticos de la comunidad de aprendizaje.



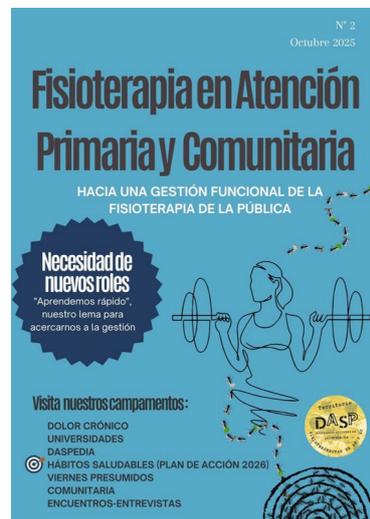
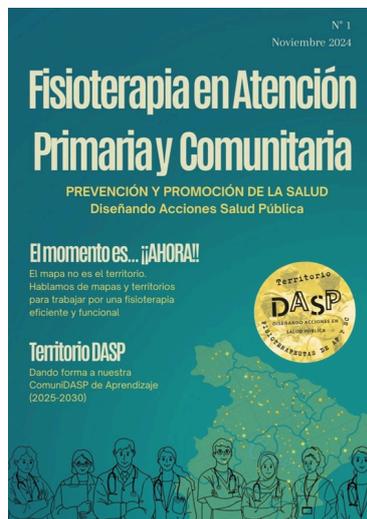
El afloramiento llegaba en Vigo con la III QuedaDASP en el otoñal octubre. Con el traje de buceo bien ajustado descendíamos esperanzados en el submarino para adentrarnos en las profundidades de la comunitaria donde los más variopintos seres nos esperarían para acompañarnos. Y en un último acto ritual el fuego purificador atravesó nuestras gargantas mientras los juramentos de renovación eran lanzados al oleaje y al viento.

Un suceso posterior, la desgraciadamente famosa DANA, demostraría la gran solidaridad que son capaces de desplegar los fisioterapeutas y todos los seres humanos. Y llegando casi al final nacía el primer número de la revista de Territorio DASP (haz clic en la imágenes). Merece la pena presumir también de quiénes, fuera del sistema público y con la prevención y promoción de la salud como claro objetivo, desde sus humildes clínicas o empresas apuestan por la labor y el enfoque comunitario.



Sabemos que en la ausencia y el silencio hay muchos trabajos y grandes proyectos ocultos. Tremendas personas en la sombra trabajan cada día por y para la Salud Comunitaria, en sus pequeños pueblos, en sus barrios, en sus grandes ciudades. Con proyectos cercanos, pequeños, enormes, inabarcables... Al final de todo... cada gota forma parte del inmenso mar. Y así, guiados por las corrientes marinas y las corrientes del tiempo llegamos a **2025**.

Sigue habiendo arte, en forma esta vez de cuento, "La Magia de la Salud" de nuestra compañera Alicia se leía y se representaba. Y los



fisioterapeutas de Atención Primaria y Salud Comunitaria seguimos llevando por todos los rincones, cual todoterrenos, nuestros saludables juegos pues, en palabras de Arturo Goicoechea: "En la vida hay que jugar. No hay mejor cosa que podamos hacer que recuperar la libertad de jugar". La vida son toboganes, columpios, balancines y redes en las que investigar las posibilidades del movimiento. La vida sucede en el juego compartido entre los cuerpos.

No puedo terminar sin recordar que también tenéis un canal para el desahogo y el llanto. Jueves Tormentoso surge como canalizador de cualquier emoción y energía absolutamente necesaria y que requiera ser removida dentro de un espacio seguro para después permitirnos pasar, en palabras de una gran y querido maestro, de la queja a la QuejAcción.

Cierro este escrito estando aún a finales de junio, sabiendo que queda muchísimo por compartir y convencida de que cuando este artículo salga en la revista ya se habrán acumulado muchos más viernes de los que presumir. Cierro este escrito con la invitación a seguir compartiendo vuestras actividades, generando comunidad, generando conocimiento, animando, motivando, mostrando todo aquello de lo que somos capaces juntos. Cierro este escrito recordando que Viernes Presumido y Jueves Tormentoso son ambos espacios de libertad para todas y para todos. Así que, fisioterapeutas del mundo: ¡Nos vemos en las redes!



TERRITORIO DASP... La red que sostiene el cambio

- En el contexto organizacional, una red de agentes de cambio es un grupo de personas que promueven y facilitan la transformación dentro de una empresa.
- Estos agentes no son solo seguidores, sino líderes que inspiran a otros a adoptar el cambio.
- Su función es crucial para asegurar que el cambio sea efectivo y sostenible.



ENTREVISTA A Montserrat Inglés Presidenta AEF APySC

Equipo Alto Rendimiento DASP

Montserrat Inglés es la actual presidenta de AEF APySC, la sociedad científica del primer nivel asistencial de la Fisioterapia. Es Doctora en Fisioterapia y Fisioterapeuta con más de 25 años de experiencia en Atención Primaria y Salud Comunitaria. A lo largo de su carrera ha compaginado la práctica asistencial, con la docencia y la investigación, participando en numerosos proyectos vinculados en la mejora de la calidad de vida de la población. Además, estuvo de Directora Asistencial durante 21 años y ha tenido el privilegio de liderar iniciativas que han impulsado el reconocimiento de la especialización de la Fisioterapia en este campo.

El equipo que integra AEF-APySC está formado por profesionales comprometidos, con amplia experiencia en diferentes áreas de la Fisioterapia en Atención Primaria y Comunitaria. Cuentan con Fisioterapeutas asistenciales, docentes y gestores que colaboran activamente para llevar adelante su misión.

Durante el tiempo que llevan en la presidencia de AEF-APySC, han logrado consolidar la presencia Institucional de la AEF-APySC, estableciendo alianzas estratégicas con sociedades científicas afines y con organismos públicos. Asimismo, han impulsado programas de formación continua, así como eventos científicos que facilitan la actualización y el intercambio de conocimiento entre profesionales. Destacan, entre sus logros, la participación activa en el Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria y en los Indicadores de la Promoción de la Comunitaria.

- Como presidenta de AEF-APySC, ¿nos podría realizar un histórico de AEF-APySC para contextualizar, y un resumen de su curriculum para conocerla un poco más? También nos gustaría que nos hable del equipo que integran la AEF-APySC, e hitos realizados bajo su mandato en AEF-APySC.



Relaciones con instituciones

Como presidenta de la Asociación Española de Fisioterapia en Atención Primaria y Salud Comunitaria (AEF-APySC), es un honor compartir una breve historia de nuestra asociación. La AEF-APySC nació con el objetivo de potenciar y visibilizar el papel fundamental de la fisioterapia en los ámbitos de Atención Primaria y Salud Comunitaria, ámbitos esenciales para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y el abordaje integral del paciente. Desde sus inicios, hemos centrado nuestros esfuerzos en promover diferentes aspectos relacionados con el nivel asistencial al que pertenecemos y la integración del fisioterapeuta en los equipos de atención primaria, buscando así mejorar la calidad asistencial y los resultados en salud.

Previamente estábamos constituidos como Sección de Atención Primaria que formábamos parte de la Junta de la Asociación Española de Fisioterapeutas. En esos momentos teníamos delegaciones en cada una de las distintas Comunidades Autónomas (CCAA) y con representación en todas ellas, hasta la constitución de los Colegios Profesionales, donde se substituyeron las Delegaciones de AEF por Colegios, quedando algunos de ellos conveniados con AEF y otros no, como en la actualidad.

A partir de ese momento al igual que son transferidas las CCAA y funcionan según cada idiosincrasia, la AEF continúa su labor



Equipo AEF APySC

representativa en el ámbito nacional. Al pasar de Sección a Sociedad Filial, hemos trabajado para fortalecer la presencia del Fisioterapeuta en Atención Primaria y Salud Comunitaria de la mano del Ministerio de Sanidad. Hemos realizado numerosas Jornadas Nacionales, en un principio como Sección de Atención Primaria y posteriormente como AEF-APySC, empezando de nuevo en la numeración de las Jornadas, todas ellas para dar a conocer las actualizaciones del Fisioterapeuta en Atención primaria y Salud Comunitaria, la investigación y convenios de colaboración con otras Sociedades Científicas, promoviendo el conocimiento y la colaboración multidisciplinar.

- ¿Cómo ve el momento que está viviendo la fisioterapia de APySC? ¿Retos que nos esperan?

Actualmente, la Fisioterapia en Atención Primaria y Comunitaria atraviesa un momento de expansión y visibilidad. Se valora cada vez más su contribución en la prevención, la promoción de la salud y el manejo integral del paciente crónico. No obstante, los retos son numerosos: conseguir un mayor reconocimiento profesional, integrar de forma estable y estructurada al Fisioterapeuta en los Equipos de Atención Primaria, acceso directo o también llamada consulta a demanda a fisioterapia y adaptar la formación universitaria a las necesidades reales del Sistema Sanitario.

Sobre todo, potenciar la unidad entre todos los Fisioterapeutas que estamos trabajando en este nivel asistencial, indistintamente, en la CCAA que ejerzamos nuestra profesión.

- Líneas de investigación que considera primordiales en la actualidad.

En el contexto actual, es fundamental priorizar líneas de investigación que aporten evidencia científica sobre el impacto de la fisioterapia en la mejora de la calidad de vida de la población, especialmente en el manejo de patologías crónicas, promoción de la salud y prevención de la discapacidad. Además, resulta imprescindible fomentar la investigación comunitaria con enfoque biopsicosocial que contemple la participación activa de la población.

Actualmente como AEF-APySC, estamos colaborando en dos Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, sobre Fisioterapia en Atención primaria, solicitado por el Ministerio de Sanidad con Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (REDEST). Además, colaboramos directamente con REICOP, Red Española de Investigación en COVID Persistente, Institución creada específicamente para este fin y de la que formamos parte del equipo investigador como socios.

- ¿Funciones de AEF / AEF-APySC? ¿Misión principal de la sociedad científica que dirige?

La Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF), a través de su Asociación filial en Atención Primaria y Salud Comunitaria (AEF-APySC), tiene como funciones principales la representación, defensa y promoción de los intereses profesionales y científicos de los fisioterapeutas



en Atención Primaria. Nuestra misión principal es consolidar la fisioterapia como un pilar fundamental en el Sistema Sanitario, particularmente en el ámbito de Atención Primaria y Comunitaria, mediante la promoción de la excelencia profesional, la investigación y la influencia en Políticas Públicas de Salud.

- ¿Qué mensaje daría a los fisioterapeutas jóvenes para que se interesen en la fisioterapia de AP y SC?

A los Fisioterapeutas jóvenes les dirijo un mensaje de estímulo para que se interesen y comprometan con la Fisioterapia en Atención Primaria y Comunitaria. Se trata de un ámbito profesional con amplias oportunidades para innovar, desarrollar proyectos de impacto social y contribuir a mejorar la salud colectiva. Los animo a formarse, involucrarse en proyectos comunitarios y apostar por la investigación, porque es un campo con un gran futuro lleno de retos.

- ¿Se esperan cambios en los planes de estudio de las universidades introduciendo formación específica de APySC en el Grado de Fisioterapia?

Las realidades son distintas según cada una de las CCAA, aunque los Planes de estudios están unificados y en la ORDEN CIN/2135/2008, de 3 de julio, en las competencias que se deben adquirir, contempla: Adquirir la experiencia clínica adecuada..... como a actuaciones en la atención primaria y comunitaria. Se deben dar pasos para introducir contenidos específicos de Atención Primaria y Comunitaria en los estudios del Grado de Fisioterapia, los cuales ya los contemplan, pero se deberá analizar en cada Universidad como se adquiere esa competencia y ver si es de contenido teórico o practico sobre todo a nivel de la Comunitaria.

La creciente demanda social y profesional hará que esta formación específica se consolide, mejorando la preparación de los futuros fisioterapeutas para el trabajo en este ámbito.

- Háblenos de cómo está la especialidad Fisioterapia APySC (en relación a la reunión con Mónica García y cómo va evolucionando el tema)

Como AEF-APySC no hemos mantenido ninguna reunión con Mónica García, pero si, con la Dirección General de Ordenación Profesional que es a quien compete este tema.

Para poder llevar adelante la especialización como ya sabéis, el Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, por el que se regulan la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, entre otros procedimientos, marca el trámite a seguir para la solicitud de un nuevo título de especialista en Ciencias de la salud y en su primer punto indica que se podrá iniciar por una o varias sociedades científicas de ámbito nacional válidamente constituidas en relación con el área de especialización en Ciencias de la Salud correspondiente, que acrediten la representación de, al menos, el setenta por ciento de los profesionales de esa área o por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. Por tanto, es necesario que los profesionales Fisioterapeutas que estén trabajando en atención primaria, se integren y formen parte de una Sociedad Científica vinculante con la Atención primaria.

Parece que nuestra cultura implícita es Colegiarnos por requisitos profesionales, pero no estamos acostumbrados a Asociarnos por los temas puramente científicos.



- Para cerrar, ¿nos puede hablar de los pasos que se están dando para definir la estructura de gestión de la fisioterapia, como pueda ser la figura de coordinador de APySC? ¿Cómo se puede hacer para que sea algo obligatorio, y no dependa tanto de la decisión de cada área sanitaria?

En cuanto a la gestión, es cierto que depende de cada área sanitaria, pero más que nada depende de la organización funcional de los distintos Servicios de Salud de cada una de las CCAA. Hay normativas de aplicación para definir los cargos directivos y no tanto de los coordinadores que, normalmente acaban siendo cargos de confianza. Se podría empezar definiendo las competencias de esta figura del coordinador de APySC, con funciones claras y que permita un reconocimiento institucional. Para que esta figura sea obligatoria y no dependa de decisiones individuales de cada área sanitaria, es fundamental avanzar en acuerdos con las administraciones y en la regulación a nivel estatal. La visibilidad y la presión desde las sociedades científicas serán claves.



Por último, desde AEF-APySC reiteramos nuestro compromiso con el desarrollo y fortalecimiento de la Fisioterapia en Atención Primaria y Comunitaria, trabajando por la mejora continua de la Salud de la población y el reconocimiento profesional de nuestros Fisioterapeutas.



ENTREVISTA A FERNANDO RAMOS

Presidente AEF

Equipo Alto Rendimiento DASP

La trayectoria profesional de Fernando Ramos Gómez se ha desarrollado en tres planos complementarios que le han permitido tener una visión amplia y comprometida de la Fisioterapia: la gestión institucional, la docencia universitaria y la acción colegial. Actualmente es presidente de la Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF), la organización científica y profesional que representa a los fisioterapeutas en España ante World Physiotherapy y otras instituciones internacionales. Además, es profesor en la Facultad de Fisioterapia de la Universidad de A Coruña y secretario general del Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia. Desde estos tres ámbitos trabaja con el objetivo de fortalecer la identidad profesional, avanzar en la regulación y reconocimiento de nuestras competencias, promover la excelencia académica y científica, y situar a la Fisioterapia en el lugar que le corresponde dentro del sistema sanitario. Cree firmemente en el potencial transformador de la profesión, en su compromiso con la salud pública y en su capacidad para liderar soluciones ante los grandes desafíos del presente y del futuro.

Sobre el Congreso World Physiotherapy en España

1. Recientemente la Fisioterapia mundial se reunía en el World Physiotherapy Congress en Tokio, ¿Qué impresiones te has traído para casa?

Participar en el World Physiotherapy Congress de Tokio ha sido una experiencia profundamente enriquecedora. Me ha permitido tomar el pulso a la profesión a escala global y confirmar que, pese a la diversidad de realidades sanitarias, compartimos desafíos comunes: la necesidad de consolidar nuestra presencia en los sistemas de salud, la urgencia de responder al envejecimiento poblacional, al auge de las enfermedades crónicas no transmisibles y la integración de tecnologías emergentes como la inteligencia artificial o la telerehabilitación.

Uno de los grandes aprendizajes ha sido constatar cómo la Fisioterapia está evolucionando desde un enfoque tradicional hacia modelos de atención más centrados en la prevención, la salud comunitaria y la participación activa del paciente.

 Asociación Española de Fisioterapeutas



Relaciones con instituciones



El congreso también ha servido para estrechar lazos institucionales y generar sinergias que refuercen la voz de la Fisioterapia en los foros internacionales. La presencia de la AEF en este tipo de encuentros no es solo una obligación institucional, sino una oportunidad estratégica para posicionar a la Fisioterapia española en la comunidad global.

2. ¿Qué significa para la AEF y para la Fisioterapia española ser anfitriones del Congreso Europeo de Fisioterapia en 2026?

Acoger el Congreso Europeo de Fisioterapia en Madrid en 2026 es, sin duda, un hito histórico para nuestra profesión. Será la primera vez que España albergue este evento de máximo nivel organizado por la Región Europea de World Physiotherapy, y representa tanto un reconocimiento al trabajo desarrollado durante décadas por los fisioterapeutas españoles como una oportunidad



6th Europe Region Physiotherapy Congress

5-6 November 2026

única para mostrar al mundo el potencial científico, clínico y humano de nuestra comunidad profesional.

Para la AEF, asumir la organización de este congreso supone un reto de enorme envergadura y una responsabilidad que afrontamos con entusiasmo y compromiso. No se trata únicamente de un evento científico: será un espacio de encuentro, de innovación, de reflexión crítica y de construcción colectiva de futuro. Además, situará a España como epicentro de la Fisioterapia europea durante esos días, proyectando internacionalmente nuestro talento, nuestras instituciones y nuestras propuestas para una Fisioterapia más integrada en los sistemas de salud.



3.¿Qué ejes temáticos principales tendrá el Congreso y cómo se alinean con los desafíos actuales del sistema sanitario español?

El programa del Congreso Europeo 2026 está diseñado para dar respuesta a los grandes retos que afrontan nuestros sistemas sanitarios y sociales, con un enfoque claramente alineado con las políticas de salud europeas y con las prioridades estratégicas de la Fisioterapia española. Entre los ejes temáticos destacan: el papel de la Fisioterapia en la Atención Primaria, el abordaje integral de las enfermedades crónicas, el envejecimiento activo, la salud mental, la equidad en salud, la sostenibilidad de los servicios sanitarios y la digitalización de la atención. Todos estos temas son especialmente relevantes en el contexto español. Nuestro sistema sanitario necesita urgentemente reforzar el modelo biopsicosocial, multidisciplinar y comunitario, y la Fisioterapia puede y debe ocupar un lugar clave en ese proceso. El congreso será un altavoz para propuestas concretas, modelos de éxito y evidencias científicas que demuestran cómo la Fisioterapia mejora la salud poblacional, optimiza los recursos sanitarios y aporta soluciones eficientes y sostenibles.

Fisioterapia y Atención Primaria

1.¿Cómo valora la respuesta de las administraciones públicas a las propuestas de la AEF sobre las especializaciones en general y de APySC en particular?

La respuesta institucional ha sido, en general, insuficiente y desalineada con las necesidades reales del sistema sanitario y de la ciudadanía. Desde la AEF llevamos años trabajando por el reconocimiento oficial de las especialidades en Fisioterapia, como ya ocurre en otras profesiones sanitarias. Esta demanda no responde a un interés corporativo, sino a una necesidad asistencial, formativa y científica. La complejidad creciente de los problemas de salud requiere fisioterapeutas altamente cualificados en ámbitos específicos.

El caso de la Atención Primaria y Salud Comunitaria es paradigmático. En un momento en el que el modelo asistencial debe virar hacia la prevención, el manejo de la cronicidad y la intervención comunitaria, la figura del fisioterapeuta en Atención Primaria es imprescindible. Hemos presentado propuestas concretas, planteando experiencias piloto y el aval que otorga la literatura científica, pero la apuesta institucional aún no ha llegado. A pesar de ello, continuamos el diálogo con administraciones autonómicas y estatales, confiando en que la evidencia, la demanda social y el consenso profesional se impongan finalmente.

2.¿Qué papel debería tener la especialización en Fisioterapia y cómo se está trabajando para su regulación formal?

La especialización es una herramienta imprescindible para garantizar una atención de calidad, eficiente y basada en la mejor evidencia. En la Fisioterapia actual, en el ejercicio liberal de la profesión, ya existe una práctica especializada de facto en áreas como la neurología, pediatría, geriatría, salud mental o cardiorrespiratorio, entre otras. Sin embargo, esta realidad no cuenta todavía con un reconocimiento oficial equivalente al que tienen otras profesiones sanitarias.

Desde la AEF, en colaboración con el CGCFE, la CNDFF y otras sociedades científicas, hemos liderado acciones de interlocución con los poderes públicos y se están desarrollando las directrices que recogen las competencias claves a adquirir en el marco de una formación sanitaria especializada. Actualmente el informe desarrollado en Fisioterapia respiratoria por SEPAR, supone la primera piedra de un largo camino por recorrer para alcanzar el ansiado reconocimiento.

Además, participamos activamente en la discusión sobre un modelo de especialidades que sea coherente con nuestro marco profesional, adaptado a nuestras competencias. Una vía de especialización regulada no solo impulsa la profesión, sino que mejora la respuesta del sistema sanitario y protege a los usuarios. La regulación de las especialidades no es una opción, es una necesidad inaplazable.

Visión Estratégica y Futuro de la Profesión

1.¿Cuáles son los principales retos a medio plazo para la profesión en España? (Gestión??)

Los retos de la Fisioterapia española a medio plazo se pueden agrupar en tres grandes dimensiones: estructural, científica y social.

Desde el punto de vista estructural, el reto más inmediato es la integración efectiva en el sistema sanitario público, especialmente en Atención Primaria y Salud Comunitaria. Necesitamos pasar de una presencia testimonial a una intervención estratégica y estructural, con plantillas adecuadas, autonomía profesional y visibilidad institucional. Esto va ligado a una necesaria reforma del modelo de gestión que permita a los fisioterapeutas ocupar también posiciones de liderazgo clínico y organizativo dentro de las instituciones sanitarias.

En el plano científico, el desafío es consolidar una cultura investigadora sólida, estable y transferible. Necesitamos más proyectos I+D+i liderados por la profesión, y una mayor presencia en foros donde se consensan las políticas sanitarias.

Y en la dimensión social, el gran reto es garantizar que la Fisioterapia sea accesible y universal, que no se perciba ni funcione como un servicio de lujo reservado a quienes pueden permitírselo. La Fisioterapia debe estar al alcance de toda la ciudadanía, independientemente de su nivel socioeconómico, su lugar de residencia o su edad. Para lograrlo, es necesario integrar de forma estructural nuestros servicios en el sistema público de salud, reforzar la presencia en Atención Primaria y diseñar políticas que reduzcan las desigualdades en el acceso.

Solo así podremos cumplir con nuestro compromiso social y contribuir, desde la Fisioterapia, a una sanidad más justa, equitativa y centrada en las personas.

Liderazgo y Rol de la AEF

1.¿Qué prioridades estratégicas tiene la AEF para los próximos años?

Nuestro plan estratégico se basa en cinco pilares fundamentales:

- Reconocimiento institucional y competencial: consolidar y ampliar el marco normativo que respalda nuestras competencias, especialmente en ejercicio terapéutico, salud pública, tecnologías sanitarias y especialización.
- Impulso científico y editorial: queremos fortalecer decididamente la investigación y la producción científica liderada por fisioterapeutas. En este sentido, una prioridad clave es el impulso y posicionamiento de nuestra revista Fisioterapia, publicación oficial de la AEF. Estamos trabajando para mejorar su visibilidad y avanzar hacia su indexación en un mayor número de bases de datos internacionales, lo que supondría un hito fundamental para la proyección científica de la profesión fuera de nuestras fronteras.

- Desarrollo profesional y liderazgo clínico: promover el crecimiento profesional continuo, desde la formación inicial hasta el liderazgo en gestión sanitaria.
- Internacionalización: fortalecer nuestra presencia en organismos europeos e internacionales, liderando propuestas y siendo referentes en buenas prácticas.
- Proximidad y comunicación: acercar la AEF a nuestros asociados, ser una voz clara, accesible, útil y que represente con fuerza a todos los fisioterapeutas del país.

2.¿Qué legado espera dejar como presidente de la AEF en este período tan decisivo para la profesión?

Me gustaría que este periodo fuera recordado como una etapa de consolidación institucional y proyección internacional de la Fisioterapia española. Que la AEF haya sido capaz de posicionarse como un actor estratégico del sistema sanitario, con voz propia, con propuestas sólidas y con resultados tangibles.

Queremos dejar una organización más fuerte, más cohesionada, más útil para sus miembros y más reconocida fuera de nuestras fronteras. Un legado que combine valores profesionales, ética, rigor, ciencia y compromiso social, con una visión moderna y transformadora de la Fisioterapia.

3.Recientemente se ha estrenado un subgrupo AEF de gestores en fisioterapia, ¿Qué impacto tienen los fisioterapeutas gestores en la mejora de los servicios y en los resultados clínicos? ¿Hay datos o ejemplos que pueda compartir?

Los fisioterapeutas gestores son clave para garantizar la calidad, la eficiencia y la humanización de los servicios. Tienen la capacidad de organizar recursos, definir itinerarios clínicos, promover prácticas basadas en la evidencia y generar cultura de evaluación de resultados. Sin fisioterapeutas en gestión, la toma de decisiones queda desligada de la realidad asistencial y profesional.

Desde la AEF hemos impulsado una sociedad científica específica que visibilice su labor, comparta buenas prácticas y contribuya a generar datos sobre impacto clínico y organizativo. Existen ya experiencias muy exitosas en distintos servicios regionales de salud, donde la incorporación de fisioterapeutas a puestos de coordinación ha redundado en mayor accesibilidad, menor derivación farmacológica y mejores indicadores de satisfacción del paciente. Pero el camino es largo y queda mucho por recorrer.

4.¿Qué barreras suelen encontrar los fisioterapeutas que aspiran a roles de gestión, y cómo puede la AEF contribuir a superarlas?

Las barreras son múltiples: desde la falta de reconocimiento institucional hasta la escasa formación específica en gestión sanitaria durante la formación de posgrado dentro de nuestra disciplina. Además, persisten inercias organizativas que dificultan el acceso de fisioterapeutas a puestos de liderazgo clínico y directivo.

La AEF puede contribuir ofreciendo formación específica, dando visibilidad a la labor desarrollada por referentes, elaborando documentos de buenas prácticas y promoviendo cambios normativos que garanticen el acceso de fisioterapeutas a estructuras de gestión en igualdad de condiciones que otros profesionales sanitarios. Empoderar a nuestros profesionales para que lideren no solo desde las unidades de rehabilitación, sino también desde los órganos de decisión, es una prioridad.

Formación y regulación

1.¿Cómo están impactando las nuevas tecnologías (IA, telerehabilitación, wearables) en la práctica fisioterapéutica?

Estamos asistiendo a una revolución silenciosa pero profunda. Tecnologías como la inteligencia artificial, la realidad aumentada, los sensores de movimiento, los dispositivos de seguimiento remoto o la telerehabilitación están transformando la forma en que evaluamos, intervenimos y seguimos a los pacientes.

Estas herramientas no sustituyen la labor del fisioterapeuta, pero sí amplifican nuestras capacidades: permiten una monitorización más precisa, personalizar los tratamientos, mejorar la adherencia y ofrecer atención a distancia cuando es necesario. El reto está en integrar estas tecnologías de forma ética, segura y basada en evidencia, sin perder de vista la dimensión humana de la relación terapéutica.

2.¿Está la AEF trabajando para posicionar a la Fisioterapia en estos nuevos entornos digitales y tecnológicos?

Sí, de forma decidida. Uno de nuestros objetivos estratégicos es que la Fisioterapia española no solo se adapte a los nuevos entornos digitales y tecnológicos, sino que participe activamente en su diseño e implementación. Por ello, desde la AEF estamos trabajando en la creación de una nueva sociedad científica filial centrada específicamente



en Fisioterapia Digital. Esta sociedad abordará de manera transversal los retos derivados de la digitalización, como la telerehabilitación, el uso de inteligencia artificial, los entornos virtuales, los sensores inteligentes o la ética profesional en contextos tecnológicos.

La creación de esta sociedad científica permitirá generar conocimiento, establecer estándares, orientar la formación y reforzar la presencia de la Fisioterapia en los espacios de innovación digital. Es una apuesta estratégica que contribuirá a posicionar a la profesión en un ámbito en plena transformación, con enormes implicaciones clínicas, éticas y organizativas.

Cierre

1.¿Qué le motivó personalmente a liderar la AEF y qué mensaje quiere dejar a los fisioterapeutas jóvenes que se inician en la profesión?

Mi compromiso con la Fisioterapia va más allá del ejercicio clínico o académico. Siempre he sentido que, como colectivo, teníamos mucho más que aportar a la sociedad y que la mejor forma de lograrlo era desde la unidad, la ciencia y la representación. Asumir la presidencia de la AEF ha sido una forma de canalizar ese compromiso en un momento especialmente relevante para la profesión.

Tuve además la suerte de aprender de personas muy relevantes en la historia reciente de la Fisioterapia española. Profesionales con una gran visión, con un sentido profundo del deber y con una generosidad ejemplar a la hora de trabajar por los intereses comunes. Para mí fue una experiencia profundamente transformadora. Me inculcaron no solo el amor por la profesión, sino también el compromiso con su desarrollo colectivo y con la defensa de los derechos y necesidades de quienes la ejercemos con vocación.

A los fisioterapeutas jóvenes les diría que estamos viviendo una etapa apasionante. Que la Fisioterapia está en expansión, que se enfrenta a importantes

retos, pero también a oportunidades únicas. Que no se conformen con lo establecido, que se formen, que investiguen, que participen en las estructuras profesionales y que hagan oír su voz. Esta profesión es suya.

AEF cuenta con distintas sociedades según áreas de especialización:

Atención Primaria y Salud Comunitaria

Cardiología

Deporte y Actividad Física

Educación Superior

Estudiantes

Fisioterapia Aplicada en Animales

Fisioterapia del Trabajo y Ergonomía

Geriatría y Gerontología

Fisioterapia Pediátrica

Neurología

Oncología

Salud de la Mujer y Salud Pélvica

Salud Mental

Sociedad Española de Directivos en Fisioterapia

Sociedad Española de Ecografía en Fisioterapia (SEEFi)

Terapias Manuales

ComuniDASP de Aprendizaje

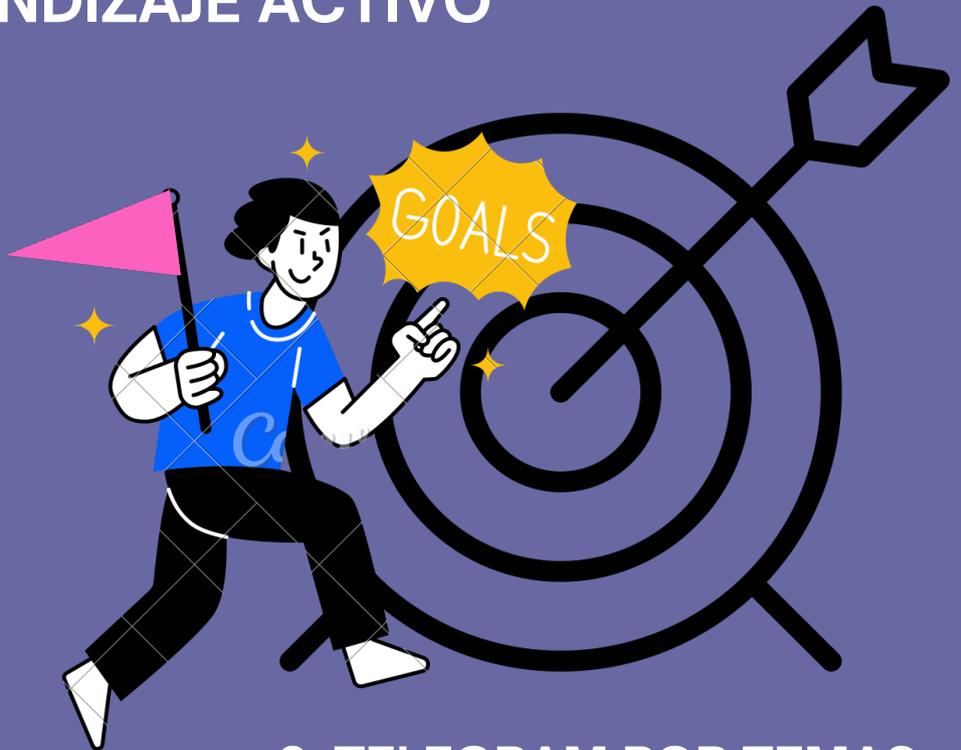


TIERRA DEL APRENDIZAJE ACTIVO (campamento 8)

Zooms con canales telegram temáticos por intereses clínicos/comunitarios para posibilitar la realización de proyectos comunitarios semiguidados gracias a la colaboración de tod@s.

Aprender haciendo programas comunitarios sabiendo que tenemos herramientas para mejorar y facilitar los proyectos.

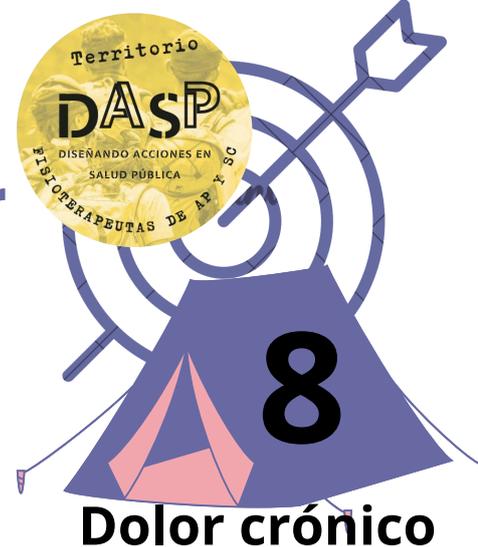
Desafío DASP para visibilizar los trabajos sobre "fisioterapia comunitaria" que se hacen en los grados de fisioterapia



8. TELEGRAM POR TEMAS
DOLOR CRÓNICO
ENVEJECIMIENTO ACTIVO
HÁBITOS SALUDABLES

II Congreso Internacional de Afrontamiento Activo del dolor

ENTREVISTA A FEDERICO MONTERO



Karina Piñeiro



Me encuentro con Fede en la formación de **Experto en Estrategias de afrontamiento activo del dolor persistente**, organizado por la Sociedad Científica de Estrategias de Afrontamiento Activo del Dolor Persistente en Castilla y León (SEAFRONTADOCYL) y el Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León (ICSCYL).

Federico Montero es fisioterapeuta. Doctor por la Universidad de Salamanca. Fundador y coordinador de la Unidad de Estrategias de Afrontamiento Activo del Dolor en Atención Primaria de SACYL junto con Miguel Ángel Galán. Ponente en más de 30 congresos nacionales e internacionales y más de 15 años de experiencia clínica. Docente en grado y másteres oficiales de varias universidades. Miembro del grupo de trabajo de la Guía Clínica de Dolor Crónico primario no oncológico del Ministerio de Sanidad. Investigador principal en varios proyectos financiados relacionados con la neurociencia, ejercicio físico terapéutico, discapacidad y calidad de vida.

Hola Fede, ¿qué tal? Empezamos si te parece con la entrevista y allá va la primera pregunta, ¿cuál es la filosofía del II Congreso Internacional de afrontamiento activo del dolor persistente de Valladolid en octubre 2025?

La filosofía es que el espíritu que se creó en el primer Congreso entre los fisioterapeutas (y se creó en una gran red) se expanda y **se cree una red entre todos los profesionales de atención primaria que vengan**; enfermer@s, médicos, pediatras, matronas, otro tipo de profesionales de atención primaria. Que se creen redes dentro de la atención primaria, porque mover el afrontamiento activo solo desde la fisioterapia es imposible y hay que moverlo desde toda la atención primaria.

El objetivo es que se empodere la primaria, que es el momento del primer nivel asistencial. **Los profesionales de atención primaria tenemos que trabajar conjuntamente y para eso tenemos que conocernos más.**

Y en el Congreso se combinará arte y ciencia, ¿no? ¿Cómo lo vais a hacer?

Habrà una mesa que se llamarà "**Arte y Dolor**" y explorará el dolor a través del arte. Tendremos también a **Broken Physio Teatro**, un grupo de teatro que nació en el primer congreso y que seguirá con nosotros, y nos seguirán sorprendiendo porque tenemos plena confianza en ellos y en lo que quieran compartir.



Va a ser un Congreso más dinámico, con menos ponencias y más mesas de **debate**, de **trabajo**, incluso también mesas lúdicas, con un **trivial** por equipos sobre el afrontamiento activo del dolor y veremos quiénes son los finalistas...

Nos acercaremos a la **Neuromagia** y si todo sale bien, caerá alguna sorpresa más.

Queremos tener muchos ingredientes para crear conexiones: **coworking**, **networking**... llamémoslo como queramos, pero lo que queremos en definitiva es crear redes, crear "espíritu" y empoderarnos todos juntos.

¡Qué buena pinta! Y desde el juego, que es una buena manera de poder hacer cosas. Bueno, si te pedimos un resumen desde ese primer congreso que fue hace ya tres años, hasta ahora, ¿cómo lo resumirías?

Todavía hay mucha gente que se acuerda del primer congreso. Voy por muchos sitios, ya que estoy moviéndome, a jornadas, congresos, cursos o viajes... y te encuentras con gente que vino a ese congreso y te lo recuerda con mucho cariño, con mucho entusiasmo. Hay personas que dicen que volvieron a **recuperar la ilusión**.

Para mí, con eso, se cumplió el objetivo.

Había gente que estaba frustrada, probablemente había más frustración entre los fisioterapeutas de primaria que entre los de hospitalaria. Que tanto unos como otros nos dijeran que habían recuperado la ilusión, para mí ese fue el logro más claro y más básico.

En segundo lugar, creo que el congreso fue **el detonante de que se hayan creado las primeras unidades de estrategia de afrontamiento**. **Gestores** del País Vasco, La Rioja etc. acabaron apostando por crear este tipo de unidades o hacer pilotajes. Además de los gestores y el momento de reestructuración que está viviendo la primaria, hay que poner en valor las más de 700 personas que conforman actualmente el **Territorio DASP** y cómo han logrado movilizar algunas comunidades autónomas y cómo se han visibilizado y ayudado entre ellos para seguir avanzando hacia el afrontamiento activo del dolor y hacia los programas comunitarios, entre otros avances para la fisioterapia de la pública (y del primer nivel asistencial en particular).

En tercer lugar, destacar que cada vez más, las sociedades científicas médicas cuentan con los fisioterapeutas. En **congresos de otras disciplinas empiezan a contar con los fisioterapeutas**. Algunos de esos primeros contactos se hicieron en el primer congreso; el congreso de geriatría, de la sociedad española en reumatología, en neurología... yo creo que también muchos contactos se hicieron ahí o se empoderaron ahí para poder tener más visibilidad.

En cuarto lugar, en estos tres años, a nivel gestor, yo creo que se ha avanzado. En atención primaria **los gestores ya conocen el afrontamiento activo del dolor persistente** y algunos están apostando, otros tienen todavía sus dudas etc.

Por último, sabemos que un cambio de paradigma puede durar 15-20 años o más y que es normal que vaya de manera gradual, pero yo creo que ya **empezó la gota a expandirse** desde ese congreso y este congreso esperemos que sea otra gota que todavía expanda más la anterior.

Muy bien, entonces lo que te gustaría lograr en este segundo congreso es que se siga expandiendo esa gota que dices, que se siga expandiendo...

...y que se empoderen todos los equipos y que se aprenda a trabajar de manera interdisciplinar y por eso esa idea de que sea un punto de encuentro, que nos conozcamos y que a partir de ahí se creen redes más fuertes y podamos progresar todos juntos con el objetivo de promocionar los **hábitos saludables**, en vez de tratar la enfermedad, **fomentar la salud**,

También vemos a muchos profesionales de otras disciplinas frustrados con este sistema sanitario. Ojalá, este segundo congreso sea también otro punto para **empodernos y conseguir tener fuerza e ilusión para dar pasos hacia el cambio**.

Ahora que hablas de esos pasos hacia el cambio, desde Territorio DASP te queremos preguntar si nos podrías decir un lema, un lema de cara al 2026.

Bueno... **DIRECTAMENTE A SER PRIMARIA**, ¿no? Directamente a potenciar la primaria, directamente a que la atención primaria ocupe el lugar que tiene que ocupar en la sanidad, ¿no? Que siga los principios, que se han desvirtuado y se creen las redes necesarias con la hospitalaria para que juntos podamos trabajar en este cambio, en este modelo “de más afrontamiento y menos empastillamiento”, a lo mejor.

Hay compañeros que me han pasado preguntas para ti. Te piden consejo para integrantes de un equipo que va a poner en marcha, por ejemplo, una unidad de estrategias de afrontamiento activo. Esto te suena.

Sí, bueno, puedo decir muchas cosas, pero vamos a sintetizar lo primero, que un plan, un objetivo, sin una estrategia, sin una planificación, se puede quedar solo en un deseo.

Entonces, es muy importante la estrategia, la **planificación**, hay que ser consciente de que las gestiones de cambio, cuando son caminos nuevos, requieren a veces una primera etapa de esfuerzo/sobreesfuerzo, pero después hay que sostener el cambio, de manera más progresiva y lenta, para que sea **sostenible a medio-largo plazo**.

El secreto de que la unidad de afrontamiento se creara y se desarrollara fue que éramos y somos un equipo. En principio éramos un equipo de dos. Ahora somos un equipo de 35 entre todas las unidades, pero **somos un equipo** y eso es lo más importante.



No se nos puede olvidar que para que las cosas funcionen, hay que saber trabajar en equipo y la esencia tiene que ser un equipo consciente de que a pesar de las diferencias, somos capaces de sostener el diseño por un propósito que nos une.



Y si pudieras volver atrás, escogerías volver a hacer fisioterapia, ¿por qué lo harías?

Sí, yo la conozco más ahora que antes. Al principio desconocía gran parte de ella. Me llamaba la atención el mundo del deporte, que era lo que más conocía. Pero sinceramente, creo que es una disciplina que ha crecido mucho, que tiene mucho por crecer, que es muy motivadora, muy ilusionante.

Estamos ocupando un lugar dentro de la sanidad, de cercanía al paciente, de humanización, de contacto físico y de contacto cercano con el paciente. Tenemos la posibilidad de tener una relación bastante estrecha, que muchas veces otras disciplinas la están perdiendo. Muchas personas hoy, a nivel social, a nivel sanitario, tienen de referente a un fisioterapeuta.

Rara es, la persona que no te dice “mi fisio es el mejor”,

La fisioterapia ha ocupado ese lugar de ser humano que acompaña y ayuda en los procesos de recuperación, y yo creo que la fisioterapia en estos últimos años ha crecido muchísimo, también en los caminos de prevención y promoción de la salud. Está ayudando mucho a la sociedad, se está visibilizando y bueno, yo creo que **sí que volvería a estudiar fisioterapia**.

¿Y qué consejo le darías a un estudiante que se plantea matricularse en fisioterapia?

Bueno, muchos fisioterapeutas le van a decir que la cosa está muy mal, que debería pensar en otra profesión... Yo todo lo contrario, yo le diría: "Si te gusta, infórmate, conócela, si te gusta y crees que la conoces, sabrás que es sacrificado, pero si te gusta, puede ser de las mejores profesiones,

Si la sientes y la vives, va a ser de las mejores opciones laborales porque te vas a sentir muy desarrollado profesionalmente. Ahora, si te metes solo porque crees que ganan mucho dinero y porque tienen fama y un estatus, pues entonces no te metas porque te vas a acabar frustrando.

Es una profesión dura donde el paciente muchas veces nos demanda o nos encontramos con situaciones difíciles que no acaban de ser resueltas por otros profesionales y dan vueltas por nuestras consultas buscando alivio.

Si se quieren dedicar al afrontamiento activo del dolor, sí que les diría que sean conscientes de saber donde se meten, que tiren para adelante y que aquí estaremos muchos para apoyarle ya que es una de las profesiones más bonitas y el campo del dolor crónico es muy exigente y puede ser desgastante a nivel emocional, pero muy satisfactorio.

Le diría que no tenga fiebre por hacer cursos y cursos, que es la inseguridad de cuando salimos, de que queremos tener muchas herramientas y lo más importante no es tener herramientas, es tener paciencia para ir cogiendo experiencia.

Que no pierdan la esencia de la humanización, de los cuidados, que es lo esencial, que no pierdan la esencia de que nosotros somos los que acompañamos en el proceso, no somos el superman que soluciona problemas como muchas veces hemos creído.

Los salvadores, ¿no? Bueno, en principio nada más, no sé si quieres comentar algo más.

Dar muchísimas gracias a los DASP, por la valentía de generar pequeños-grandes cambios en sus contextos y seguir aprendiendo.

Va a haber desacuerdos, inestabilidades, conflictos, golpes, errores y caídas, porque todos ellos son parte de los procesos. Tenemos que saberlos llevar de la mejor manera posible y darnos la oportunidad de sostener todo eso y atisbar caminos compartidos. De las grandes crisis, en todos los sentidos, siempre salen las grandes oportunidades.

Muchas gracias, Fede!! Nos vemos en el congreso!!

No te olvides pasar por el stand de TERRITORIO DASP en el II Congreso Internacional de Afrontamiento Activo del dolor en Valladolid

-Presentaremos esta revista que tienes entre manos.

-Os acercaremos **4x4**, el Proyecto Semiguaido 2025-2026 para fortalecer las redes interdisciplinarias y fomentar hábitos saludables en nuestras comunidades.

-Estaremos en una mesa debate. ¡Nos vemos!



LOUIS GIFFORD

Más allá del dolor, el modelo de la humanidad

En el I Congreso Internacional sobre el Afrontamiento Activo del Dolor (Octubre 2022), no bastaba con recordarlo: había que celebrarlo, revivirlo, darle voz. Porque **Louis Gifford** no fue solo un pionero en el cambio de paradigma del dolor persistente, fue un clínico que incomodó, que cuestionó lo aprendido, que sembró ideas que hoy florecen en muchos rincones del mundo donde se hace fisioterapia con consciencia. El homenaje que se le rindió fue, en realidad, una relectura colectiva de su legado: cálido, crítico y profundamente vigente.

El Modelo del Organismo Maduro: una nueva mirada a la protección

Uno de sus aportes más poderosos —y aún no lo suficientemente difundido— es el Modelo del Organismo Maduro (Mature Organism Model, MOM). Un modelo que nos invita a ver al ser humano como un sistema activo de protección, no como una máquina que se rompe y hay que reparar.

The organism is a self-protecting, self-repairing, self-learning entity... always sampling, assessing and responding to threat or potential threat.
Gifford, Aches and Pains, Vol I

Según Gifford, el sistema nervioso de un organismo maduro está en constante proceso de **evaluación del entorno**, procesando información sensorial, contextual, emocional y cognitiva para tomar decisiones que favorezcan la **supervivencia y el bienestar**. El dolor, desde esta perspectiva, no es simplemente un reflejo de daño, sino una **respuesta defensiva**, una alarma sensible al entorno, la experiencia previa y las expectativas.



Philippa Tindle, la mujer de Louis Gifford, nos acompañó en el homenaje que le hicimos a Louis en el I Congreso Internacional de Afrontamiento Activo del dolor. Puedes acceder a la entrevista que le hicimos [aquí](#)



Dolor crónico

Este modelo fue revolucionario porque:

- * **Desplaza el foco del daño al contexto:** no hay una relación lineal entre daño tisular y dolor.
- * **Reconoce el papel del aprendizaje y la experiencia** en la sensibilidad del sistema nervioso.
- * **Abre la puerta al tratamiento educativo y activo**, al influir sobre la percepción y la interpretación del peligro.

"Pain is an output of the brain designed to protect us from harm, not a direct measure of tissue state."
Gifford, Aches and Pains, Vol II

Este organismo maduro, como lo describía Gifford, no es pasivo ni frágil: **es adaptable, cambiante y profundamente influenciado por su entorno físico y social**. La clave terapéutica no es silenciar sus alarmas a la fuerza, sino enseñarle que ya no está en peligro.

Del modelo a la clínica: afrontar activamente el dolor

El paso siguiente fue lógico: **si el dolor es una respuesta de protección aprendida**, entonces el abordaje terapéutico debe facilitar un nuevo aprendizaje. Y ahí nace la piedra angular de su propuesta clínica: el **afrontamiento activo**.

Gifford defendía una fisioterapia centrada en:

- * La **educación en neurociencia del dolor**.
- * La **exposición gradual al movimiento y la actividad**.
- * El **acompañamiento emocional y la validación de la experiencia del paciente**.
- * La **relación terapéutica como herramienta de seguridad**

"Get the patient moving and living again - safely, gradually, and with meaning."

Gifford, *Aches and Pains*, Vol III

Rechazaba los modelos pasivos, paternalistas y basados en "arreglar cosas". En su lugar, proponía una fisioterapia que **"enseñe al sistema nervioso que ya no necesita protegerse tanto"**. Esa es la esencia del afrontamiento activo: recuperar la función a través de la comprensión, el movimiento y la confianza.

Un legado encendido

Durante el congreso, su frase volvió a escucharse una y otra vez, no como eslogan, sino como brújula ética:

"Do simple things well - and with kindness."

Haz cosas simples, hazlas bien y hazlas con amabilidad.

Un principio que resuena también en las historias recogidas por la Chatered Society of Physiotherapy en su informe **Scars and Pains** (2022), donde el liderazgo en fisioterapia se muestra como una práctica situada, encarnada y profundamente humana. Como dice uno de los testimonios:

"The most powerful change happens when someone believes in you, and stands beside you while you rebuild."

Hoy más que nunca, el legado de Louis Gifford sigue vivo. Su **Modelo del Organismo Maduro** es una herramienta poderosa para repensar el dolor, pero también para repensar nuestra profesión. Nos recuerda que el cuerpo humano no es una máquina rota que hay que reparar, sino un sistema sabio que puede –con ayuda, tiempo y sentido – volver a confiar.

Y eso, al final, es la esencia del acto terapéutico: **restaurar la seguridad donde antes había amenaza.**

Gracias, Louis. Tu semilla sigue brotando.

Y sí, el organismo maduro sigue aprendiendo.

Referencias

* Gifford, L. (2001-2007). **Aches and Pains** (Vol. I-III). CNS Press.

* Chartered Society of Physiotherapy. (2022). **Scars and Pains: Leadership Journeys in Physiotherapy**. https://www.csp.org.uk

* Moseley, G.L. & Butler, D.S. (2015). **Explain Pain Supercharged**. NOI Group.

* Nijs, J., et al. (2021). "From acute to chronic pain: transition and treatment." **Journal of Pain Research**, 14, 1571-1585.

El legado que sigue vivo en las cabezas, corazones y manos



Uno de los momentos más emotivos del I Congreso Internacional de Afrontamiento Activo del dolor-Memorial Miguel Ángel Galán fue el homenaje a Louis Gifford. La presencia y palabras de Philippa Tindle aún resuenan en muchos de nosotros, así como sigue el eco de las canciones de Megan Henwood, sobrina de Louis. Pudimos disfrutar de las canciones "Join the dots", "Hello and Goodbye" y "Painkiller", la canción que dedicó a su tío.



De momento, seguimos teniendo la opción de leer en castellano, sobre Gifford, en la web de lafisioterapia.net. Estamos seguros de que los fisioterapeutas tenemos el deber de dar a conocer su obra a los profesionales que trabajan en el mundo del dolor.

Broken Physio Teatro, nos acercó a Gifford con un monólogo en 2024, en el décimo aniversario de su muerte. Su obra, sigue siendo muy necesaria para los profesionales que trabajan con dolor.



ComuniDASP de aprendizaje en dolor

Paula Areso



Dolor crónico

intercambiar conocimiento y compartir experiencias que nos puedan ayudar a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. También, por qué no, para cuidarnos los unos a los otros. El trabajo con esta población clínica da muchas satisfacciones y es altamente gratificante. A la vez, en ocasiones, es difícil y frustrante y es necesario recurrir a otros compañeros para recibir ayuda sobre cómo orientarlo o simplemente compartir las dificultades.

El 1 de octubre del 2024, con una entrevista vía zoom, arrancó la ComuniDASP de Aprendizaje en Dolor. Ese día tuvimos la suerte de contar Carlos Giménez Donoso que de una forma amena y familiar llevó la conversación sobre DASP, su nacimiento, su evolución a través de los diferentes acrónimos y sobre la creación de este nuevo grupo enfocado en el abordaje del paciente con dolor crónico. Para mí fue un placer participar junto con Lucía Bonis y Carmen Secades de Cantabria y Mayte Muñoz de Aragón, todas fisioterapeutas del Sistema Público de Salud que trabajan para que el nuevo abordaje sea una realidad.

A partir de ahí, creamos el grupo de telegram y decidimos qué imagen sería nuestra seña de identidad. Elegimos un FARO. Dasp nació al calor de los preparativos del I Congreso Internacional de Afrontamiento Activo del dolor que se celebró en Valladolid en octubre de 2022, cuando las siglas significaban Desconocidos, Aunque Sobradamente Preparados. Miguel Ángel Galán y Federico Montero han sido un faro para todos los que comenzamos con el nuevo paradigma del dolor y así lo sentimos durante ese Congreso. Un faro que nos sigue guiando en esta Comunidad.

¿Qué ofrecemos? Ofrecemos un espacio donde son fundamentales la colaboración, el aprendizaje continuo y el crecimiento personal y profesional. Sabemos de la soledad de los fisioterapeutas de Atención Primaria y de las dificultades que tiene el abordaje de los pacientes con dolor crónico. El objetivo es apoyarnos para mejorar nuestra práctica clínica,

COMUNIDASP DE APRENDIZAJE

1 de octubre
20.00 h

Lucía Bonis

Mayte Muñoz

Carmen Secades

Paula Areso

moderado por:
Carlos Giménez Donoso



AFRONTAMIENTO ACTIVO
DEL DOLOR CRÓNICO

Damos la bienvenida a los nuevos miembros invitándoles a echar un vistazo al mensaje que tenemos fijado. En él, explicamos los objetivos y animamos a todos a compartir estas preguntas: ¿Quién soy y qué me ha traído aquí? ¿Qué me gustaría aprender? ¿Qué pienso aportar? ¿Qué necesito para que esta comunidad de aprendizaje sea un entorno seguro y de confianza?

¿Qué hemos hecho en estos meses de andadura?

Hemos construido un espacio de aprendizaje basado en el respeto, la empatía, la crítica constructiva, la libertad de expresión, la colaboración y la amabilidad. Hemos

intercambiado libros, guías para pacientes y artículos de interés.

También ha surgido algún debate, como cuando comentamos el [artículo](#) sobre los neurofilamentos de cadena ligera en los pacientes con fibromialgia.

Para mí, el apartado más ilusionante ha sido **PERSONAS Y SABERES**, que se estrenó el último domingo de enero. En esta sección hemos invitado a fisioterapeutas del Sistema Público de Salud, que trabajan con pacientes con dolor crónico, a contarnos su experiencia. En enero fue [Carlos](#) del Río desde la Unidad de Afrontamiento de Ávila quien compartió la experiencia de una Unidad de nueva creación.



En febrero nos fuimos a [Aragón](#). Desde allí Helena Gaspar, Nuria Garín, Olga Blasco, M^a Jesús Gallego, Gema Galindo, Ana Iglesias, María Mena, Susana Sánchez y Mayte Muñoz nos contaron cómo han realizado un proyecto de calidad para poder implementar el abordaje en su sistema sanitario.



En marzo viajamos hasta Extremadura donde encontramos la Unidad de Afrontamiento de [Badajoz](#). Allí trabaja Juan Manuel González que con mucho cariño y humor nos explicó el trabajo que allí realiza.



Abril fue para PainGroup de [Cantabria](#). A través de una bonita y cercana conversación entre ellos, Iñaki, Jorge, Cristina, Lucía, Sara y Jayone, nos hablaron de sus proyectos, ilusiones y dificultades en este camino del afrontamiento.



Mayo fue el turno de [Murcia](#). Loli y M^a José nos enseñaron el centro donde hacen su programa con los pacientes de dolor crónico y cómo a través de un proyecto de investigación con la colaboración de la Universidad lo han puesto en marcha y están ahora en fase de expansión.



En junio las compañeras de [Madrid](#), Silvia, Cristina, Marisa, Montse, Victoria, María e Irene nos han mostrado su trabajo y un enfoque interdisciplinar. Esta vez han participado l@s verdader@s protagonistas del Afrontamiento, los pacientes y resulta muy gratificante.



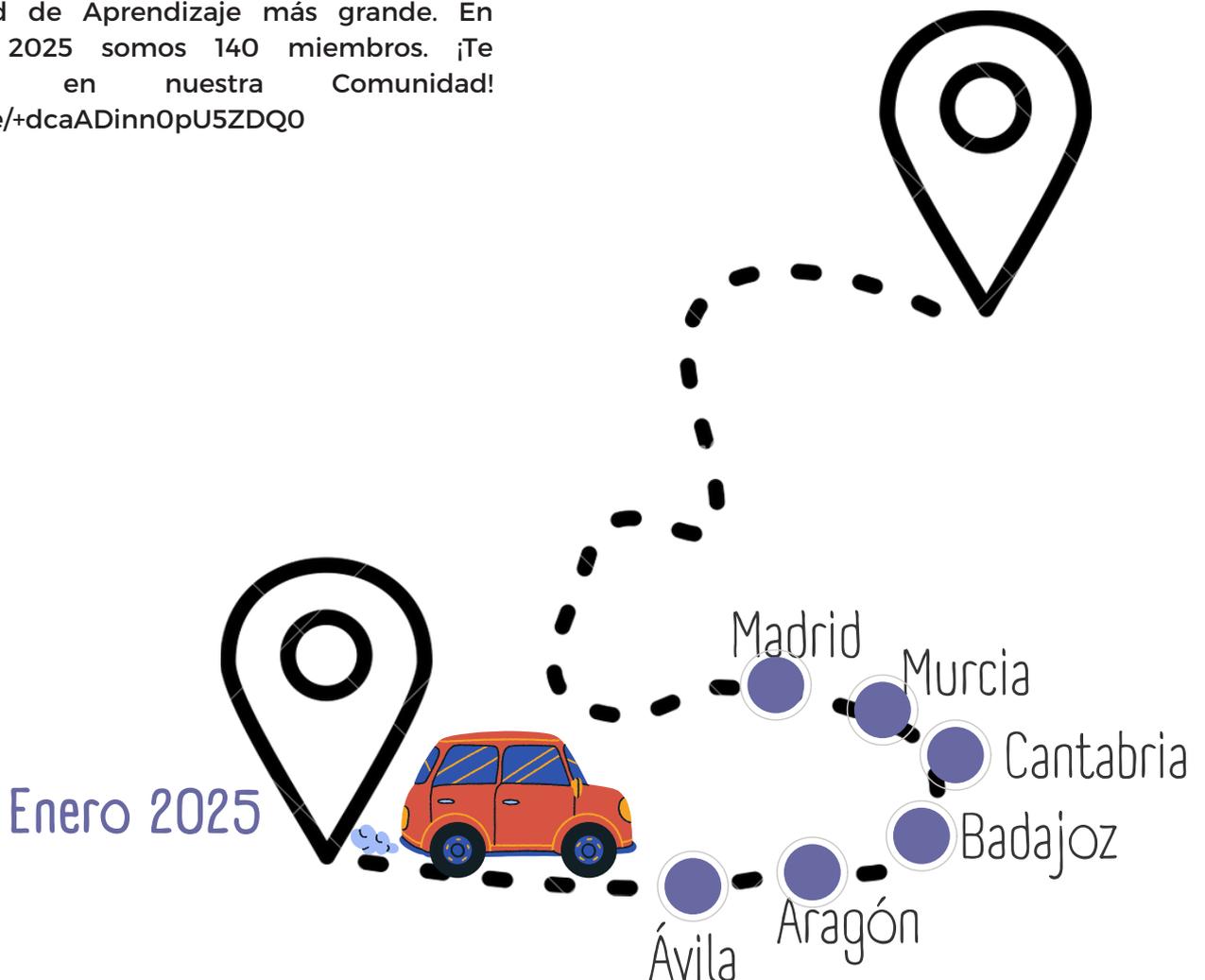
Nuestro plan es seguir viajando para conocer todas esas PERSONAS Y SABERES que están trabajando en el nuevo abordaje, que quieran compartir su experiencia, aportar su saber y su vivencia, sus dificultades y estrategias para resolverlas.

En definitiva, que unos seamos FAROS para los otros. Creo que está siendo un espacio muy enriquecedor. También creo que puede serlo mucho más.

Seguro que entre todos vamos haciendo esta Comunidad de Aprendizaje más grande. En junio de 2025 somos 140 miembros. ¡Te esperamos en nuestra Comunidad!
<https://t.me/+dcaADinnOpU5ZDQ0>



PERSONAS
Y SABERES



ENVEJECIMIENTO ACTIVO World Physiotherapy

Xabier García Rebollo

Implementando por Segovia



Envejecimiento activo

Desde el campamento de Envejecimiento Activo queremos invitaros a participar activamente en la **campana del envejecimiento saludable y la prevención de la fragilidad y las caídas** que lidera World Physiotherapy para el 8 de Septiembre, Día Mundial de la Fisioterapia.

Además de poner el foco para que nos hagamos eco de esta iniciativa de World Physiotherapy, quería compartiros una experiencia real, vivida y sentida con intensidad, porque estoy seguro de que os podría inspirar para realizar abordajes hacia este sector de la población. Esta historia comienza así:

Si me activo, VIVO

EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD EN PERSONAS MAYORES EN SEGOVIA

Autoría del proyecto:

María Henar Tejedor Zarzuela, Gloria Martínez Ramírez, Patricia Verdugo Fernández, María Eva Bartolomé Castrillo (Unidad de Fisioterapia de Atención Primaria del Área de Segovia), fisioglomr@gmail.com

Redacción del artículo:

Xabier Garcia Rebollo (Bizipoz S. Coop Envejecimiento Activo). xabi@bizipoz.org

Amanece el día en Cuéllar. Hace frío. Es invierno y el cielo gris construye un mosaico sobre las almenas de la muralla que abrazan la villa castellano-leonesa. Algunas chimeneas cercanas al Centro de Salud auguran otra jornada más de abrigo y pasos apresurados. Pero hoy es un día diferente. Hoy es día de encuentro. Hoy es día de sesión de "Si me activo, vivo", el proyecto de abordaje de la fragilidad pilotado desde las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Área de Segovia.



8 de Septiembre: Día Mundial de la fisioterapia

Este año 2025, World Physiotherapy pone el foco en el envejecimiento saludable, para que todos los fisioterapeutas del mundo pongamos el foco en lo mismo en la celebración del Día Mundial de la Fisioterapia. Los materiales confeccionados por World Physiotherapy y traducidos para nuestro uso, están disponibles [aquí](#).



Imagen 1. Cuellar (izquierda) y Cantalejo (derecha)

De forma paralela, a 37km de allí, en Cantalejo, van comenzando a llegar cabalgando la divisoria de las cuencas del Duratón y del Cega. El reloj marca las 9.30 de la mañana. Algunas caminan con paso firme, otras con ciertos apoyos, pero todas con el mismo objetivo: juntarse, moverse y sentirse mejor.

Gloria y Henar (fisioterapeutas) entran en la sala de fisioterapia llena de risas y alboroto y es que, este grupo no va solo de actividad física pautada, esto es una comunidad en construcción. Desde la puesta en marcha de este proyecto en septiembre de 2021, personas mayores con distintos grados de fragilidad funcional han comenzado a participar en sesiones semanales orientadas a mejorar fuerza, equilibrio, coordinación y calidad de vida. Han comenzado a juntarse y a crear vínculo. Han comenzado a **sentirse más vivas**.



Imagen 2. Participantes del programa “Si me activo, vivo” en el Centro de Salud de Cantalejo.

¿No me creéis? No os lo digo yo, os lo dicen ellas. Que sí, que ya lo sé, que tenemos que medir objetiva y cuantitativamente la mejora física y funcional de nuestros programas que sino nuestras gerencias no nos compran. Que también lo hemos hecho... pero chica, no me puedo resistir a un buen testimonio, que le voy a hacer si soy un ser cualitativo.

Bromas aparte, tenemos que comenzar a darle la importancia que se merece a la **investigación cualitativa** si queremos comprender en profundidad los procesos de salud de la ciudadanía. En los últimos años hemos integrado en nuestro discurso conceptos como biopsicosocial, determinantes de la salud o atención centrada en la persona, pero ¿realmente estamos sabiendo llegar a integrar las experiencias, los significados y los contextos sociales en nuestros planteamientos?, ¿estamos llegando a diseñar acciones más humanas, culturalmente adaptadas y efectivas, especialmente en poblaciones vulnerables o con necesidades complejas?

En este sentido, herramientas como los **grupos focales** se consideran como aliado clave en la investigación cualitativa, especialmente en el ámbito de la atención primaria y la salud comunitaria. Los grupos focales permiten la recogida de testimonios ricos, espontáneos y contextualizados. A través del diálogo grupal y en apenas 45-60 minutos, se generan dinámicas que favorecen la reflexión compartida, afloran vivencias significativas y se visibilizan las percepciones colectivas que difícilmente emergerían en entrevistas individuales. Fuera aparte de la recogida de datos, esta metodología refuerza el sentimiento de pertenencia y empoderamiento de las participantes, al reconocer y valorar su voz como parte fundamental en el diseño y optimización de los programas y servicios de la salud.

Es indispensable incorporar una **perspectiva de género** en la elaboración de grupos focales, especialmente en envejecimiento activo. La mayoría de estos grupos están compuestos por mujeres mayores, quienes a través de sus testimonios, permiten visibilizar desigualdades estructurales, roles de cuidado y experiencias de salud muchas veces invisibilizadas, generando espacios seguros donde puedan expresarse libremente y sentirse reconocidas.

A continuación, os dejamos distintos **testimonios** de las participantes de “Si me activo, vivo”, en crudo, sin modificar.

¿Qué es lo que más os ha gustado del programa grupal? ¿Qué habéis aprendido? ¿Qué cambios habéis notado?

“Desde que estoy en el grupo tengo una rutina de realizar ejercicio cada mañana y antes del desayuno, me siento como un reloj durante todo el día”, “lo mejor de estas sesiones es la fisioterapeuta y los compañeros que me han ayudado a estar motivada y estar enganchada a trabajar en casa para semanalmente superarme con los ejercicios”, “el grupo tiene mucho poder”, “podemos quedar en el parque de las piscinas una vez a la semana para poner en práctica lo aprendido y vernos en otro sitio además de en la panadería o el supermercado”, “la parte que más me gusta de las sesiones grupales es la vuelta a la calma, he aprendido a respirar y saber relajarme, y desde que lo pongo en práctica duermo mejor”, “ha mejorado mi equilibrio y me siento más segura al caminar por la calle”, “aunque los ejercicios con el lastre de 2 kg en la pierna me resultaban muy costosos de realizar en las primeras sesiones han sido los que más me han motivado para aumentar el peso sintiendo que tengo mucha más fuerza en las piernas que antes, me cuesta menos esfuerzo levantarme de la silla y de la cama”, “me cuesta menos hacer las cosas de casa”, “no hago pereza en salir a caminar y después hacer los ejercicios con la cinta atlética que me habéis enseñado”, “yo no quería venir a las sesiones porque me suponía mucho esfuerzo trasladarme en autobús pero ha merecido la pena. Ahora subo mejor las escaleras”, “todo me parece bueno, porque activo todo el cuerpo”, “venir al grupo, estar todos juntos y hacer ejercicio juntos”, “relacionarnos con otras personas del grupo, antes las conocía a algunas de vista y ahora pues hay más confianza”, “vienes y da alegría verte, hablas, te cuentas cosas, porque en casa estas más sola”, “cuando estoy aquí parece que no me duele nada”, “contarnos las cosas porque hay confianza”, “lo pasamos bien y hasta nos contamos chascarrillos”, “nos gusta mucho hacer los ejercicios de las gomas hasta por el colorido, parece que hacemos un baile todos moviéndonos al mismo tiempo”, “Hay tanta armonía en el grupo y cuando hacemos los ejercicios que me gusta mucho y me da alegría”, “me lo paso muy bien cuando bailamos el cha cha cha, los pasodobles... nos reimos mucho”, “cuando hacemos los ejercicios de los balones”, “hay personas del grupo más ágiles que otras, colaboras, ayudas a quien necesita

ponerse una chaqueta... y también te adaptas un poco a su ritmo”, “valoras la amistad que hemos conseguido, aunque con algunos antes nos conocíamos de vista, ahora es mejor, hay más confianza”, “nos vemos por la calle y hablamos porque hay una relación de amistad desde que venimos al grupo”, “tengo mejor estado de ánimo”, “procuro no faltar a la sesión grupal porque me siento muy bien cuando acaba la sesión”, “pasamos muy buen rato, y nos reímos”, “a veces supone un esfuerzo madrugar algún día, pero luego me gusta mucho venir y me siento muy bien”, “yo tengo más habilidad”, “mi familia me dice que camino mejor que antes”, “ando mejor que antes”, “levanto mejor los pies al andar”, “relacionas y te ríes y encima te sientes mejor”, “estoy muy contenta y feliz, y lo digo también por la calle”, “yo lo cuento por ahí, a todo el mundo, porque me parece muy bueno”, “te sientes a gusto”, “estás pendiente del día en que toca venir porque tienes ganas de que llegue”, “mejor no os habéis podido portar, porque si no estaría con el andador o en silla de ruedas”, “no me ha tenido que empujar nadie a venir”.

¿Veis la fuerza que tiene moverse en grupo, verdad? Escuchando a estas mujeres, es imposible no darse cuenta del poder transformador que tiene una **comunidad en movimiento**. Es fundamental que comencemos a darle la importancia que tienen a estos espacios, tanto dentro como fuera del centro de salud.

También hemos hablado con sus **familiares**, quienes nos dan las gracias y felicitan por nuestro trabajo. Nosotras, enormemente agradecidas. Nos dicen lo siguiente: *“me gusta que tenga actividad semanal, que le beneficie ganar fuerza y equilibrio”, “a nivel de funcionalidad, se mueven mejor”, “están comprometidas, pensando en que hay que trabajar para venir”, “la movilidad que ha tenido al realizar la actividad grupal, se le nota muchísimo que ha ganado movimiento, fuerza, mejor desempeño de sus tareas diarias”, “sobre todo mi padre sale muy muy contento y muy animado de los ejercicios”, “se sienten muy bien, se sienten acompañadas”, “sí, sienten que están más en la sociedad. En invierno es difícil sacarles de casa. Sirve para que estén más conectadas”.*

Tras leer estos testimonios, podemos concluir que las participantes del programa “Si me activo, vivo” mejoran gradualmente la condición física y psicológica restaurando su funcionalidad y calidad de vida. Además, el programa favorece la adherencia del participante al ejercicio terapéutico

y proporciona herramientas en el manejo de su proceso. Se logra el empoderamiento de las personas mayores independientemente de su estado físico y funcional, estimulando el trabajo activo, fortaleciendo la cohesión social y el vínculo a una comunidad.

Os dejamos una tabla (Imagen 3) con los resultados comparativos de las valoraciones iniciales y finales de la intervención para las lectoras más clásicas, con su Short Physical Performance Battery (SPPB), su Time Up and Go (TUG), su escala Frail y su escala J. Downton. Este gráfico muestra los datos de 47 personas (41 mujeres y 6 hombres) de una edad media de 79,5 años.

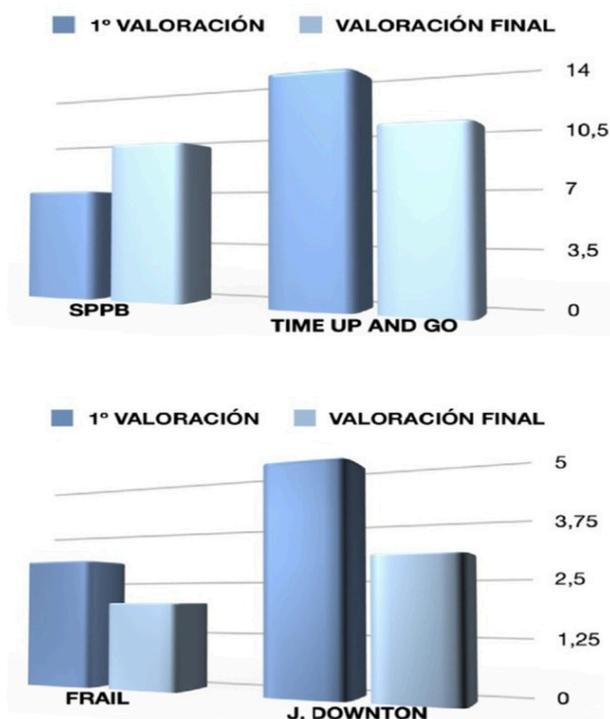


Imagen 3. Valoraciones iniciales y finales.

Con esto podemos objetivizar que, tras las intervenciones grupales dirigidas por las fisioterapeutas de los centros de salud de Cuéllar y Cantalejo de Atención Primaria, la totalidad de los participantes han mejorado su movilidad, fuerza, estabilidad, equilibrio y control motor, así como la seguridad en sí mismos tras asistir a las 18 sesiones en las UFAP y continuación domiciliaria del programa.

¡Ah!, que también hemos hecho el trabajo de **gestión estratégica** como buen proyecto de implementación. Nos hemos estudiado la Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor (Ministerio de Sanidad, 2022) para ir alineadas con las líneas estratégicas y lo hemos adaptado a nuestra realidad local.

¿Os acordáis de eso que siempre decíamos de que es imposible salir de la rueda de tratar, tratar y tratar de forma individual? Pues nos hemos organizado para sacar 15 minutitos de aquí, 30 minutitos de allá e ir avanzando poco a poco, en equipo y en nuestro horario de trabajo (porque sí, la gestión estratégica también entra dentro de nuestras competencias y debería de ser parte de nuestras agendas).

Claro que las cosas no se pueden hacer rápido y de cualquier manera. Hay que conocer bien la piscina donde estamos nadando y planificar bien el cambio a medio y largo plazo, creando una buena hoja de ruta o cronograma. Os dejamos la nuestra por si os sirve de ayuda (Imagen 4).

	ENERO 2023	FEBRERO 2023	MARZO 2023	ABRIL 2023 JUNIO 2024	JULIO 2024 SEPTIEMBRE 2024
PLANIFICACIÓN DEL DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA	X				
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO. REVISIÓN DE LITERATURA		X			
PRESENTACIÓN A LOS EAP, DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA Y RESPONSABLES DE ACCIÓN COMUNITARIA DEL ÁREA			X		
SESIÓN FORMATIVA VÍA TEAMS DEL DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN					
CAPTACIÓN DE PARTICIPANTES IMPLEMENTACIÓN PRIMERA EVALUACIÓN				X	
TRABAJO DE EJERCICIO TERAPÉUTICO 18 SESIONES					
EVALUACIÓN FINAL PARTICIPANTES					
RESULTADOS Y CONCLUSIONES					X

Imagen 4. Cronograma del proyecto “Si me activo, vivo”.

Por supuesto que esto no ha sido fácil. Hemos tenido que hablar el mismo idioma y sentarnos en las mesas en las que se cortaba el bacalao para hacer que esto haya sido posible. Hemos formado parte de distintas comisiones como, por ejemplo, la de Educación para la Salud, hemos estado en contacto con la dirección de enfermería... y actualmente nuestra compañera Henar es la responsable de Salud Comunitaria. No es porque aquí en Segovia estemos hechas de otra pasta (que también), es porque hemos sabido trazar un plan en equipo y hemos marcado objetivos a corto, medio y largo plazo.

Ya sabemos que a veces este trabajo de gestión cuesta y que no estamos acostumbradas a planificar con la lupa puesta en la estrategia. Pero tenemos todo a nuestro favor. Las líneas estratégicas principales apoyan nuestras intervenciones (Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la

persona mayor, Ministerio de Sanidad 2022), tenemos guías para poder accionar paso por paso con una orientación comunitaria (Guía de Acción Comunitaria para ganar Salud, Ministerior de Sanidad 2021) y encima, una de nuestras entidades marco (World Physiotherapy) ha seleccionado el envejecimiento saludable como temática a abordar en el Día Mundial de la Fisioterapia en 2025. Y cómo no, ¡nosotras dispuestas a ayudar! Si tenéis alguna duda, tenéis nuestros correos electrónicos en la cabecera del artículo.

Evaluar es importante, nos ha quedado claro...pero no sólo debemos evaluar el impacto en salud que nuestras acciones tienen en la población. También debemos evaluar la implementación de nuestros proyectos en sí mismos. Tranquila, no te asustes, está todo bien explicado en la Guía de Acción Comunitaria para ganar Salud y también tenemos la matriz de calidad Ganando ROM DASP como aliada para valorar un proyecto en marcha o una idea de proyecto.

Os dejamos una muestra de evaluación en base a criterios estructurales, de proceso y de resultado (Imagen 5).

Criterios estructurales	
PLANIFICACIÓN	El diseño del proceso ha sido adecuado cumpliendo con los criterios de inclusión de los participantes y realizado durante las fechas indicadas.
RECURSOS	Se han conseguido los recursos materiales necesarios para el desarrollo del proyecto.
SOSTENIBILIDAD	Programa apoyado por los equipos de Atención Primaria, la Dirección de Enfermería y la Dirección de Gestión de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Segovia.
Criterios de proceso	
DESARROLLO	Dificultades encontradas por el poco tiempo disponible de los profesionales sanitarios implicados para llevar a cabo el programa, debido a la sobrecarga asistencial de los fisioterapeutas de A. P. Hay limitación en el espacio en algunas unidades de fisioterapia para ampliar la sesión grupal con mayor número de participantes.
ADAPTACIÓN PARTICIPACIÓN	Los grupos no han contado con más de 15 participantes en ningún caso. La participación y la equidad se ve reducida porque está limitado al ámbito sanitario, queriendo ampliarlo también a la participación ciudadana desde el ámbito social.
COMUNICACIÓN	Presentación a los EAP, Dirección de Enfermería y responsables de acción comunitaria del área mediante reuniones presenciales y sesión formativa vía Teams del departamento de formación.
Criterios de resultado	
TRANSFORMACIÓN	Se ha logrado una mejoría en la funcionalidad y en la calidad de vida de los participantes
VÍNCULOS	Se favorece la cohesión social mediante las sesiones grupales.
CAPACIDADES	Se han potenciado las capacidades de acción, queriendo ampliar el programa a más participantes.

Imagen 5. Evaluación del proyecto “Si me activo, vivo” en su fase de implementación.

De cara al futuro y con el fin de integrar a las participantes en el diseño y evaluación de las acciones que desarrollamos, hemos preguntado al grupo cómo mejorarían el proyecto. Estos han sido algunos apuntes:

¿Qué aspectos consideraréis que podrían mejorarse?
¿Cómo mejoraríais el programa?

“Venir 2 días a la semana”, “venir más días y juntarnos para hacer ejercicios”, “el día que vengo me encuentro bien de todo, de todo, de todo, desde la mente hasta el cuerpo, y me sabe a poco solo venir un día”, “un día solo sabe a poco”, “bailar más rato”, “nos reímos mucho bailando”, “los ejercicios los hacemos mejor aquí en grupo que en casa solos, en casa es más aburrido”, “mi nieto me controla que también lo haga en casa, pero allí me da más pereza, me gusta más hacerlo con el grupo, me lo paso mejor”, “no cambiaría a la fisioterapeuta ni a la auxiliar porque lo hacen muy bien y están muy atentas de todo y de nosotros”, “lo haría con más grupos y más días”, “que no se pare en verano, más sesiones semanales”, “que no cambien a la fisioterapeuta que lo imparte”.

También hemos pasado una **encuesta de satisfacción individual** al terminar los programas y los datos cuantitativos parecen ir alineados con los cualitativos una vez más (Imagen 6).

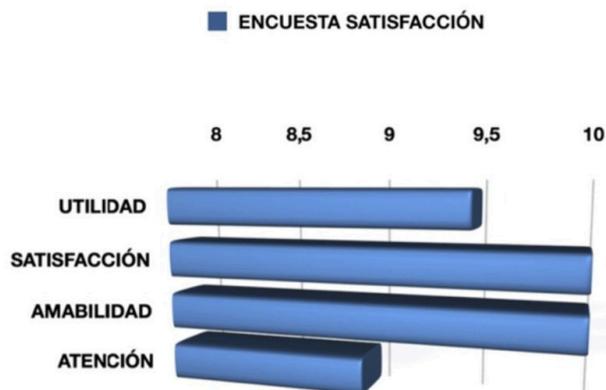


Imagen 6. Resultados encuesta individual.

Os lo esperabais, ¿verdad? La población pide más comunidad, más movimiento, más espacios y más encuentros. Es hora de hacerse la pregunta, ¿cómo podemos hacerlo? La respuesta, como no podía ser de otra manera, con orientación comunitaria.

Toca mirar más allá en relación a la mejora en la **sostenibilidad** de este proyecto. Nuestro objetivo está claro, queremos que este proyecto se expanda en otras unidades de fisioterapia. No porque a nosotras se nos antoje, sino porque es lo que las guías recomiendan de cara a abordar la fragilidad física y funcional.

No queremos hacerlo de cualquier manera. Queremos preservar y defender la **participación ciudadana**. Conocemos los distintos niveles de orientación comunitaria y hemos comenzado a dar pasitos en un nivel 3, donde el centro de salud no es el centro de la salud y la comunidad, su diversidad de agentes, sus recursos y activos se relacionan

entre sí para promover entornos más saludables y adaptados.

Hemos comenzado por presentarnos a los Consejos de Salud de 2 zonas básicas. Queremos trabajar con las asociaciones de personas mayores y amas de casa, con ayuntamientos, con acción social, con residencias y centros de día. Sabemos que, para esto, uno de los primeros pasos es realizar un **mapeo de recursos y activos en salud** de las zonas básicas, para conocer lo que ya hay, evitar duplicidades y unir esfuerzos.

Por suerte, tenemos diferentes apoyos. Existe la Guía Metodológica para el desarrollo de un mapa de activos para la salud orientada a profesionales de promoción de la salud elaborada por la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León en 2022.

Puede que esto que comentamos suene lejano (y no todas tenemos que aspirar a realizar proyectos de nivel 3) pero nuestras compañeras enfermeras y médicas de familia y comunitaria ya lo están haciendo. Y no solo ellas. Tenemos compañeras fisioterapeutas que están trabajando en niveles 3 de orientación comunitaria con las que podemos contactar.

Sin ir más lejos, tenemos a Xabi (tenéis su contacto en la cabecera del artículo), quien con sus compañeras de Bizipoz está trabajando en proyectos de envejecimiento activo con perspectiva de salud local en Euskal Herria (Imagen 7). Si queréis investigar más sobre estos proyectos, os recomendamos que busquéis información sobre la Red de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, proyecto originario de la OMS y traccionado por el IMSERSO.



Imagen 7. Reunión del Grupo Motor en Erandio Lagunkoia (Erandio Amigable).

En conclusión, sigamos trabajando por implementar las distintas líneas estratégicas en Atención Primaria y Salud Comunitaria en nuestro Sistema Público de Salud, hagámoslo en equipo, apoyándonos en las compañeras que tenemos al lado y, por supuesto, también en la ciudadanía. El cambio es posible, la rueda ha comenzado a girar y los resultados, mucho más allá de los números, se escuchan, se viven y se sienten.

Queremos dar las gracias a todas las personas que han hecho que este proyecto haya sido posible, a todas las que han hecho que estas líneas tengan sentido y a esta maravillosa comunidad que ha creído oportuno que la voz de distintas mujeres segovianas haya tenido su sitio en una revista como esta.

Seguiremos trabajando en equipo y mano a mano con nuestra comunidad, porque solo así podremos conseguir estar, sentir y ser profesionales de la salud.

Un abrazo,





Imagen 8. Equipo de implementación del proyecto Si Me Activo, Vivo.



PREVENCIÓN DE CAÍDAS

#2

Las caídas son la segunda causa de muerte por lesiones no intencionadas en todo el mundo.

Cómo puede la fisioterapia ayudar a prevenir las caídas

El ejercicio es clave para prevenir las caídas - los fisioterapeutas son expertos en prescribir programas de ejercicio individualizados para ayudar a mejorar tu:



fuerza y equilibrio



coordinación



flexibilidad



ENVEJECIMIENTO SALUDABLE



Las personas mayores deben ser tan físicamente activas como puedan. Ajusta el esfuerzo en función de tu forma física y tu amplitud de movimiento.



Hacer algo de actividad física es mejor que nada. Empieza haciendo pequeñas cantidades y aumenta gradualmente con el tiempo.



¡Siéntate menos! Estar sentado durante largos periodos de tiempo es perjudicial para la salud, interrumpe y reduce el tiempo que pasas sentado moviéndote con regularidad.

Como especialistas en movimiento y ejercicio, los fisioterapeutas pueden ayudarte a mantenerte activo a medida que envejeces.



World Physiotherapy

#WorldPTDay
www.world.physio/wptday

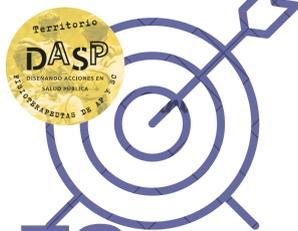


World Physiotherapy

#WorldPTDay
www.world.physio/wptday

¿Te animas a celebrar el #WorldPTDay y más allá?
Recuerda...
Si me activo, VIVO...

HÁBITOS SALUDABLES



Mayte Muñoz y Ana Bella Castaño

Hábitos saludables

Un diseño de intervención que podrías adaptar a tu contexto

¿Te apuntas al reto a partir de Octubre 2025?

- 1. Fortalecer redes interdisciplinarias
- 2. Fomentar hábitos saludables en la población
- 3. Optimizar proyectos (matriz)
- 4. Registrar y difundir



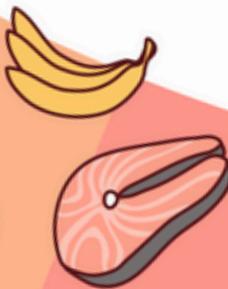
4x4



Esfera social

Esfera mental

Esfera física



Para todas las edades

¿Te apuntas al reto?





DIRECTAMENTE A SER PRIMARIA

La promoción de hábitos saludables es fundamental para mejorar la calidad de vida en todas las etapas de la misma.

-El grupo de telegram de Hábitos Saludables nació con estas propuestas:

-¿qué te ayudaría a incorporar hábitos saludables en tu vida?

-¿Cuál sería tu entorno ideal?, ¿Es el momento y el lugar?

-A partir de aquí, empezamos a tejer una red con diversas iniciativas con el fin de hacer que los hábitos saludables estén integrados en el propósito y filosofía de vida tanto a nivel personal como en la sociedad actual.

-Han surgido diversas iniciativas de las cuales os mostramos un pequeño ejemplo.

Empezamos por todo lo alto el 18/12/24 con la entrevista desde Perú de la mano del compañero Miguel Norabuena acerca de cómo alcanzar esos hábitos saludables y cómo mejorar la salud de la población. También se puso el foco en la parte activa que cada individuo tiene para lograrlo tanto a nivel individual como colectivo formando parte de la comunidad.

Se ha compartido información valiosa sobre la educación para la salud en escolares, la alimentación, la importancia del sueño y el descanso, la prevención del deterioro cognitivo y otros temas clave para el bienestar.

Intentamos fomentar la participación de compañeros fisioterapeutas interesados en temas de hábitos saludables para que se animen a compartir sus experiencias en este campo y han salido proyectos de lo más interesantes que podéis ver en el canal.

A continuación, exploramos algunos de los aspectos más relevantes de este enfoque integral de la salud.

La Educación para la Salud desde la Infancia

Promover la salud desde la infancia es esencial para generar hábitos saludables a largo plazo. En las escuelas, la educación en nutrición, higiene y actividad física ayuda a prevenir enfermedades como la obesidad infantil. A través de juegos y actividades lúdicas, los niños pueden aprender la importancia de una dieta equilibrada y el ejercicio físico regular.





Alimentación y Salud: Un Pilar Fundamental

Una alimentación saludable es clave para el bienestar general y contribuye a la prevención de enfermedades crónicas. Además, es importante garantizar una nutrición adecuada según las necesidades específicas de cada grupo poblacional.

La Importancia del Sueño y el Descanso

El sueño juega un papel crucial en la salud física y mental. Dormir entre 7 y 9 horas diarias permite la recuperación del organismo, fortalece el sistema inmunológico y mejora la salud en general. La falta de sueño está relacionada con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, obesidad y problemas cognitivos, por lo que es fundamental fomentar una buena higiene del sueño en todas las edades.

Actividad Física y Juegos para una Vida Activa

El ejercicio es esencial para mantener un cuerpo y una mente saludables. Para fomentar la actividad física, es recomendable integrar juegos y actividades recreativas en el día a día, tanto en niños como en adultos mayores. Rutas saludables y actividades adaptadas a diferentes edades y condiciones físicas pueden ayudar a

reducir el sedentarismo y mejorar la calidad de vida. Además, en etapas como la menopausia, contar con información y recursos adecuados permite afrontar los cambios físicos y emocionales con mayor bienestar.

Prevención del Deterioro Cognitivo y Salud Cerebral

Mantener una mente activa es tan importante como cuidar el cuerpo. Estrategias como la lectura, los juegos de memoria y la socialización ayudan a prevenir el deterioro cognitivo. En adultos mayores, estas prácticas pueden retrasar la aparición de enfermedades neurodegenerativas y mejorar la calidad de vida en la tercera edad.

Entornos Saludables y Bienestar Comunitario

El entorno en el que vivimos influye directamente en nuestra salud. Espacios verdes, rutas para caminar y políticas adecuadas de accesibilidad contribuyen a un estilo de vida más saludable. ¿Cómo elaborar un proyecto de municipio saludable?, rutas saludables...



Conclusión

La salud es un proceso continuo que abarca todas las etapas de la vida. A través de la educación, el ejercicio, la buena alimentación y la promoción de entornos saludables, es posible mejorar la calidad de vida de la población. Fomentar hábitos saludables desde la infancia hasta la vejez no solo beneficia a nivel individual, sino también fortalece el bienestar de la comunidad en su conjunto.

Por todo ello, desde este espacio de la Comunitasp de Aprendizaje de hábitos saludables, encaminamos nuestros esfuerzos en lograr el objetivo de difundir y promover

acciones con el fin de conseguir una buena salud y una adecuada calidad de vida.

¡Os esperamos en el stand del II Congreso Internacional de Afrontamiento Activo de Valladolid, en nuestro canal de telegram y sobre todo en el proyecto semiguizado 4x4 de HÁBITOS SALUDABLES 2025-2026

4x4
Protectores Riesgo

Proyecto Hábitos saludables

4x4

La mejor decisión

Tenemos que sacar un hueco para darle forma a esto del 4x4...
¿Cuando nos reunimos con los pacientes para ver por donde van las necesidades?



1 EMPÁPATE DE COMUNITARIA

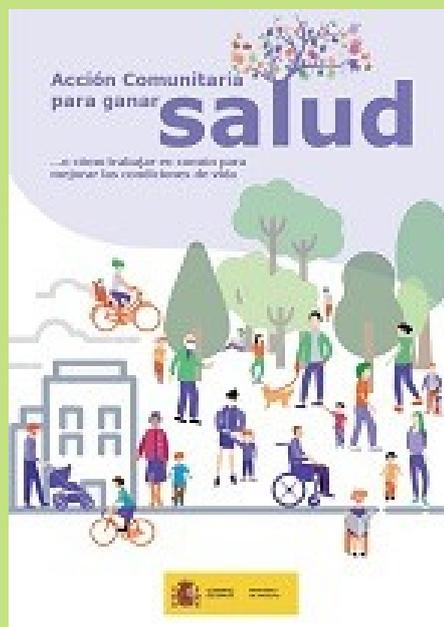
ORIENTACIONES DIDÁCTICAS PARA LA ACCIÓN COMUNITARIA



Acción Comunitaria para ganar salud

salud

...en colaboración con los centros para mejorar las condiciones de vida.



Desde Territorio DASP lo activamos para crecer juntos

GUÍA METODOLÓGICA PARA EL DESARROLLO DE UN MAPA DE ACTIVOS

PARA LA SALUD ORIENTADA A PROFESIONALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD



Interreg España - Portugal

Junta de Castilla y León

2 OPTIMIZA TU PROYECTO CON NUESTRA MATRIZ DE CALIDAD (ACCEDE DESDE EL QR) O ENTRA EN EVALGUÍA



Directamente A Ser Primaria
FOMENTANDO PROGRAMAS DE
HÁBITOS SALUDABLES 2025-2026
Optimiza tu proyecto y
pásale la matriz
o la herramienta "Evalguía"



Consiste en impulsar 4 actividades saludables que evitan la aparición/progresión de enfermedades crónicas
4 buenos hábitos= control de 4 grupos de enfermedades

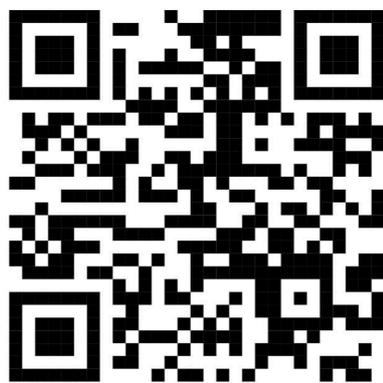
FACTORES PROTECTORES

- 1 Alimentación saludable
- 2 Actividad y ejercicio físico
- 3 Evita alcohol y tabaco
- 4 Buena salud emocional y social

FACTORES DE RIESGO

- 1 Enfermedades cardiovasculares
- 2 Enfermedades metabólicas
- 3 Cáncer y enfermedades respiratorias
- 4 Enfermedad mental, dolor crónico no oncológico

3



REGISTRA EL PROYECTO

Desde Territorio DASP lo visibilizamos para crecer juntos

EMPODERAR EL CAMBIO ES FISIOTERAPIA

Clara Bergé

Una característica común en muchos de nuestros pacientes es que no solo necesitan recibir un tratamiento, sino que también requieren **acompañamiento en un proceso de cambio de hábitos de vida**. La mejora de la salud y del bienestar general no pasa necesariamente por una técnica concreta o una pauta estructurada, sino por introducir cambios sostenibles en el día a día: más movimiento, mejor descanso, menos sedentarismo, más autocuidado. Cambios pequeños, pero acumulativos.

Uno de los hábitos más importantes que debemos promover desde la fisioterapia es el **aumento de los niveles de actividad física diaria**. No se trata exclusivamente de prescribir ejercicio, sino de ayudar a que la persona se mueva más en su rutina cotidiana: caminar más, usar las escaleras, levantarse con frecuencia si pasa mucho tiempo sentada, moverse con intención. Estos gestos, que pueden parecer menores, tienen un **impacto muy significativo en la salud**, especialmente porque la mayoría de las patologías crónicas (no transmisibles) están directamente condicionadas por el **estilo de vida**. Promover un cambio progresivo no solo

mejora la función física, sino que también previene recaídas, reduce el impacto del dolor y potencia la autonomía de la persona.



Hábitos saludables

Ahora bien, sabemos que el cambio de hábitos no es inmediato. Requiere tiempo de adaptación, exposición progresiva, motivación y acompañamiento profesional. Estamos ante un **proceso de aprendizaje**, en el que no solo cambian músculos, nervios y articulaciones... el cerebro también cambia.

Una forma sencilla de entenderlo es con una **metáfora: el pelador de zanahorias**.

Imagina que decides mejorar tu alimentación. Quieres comer más verduras, así que te dispones a buscar el pelador de zanahorias. Sabes que hace años lo usaste... pero ¿dónde está ahora? Después de buscar por toda la cocina, finalmente lo encuentras: en el estante más alto, dentro de un tupper lleno de utensilios que ni recordabas que tenías.

Una semana después, vuelves a preparar zanahorias (y otras verduras de temporada). Esta vez recuerdas mucho más rápido dónde guardaste el pelador.

Y como ya sabes que la semana siguiente repetirás, decides dejarlo en un sitio más accesible: en el cajón de los cubiertos.

Pasan los días y el pelador ya ni siquiera vuelve al cajón... se queda en la encimera. Y cómo le estás sacando tanto partido, decides comprarte uno mejor: más ligero, más afilado.



#plan
Be

Cuando empezamos a incorporar un nuevo hábito saludable, en nuestro cerebro ocurren procesos similares: al principio todo parece torpe, incómodo, costoso. Pero con constancia, el cuerpo y el sistema nervioso reorganizan sus recursos. Lo que antes requería esfuerzo y atención se convierte poco a poco en automático. El hábito se integra, se queda en la encimera.

¿Y qué puede hacer el fisioterapeuta para acompañar y favorecer este camino hacia el cambio? ¿Cómo ayudamos a que ese gesto, al principio extraño o costoso, se convierta poco a poco en parte de su día a día?

El primer paso es que el paciente comprenda **por qué necesita cambiar**. A menudo no se trata solo de eliminar un síntoma, sino de entender su origen y asumir que modificar ciertos hábitos será clave para evitar que el problema persista o reaparezca. Es importante explicarle que ese esfuerzo inicial, esa torpeza o incomodidad, forman parte natural del proceso. Y que, como todo aprendizaje, con práctica se hará más fácil.

Una manera sencilla y efectiva de transmitir este tipo de mensajes es a través de **metáforas**. Se ha demostrado que utilizar metáforas como recurso educativo puede facilitar los procesos de cambio, sea cual sea la situación clínica. **Ayudan a crear imágenes mentales claras, a reducir resistencias y a favorecer la comprensión y la conexión emocional con el mensaje.**

La metáfora del pelador de zanahorias fue un sencillo ejemplo y nos sirve para explicar al paciente que lo que ahora le resulta extraño o incómodo puede acabar formando parte de su día a día, si se le da tiempo, práctica y constancia.

Nuestro rol como fisioterapeutas es facilitar ese proceso. Estar ahí para acompañar, ajustar, reforzar, orientar. Para ayudar a que el pelador – ese gesto, ese pequeño cambio– no vuelva al estante alto del olvido, sino que se quede a la vista y se vuelva parte de su vida.

Y para lograrlo, hay ciertas **estrategias** que, sin ser complejas, pueden resultar muy útiles si se aplican con sentido, empatía y continuidad. Por ejemplo, **establecer tareas graduales y medibles puede marcar la diferencia.**

Proponer objetivos pequeños como caminar cinco minutos más al día o subir un tramo de escaleras permite iniciar el cambio sin generar rechazo. Si la tarea es demasiado exigente, el paciente probablemente ni siquiera lo intentará. Aunque parezca insuficiente desde el punto de vista físico, una pauta asequible puede ser el primer paso para despertar la motivación y reforzar la autoconfianza.

También es clave **reforzar los intentos, no solo los logros**. Valorar el esfuerzo, aunque no se haya alcanzado el resultado previsto, envía un mensaje potente: “No pasa nada si no has llegado al objetivo, lo importante es que lo intentaste. Eso ya es un cambio.” Este tipo de mensajes ayudan a construir una percepción de capacidad y progresión.



Conocer bien la rutina diaria del paciente nos permite identificar momentos clave para introducir pequeños cambios. Podemos sugerir que reserve un espacio en su agenda para moverse, que utilice el camino que pasa por el parque para ir a la panadería o que coloque una nota en la nevera que le recuerde su pauta de movimientos diarios. Estos recordatorios, integrados en su entorno cotidiano, ayudan a que el nuevo hábito se active de forma más automática y sostenible.

Cuando se trate de una prescripción de ejercicio, es fundamental no limitarla a una hoja de papel o un vídeo genérico. **El ejercicio debe haber sido practicado y adaptado previamente en consulta. La tarea solo será útil si la persona entiende qué debe hacer, cómo debe hacerlo y por qué es importante que lo haga.**

Planificar con realismo también forma parte de ese acompañamiento. Acordar juntos una pauta sencilla y progresiva, en la que el paciente participe en la toma de decisiones, favorece la adherencia, el compromiso y la confianza en el proceso.

Por último, no debemos olvidar el valor de recordar al paciente los progresos que ha logrado. Reconocer el camino recorrido es un motor de motivación y seguridad. Para poder hacerlo de forma efectiva, necesitaremos contar con **algún sistema de seguimiento que nos permita registrar y mostrar de manera clara su evolución.**

Visualizar estas mejoras ayuda a reforzar la implicación y a sostener el cambio en el tiempo.

Estos pequeños gestos y mensajes —si son constantes, personalizados y cargados de sentido— pueden marcar la diferencia. Porque **cuando el fisioterapeuta ayuda a sacar el pelador del cajón, el hábito empieza a quedarse en la encimera.**

El cambio no se impone —se facilita. Acompañar a alguien en el cambio es, muchas veces, el tratamiento más importante que podemos ofrecer.



**El cambio no se impone,
se facilita**

ComuniDASP de Aprendizaje



REINO DE LOS ENCUENTROS (campamentos 11, 12, 13, 16)

Daspedia, nuestro repositorio.
Grupos formados por intereses
clínicos/comunitarios (equipo de
implementación) que llegan a los pacientes.
Equipo de seguimiento que mantiene la
cohesión y coordinación entre las diferentes
comunidades autónomas.
Encuentros presenciales: QuedaDASP y
futuras tierras que se crearán a partir de
encuentros...



11. DASPEDIA
12. EQUIPO DE SEGUIMIENTO
13. EQUIPO DE IMPLEMENTACIÓN
16. FUTURAS TIERRAS?

DASpedia

La biblioteca digital de Territorio DASP

José Antonio Martín Parada

En el primer número de nuestra revista te escribimos desde el campamento 11 y te hablamos de DASPEDIA diciéndote que «DASPEDIA es una enciclopedia digital colaborativa que recopila, organiza y difunde información relevante sobre fisioterapia y el movimiento DASP. Su misión es ofrecer un acceso sencillo y comprensible a una amplia gama de recursos formativos, y educativos. Esta plataforma no sólo es un recurso valioso, también es una herramienta viva y en constante evolución.

En ese primer número -que te invitamos a releer- te dijimos que estábamos construyendo una página web. Pues bien, en la comunidad DASP estamos de enhorabuena porque tenemos un nuevo miembro en la familia: **ladaspedia.wordpress.com**. Todavía es muy pequeña, solo tiene unos meses de vida, pero ya está dando sus primeros pasos y con tu ayuda se irá haciendo cada vez más grande y más fuerte para contribuir al desarrollo de la Fisioterapia de Atención Primaria y Salud Comunitaria.

La creación de esta web nace de la necesidad de tener recopilados en un solo lugar todos los contenidos que vamos generando y compartiendo entre todos para poder encontrarlos y utilizarlos cuando sea necesario.

- **¿Qué vas a encontrar en LaDaspedia?**

En esta web vas a encontrar acceso directo a todas las redes sociales de Territorio DASP que por ahora son Youtube, Instagram, X, Telegram y nuestra web <https://comunidadespdeaprendizaje7.webnode.es/>

Además, encontrarás documentos y materiales en distintos soportes que te serán útiles para tu formación y tu trabajo diario, desde libros guía y manuales en pdf hasta infografías o contenido de redes sociales.



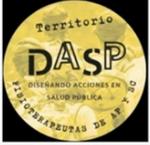
Nos mueve el deseo de ayudar y el principio de buena fe. Por eso todos los archivos son de elaboración propia, han sido cedidos por sus autores, son de libre uso o se encuentran disponibles en Internet. En cada contenido aportamos información complementaria y la fuente de procedencia tanto como reconocimiento hacia sus autores como para facilitar poder ampliar información a quien lo desee.

- **¿Cómo está estructurada LaDaspedia?**

Al visitar la web encontrarás varios botones y enlaces desde los que poder acceder a nuestras redes sociales, la web y la revista. También hay unos botones que llevan a la información general acerca de cómo funciona y los principios que la mueven.

Para acceder al contenido ofrecemos varias posibilidades:

- Por temas. Toda la información está clasificada en los siguientes temas: DOLOR, EJERCICIO TERAPEUTICO, FISIOTERAPIA, HABITOS SALUDABLES, LEGISLACION, PERSONAS MAYORES, QUEDADASP, SALUD COMUNITARIA, TERRITORIO DASP y UNIVERSIDADES. Es posible que algunos materiales estén clasificados en dos o tres temas, pero la mayoría lo estarán en uno solo.
- Por formatos. Puedes acceder al contenido según el formato que tenga. Tenemos disponibles los siguientes: AUDIOS, ENLACES, INFOGRAFIAS, PRESENTACIONES, PUBLICACIONES, REDES SOCIALES y VIDEOS



La
DASPEDIA =

La Biblioteca Digital de Territorio DASP

Aquí encontrarás recursos
para mejorar
tu ROM DASP y mucho más



- Por etiquetas. Cada documento, cada material, tiene asignadas varias etiquetas. A través de ellas puedes buscar por autores, entidades, organizaciones... Basta con picar en el botón «acceso rápido al contenido» y elegir la etiqueta que desees.
- Por el buscador. También hay un buscador incorporado. Puedes buscar con palabras clave o directamente un contenido que sepas que está en la web, pero no cual es su ubicación.
- **¿Cómo puedo contribuir a su desarrollo?**

La construcción, el desarrollo y el mantenimiento de esta web excede las fuerzas y las capacidades de una sola persona. Son necesarias más manos y tú puedes ayudar de muchas maneras.

En primer lugar, utilizándola y dándola a conocer a más fisioterapeutas y profesionales. Si además nos avisas de algún error que pueda haber -somos humanos- y nos haces llegar sugerencias para mejorarla, te estaremos muy agradecidos.

En segundo lugar, haciéndola crecer con tus aportaciones. Bien con materiales que tú hayas creado, bien con materiales que conozcas que sean de libre uso o compartiendo enlaces a webs o contenido de redes sociales que sean de utilidad. Nos ayudaría mucho si lo acompañas con una pequeña reseña explicando de qué se trata y porque lo consideras importante.

En tercer lugar, colaborando en la gestión y administración de la web. No hace falta ser un experto para ello. Lo importante es tener ganas de colaborar, luego irás aprendiendo con la práctica y nuestra ayuda.

Puedes hacernos llegar los materiales para la web y ofrecerte a colaborar a través del correo electrónico (territorio.dasp.oficial@gmail.com), nuestros canales de Telegram o a través del formulario de contacto que encontrarás en ladaspedia.wordpress.com.

Esperamos y deseamos que esta criatura que acaba de nacer vaya creciendo sana y robusta y nos acompañe en nuestro caminar por los distintos campamentos de nuestro territorio.

La fisioterapia en APySC en ANDALUCÍA

Experiencias desde el distrito sanitario de AP Aljarafe-Sevilla Norte

Isabel Torres González

Rocío Abad Ramírez

(recogiendo las experiencias del equipo de fisioterapeutas del Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte).

La fisioterapia en Atención Primaria (AP) en Andalucía se encuentra en un momento clave de crecimiento y transformación. Lo que logremos construir y consolidar conjuntamente en esta etapa será de gran importancia para su papel en los próximos años dentro del sistema sanitario público andaluz (SSPA).

En el marco del Pacto Andaluz para la mejora de la Atención Primaria (2023), se están produciendo cambios significativos en el ámbito de la fisioterapia, aunque no de manera homogénea en toda la región. Este acuerdo contempla el aumento progresivo de las plantillas profesionales en Atención Primaria y la actualización de la cartera de servicios, con el objetivo de avanzar hacia un modelo más resolutivo, preventivo y orientado a la comunidad. Como resultado, se ha incrementado el número de fisioterapeutas en los centros de salud, aunque en muchos distritos aún no se ha alcanzado el nivel de contratación previsto en dicho pacto.

Una de las principales dificultades ha sido la falta de una directriz común y planificada para



Equipo de seguimiento

el desarrollo del rol del fisioterapeuta en Atención Primaria y Comunitaria, en consonancia con lo establecido en el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (SNS, 2019), lo que ha dado lugar a gestiones dispares entre distritos, con diferentes formas de organizar la incorporación de los nuevos profesionales. Mientras que en unos casos se ha apostado claramente por integrar a la fisioterapia en el modelo preventivo y comunitario, en otros se ha mantenido el enfoque tradicional de unidades de fisioterapia de atención primaria satélites del hospital. Esta situación ha afectado igualmente a los fisioterapeutas que ya trabajaban en los centros de salud con anterioridad. A esto se suma que la figura de gestión o coordinador de fisioterapia en Atención Primaria carece de un reconocimiento formal, lo que dificulta el liderazgo profesional, el impulso hacia un cambio de modelo y la capacidad de coordinación y acompañamiento de los profesionales.

En este contexto, ¿cuál ha sido el camino recorrido en el distrito sanitario de atención primaria Aljarafe-Sevilla Norte?



Este distrito contaba hasta mediados de 2024 con 30 fisioterapeutas en 19 unidades de fisioterapia de atención primaria (UFAP). En enero de 2025, tras completarse las contrataciones previstas en el pacto, se alcanzó un equipo de 58 profesionales, mejorando la ratio fisioterapeuta/usuarios, pasando de 1 por cada 20.000 a, aproximadamente, 1 por cada 10.000.



Pese a estar integradas en la estructura de Atención Primaria, las UFAP del distrito dependen funcionalmente de una Unidad de Gestión Clínica Intercentros e Interniveles de Rehabilitación. Esta unidad, de ámbito provincial, agrupa bajo una misma dirección recursos tanto de atención primaria como hospitalaria. Aunque puede facilitar la coordinación interniveles, este modelo ha dificultado el desarrollo de una fisioterapia propia del primer nivel asistencial, al priorizar un enfoque centrado en la rehabilitación hospitalaria.

Frente a esta situación, en los últimos años hemos sentido la necesidad de cambiar las cosas, tanto en lo clínico como en el ámbito de la gestión. Las limitaciones vividas en el día a día nos ha llevado a replantearnos nuestro papel como fisioterapeutas de Atención Primaria y Comunitaria (APyC) y a buscar un enfoque más acorde con el lugar que ocupamos en el sistema sanitario. Lo cierto es que ya existían en el distrito experiencias previas de gran valor con enfoque comunitario, pero eran iniciativas aisladas o se perdieron con el tiempo al no estar alineadas con los objetivos impulsados por nuestra unidad de gestión. El punto de inflexión llegó cuando, de forma conjunta, la mayoría de nosotros comenzamos a integrarnos en programas multidisciplinares con los equipos de atención primaria, abriéndonos a nuevas formas de intervenir desde la fisioterapia, más allá del tratamiento individualizado en nuestras salas.

En este proceso también nos han influido iniciativas clave, como el cambio de paradigma en el abordaje del dolor crónico promovido desde Valladolid o el trabajo de Territorio DASP visibilizando el papel de la fisioterapia en el primer nivel asistencial, que han contribuido a afianzarnos en el modelo biopsicosocial, activo y comunitario. La llegada de los nuevos fisioterapeutas ha supuesto el impulso definitivo para apostar colectivamente por este enfoque.





Parte del equipo en el I Congreso Internacional de Afrontamiento Activo del Dolor crónico

Como resultado, hemos fortalecido nuestra presencia en los programas asistenciales, preventivos y comunitarios de los centros de salud, con una integración creciente en los equipos de atención primaria. Se han puesto en marcha **grupos terapéuticos y de educación para la salud**, llegando a nuevos perfiles de pacientes y trabajando conjuntamente con medicina de familia, pediatría, enfermería, matronas y trabajo social. En estos programas aportamos nuestro enfoque profesional centrado en la educación y el ejercicio terapéutico, fomentando el autocuidado, la mejora funcional y la prevención de la discapacidad. Se han impulsado además mecanismos para facilitar la **derivación directa** desde pediatría y medicina de familia, con el objetivo de mejorar la accesibilidad y favorecer una intervención más temprana en determinados procesos clínicos. Y también hemos salido fuera del centro de salud, desarrollando **intervenciones comunitarias** con asociaciones, ayuntamientos o centros escolares, orientadas a la promoción de hábitos de vida saludables, la mejora funcional o la educación en dolor, reforzando así el papel de la fisioterapia más allá del espacio clínico tradicional.

Este recorrido nos ha abierto paso a una mayor implicación en las dinámicas organizativas de los centros, favoreciendo nuestra incorporación a **grupos motores de atención comunitaria, equipos infanto-juveniles y mesas de salud**, donde participamos en la planificación de actividades y compartimos espacios de formación con otros profesionales.

La visibilización de nuestro trabajo no solo se ha producido en el ámbito de los centros de



Colaboración en la campaña "Del dolor crónico se sale" de Territorio DASP

salud y en la comunidad, sino también ante la dirección gerencia del distrito sanitario, mostrando a nuestros gestores directos el potencial de la fisioterapia en Atención Primaria y reclamando una mayor presencia en los espacios de gestión estratégica.

Actualmente, la coordinadora de fisioterapia participa en **comisiones de dirección** del distrito y en otros **grupos de trabajo interdisciplinares** vinculados a la promoción y vigilancia de la salud. Como parte de este proceso, y con el apoyo de la dirección del distrito, hemos elaborado y presentado ante la Consejería de Salud un **proyecto de gestión propio**: una propuesta para la creación de una Unidad de Gestión Clínica de Fisioterapia de Atención Primaria, que recoge nuestras líneas



prioritarias de intervención, objetivos, propuestas organizativas y criterios de evaluación, alineados con el modelo biopsicosocial y comunitario. Gracias a este trabajo compartido, nuestros gestores comienzan a reconocer con mayor claridad el valor añadido de nuestra disciplina en el primer nivel asistencial.



Grupos terapéuticos Afrontamiento activo del dolor crónico

Además, hemos reforzado la colaboración con el propio colegio, con la intención de sumar esfuerzos para seguir avanzando. Fruto de ello, en marzo de 2026 Sevilla acogerá un Congreso Nacional de Fisioterapia en Atención Primaria, un encuentro que aspira a visibilizar buenas prácticas, compartir estrategias y afianzar redes entre los fisioterapeutas de Atención Primaria.

A pesar de las dificultades, creemos que el momento actual representa una gran oportunidad para consolidar el lugar que debe ocupar la fisioterapia en un modelo de Atención Primaria orientado a la comunidad. Aprovechar esta oportunidad requerirá compromiso institucional y que los propios fisioterapeutas, tanto clínicos como en puestos de gestión, sigamos liderando este cambio desde nuestra práctica diaria, con iniciativa, trabajo en equipo y visión transformadora.

Destacamos también el valor de construir redes con fisioterapeutas de otros distritos, que nos permiten compartir experiencias, apoyarnos mutuamente y generar conocimiento colectivo. Mantenemos vínculos con los otros dos distritos de Atención Primaria de Sevilla y con profesionales de otras provincias andaluzas, como Jaén, donde se desarrolla una forma de trabajo similar. En esta línea, la participación en encuentros de gestores andaluces de fisioterapia, impulsados por el Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía (ICPFA), es otra vía para intercambiar visiones y coordinar estrategias entre las distintas provincias.





Abordaje activo de la diabetes



Taller neurodesarrollo primer año de vida



Grupos de suelo pélvico en el embarazo.



Taller prevención y manejo de síntomas respiratorios



Grupos Marcha saludable.



Ejercicio y movimiento en grupo socioeducativo GRUSE. Grupos en parque biosaludables



Taller "Cuidar cuidándote"



Mesa informativa: "Día Mundial de la Actividad Física"



Grupo de trabajo interdistrito para el abordaje de dolor crónico



Colaboración Ayuntamiento Día Mundial de la Salud



II Jornadas de Gestores en Fisioterapia de Andalucía



Envejecimiento activo y prevención de caídas en centros de mayores



Educación para la salud a través de la radio



Taller suelo pélvico en Ayuntamiento



Prevención de dolor musculoesquelético en escolares

Ampliando horizontes, la evolución del rol del fisioterapeuta de Atención Primaria en EXTREMADURA

Virginia Clemente

Llevo ya varios años trabajando como fisioterapeuta en atención primaria, y en este tiempo he tenido la suerte de participar en proyectos e iniciativas que trascienden el enfoque tradicional del tratamiento físico. En nuestras áreas de salud se están llevando a cabo acciones sumamente valiosas que trascienden lo meramente asistencial. Por ello, quiero compartir algunas de las iniciativas impulsadas por compañeros y compañeras de nuestra comunidad, que son ejemplo de compromiso, innovación y vocación de servicio.

Un ejemplo es el trabajo desarrollado por **David Agudo Medina**, desde el Hospital de Mérida, en el marco de la Dirección de Atención Primaria y en coordinación con la Dirección Médica, la Dirección de Enfermería y la Coordinación de Equipos de Atención Primaria. Entre sus responsabilidades se incluyen la organización de agendas, la gestión del inventario, la valoración de los recursos materiales, la atención a reclamaciones en las unidades y el soporte técnico junto a CDATEX. Estas funciones han sido fundamentales para garantizar el buen funcionamiento del servicio, pero además, desde esta posición se han impulsado propuestas innovadoras que dan una respuesta real a las necesidades tanto de los pacientes como de los equipos sanitarios. Su implicación y visión demuestran que, desde la **gestión**, también es posible generar cambios significativos y avanzar hacia una atención sanitaria más eficiente y humanizada.

Un acontecimiento relevante que se ha logrado es la creación de la primera figura de coordinador de fisioterapia remunerada y oficialmente reconocida en el Área de Salud de Don Benito-Villanueva. **Juan Miguel Gutiérrez Robles** es coordinador de fisioterapia en su área, lo que representa un paso clave para nuestra profesión: da visibilidad al trabajo que realizamos en el ámbito de la gestión sanitaria, reconoce nuestro papel organizativo y abre



Equipo de seguimiento

camino para consolidar esta figura en otras áreas del Servicio Extremeño de Salud.

Entre los ejemplos más inspiradores de este cambio de paradigma es el **Programa de Afrontamiento del Dolor Crónico**, impulsado por **Juan Manuel González Flores** desde el área de Badajoz. Se trata de una intervención no farmacológica, muy bien fundamentada, que ayuda a las personas a comprender mejor su dolor, recuperar el control sobre su vida y mejorar su calidad de vida. Las primeras seis semanas se centran en la educación terapéutica, seguidas por ocho semanas de trabajo corporal a través del ejercicio, el mindfulness y el movimiento. En casos complejos, como fibromialgia o fatiga crónica, el programa se adapta en duración. Los resultados han sido muy positivos: menos miedo, menos dependencia de medicación y mayor funcionalidad.

Se han llevado a cabo otras iniciativas con un **enfoque creativo y comunitario**. Durante la II Semana de la Salud de la Zona Básica Mérida Norte, donde nuestra compañera **Verónica Donoso González** se encargó de organizar talleres desde la fisioterapia con dos enfoques distintos: para la **infancia**, donde propuso un reaprendizaje corporal a través del movimiento animal, una forma lúdica de reconectar con el cuerpo; y para la población adulta, donde se dieron pautas para la prevención y promoción de un **suelo pélvico** saludable, un tema a menudo invisibilizado pero de gran relevancia.

Otra experiencia especialmente significativa ha sido la colaboración con AFIVEBA, la **Asociación de Afectados de Fibromialgia** de las Vegas

2ª SEMANA DE LA SALUD - INFANTO JUVENIL

Z.B. MÉRIDA NORTE (DEL 14 AL 19 OCTUBRE 2024)

¿TE LO VAS A PERDER?

LUNES 14 DE OCTUBRE

INTRODUCCIÓN A LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y BLW. "UNA NUEVA AVENTURA".



Hora: 10:00 a 11:00
Lugar: Sala de juntas C.S. Mérida Norte.
Dirigido a: padres de niños entre 0-3 años

ADMINISTRACIÓN SEGURA DE PARACETAMOL E IBUPROFENO EN NIÑOS



Hora: 11:00 a 12:00
Lugar: Sala de juntas C.S. Mérida Norte.
Dirigido a: padres de niños entre 0-3 años

REAPRENDIZAJE CORPORAL A TRAVÉS DEL MOVIMIENTO ANIMAL.



Hora: 9:00 a 12:30
Lugar: CEIP Cervantes
Dirigido a: 1º, 2º y 3º primaria

MARTES 15 OCTUBRE

Hora: 9:00 a 14:00
Lugar: CEIP Ciudad de Mérida

MIÉRCOLES 16 OCTUBRE

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE SUELO PÉLVICO SALUDABLE

Hora: 9:30 a 11:00
Lugar: Pabellón las Abadías
Dirigido a: mujeres



Acudir con esterilla

JUEVES 17 Y 24 OCTUBRE

GESTIÓN DE EMOCIONES

Hora: 8:30; 9:25 y 11:45 (Grupos A,B y C)
Lugar: I.E.S ALBARREGAS
Dirigido a: 2º de la ESO.



ACOSO ESCOLAR Y CYBERBULLYING

Hora: 8:30 y 9:25 (Grupos D y juntos E y F)
Lugar: I.E.S ALBARREGAS
Dirigido a: 2º de la ESO.



VIERNES 18 Y 25 OCTUBRE

PREVENCIÓN ITS Y ANTICONCEPCIÓN

Hora: 8:30; 9:25 y 11:45 (Grupos A,B y C)
Lugar: I.E.S Albarregas
Dirigido a: 4º ESO



TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS

Hora: 11:00 A 13:00
Lugar: Aparcamiento C.S Mérida Norte
Dirigido a: Niños y adolescentes

COLABORACIÓN



DESCUBRE TODOS LOS DETALLES DE CADA ACTIVIDAD



marzo de 2025, se ha impulsado un grupo terapéutico sobre **ansiedad y malestar emocional** en el Centro de Salud de Arroyo de la Luz en el área de Cáceres, de la mano de la fisioterapeuta **Noelia Dorado Castillo**, junto a una trabajadora social, una enfermera y una matrona. Durante 12 semanas combinan ejercicio suave, conciencia corporal, meditación y espacios de diálogo emocional. La experiencia ha sido tan positiva que ya están organizando una nueva edición para septiembre.

GRUPO CUIDANDO-ME



PARA TI:

Si tienes hasta 70 años (aproximadamente)

Si tienes dolores que no se van.



Si duermes mal.



Si eres cuidador/a familiar.



Si tienes problemas en el trabajo.



Si te superan los problemas de la vida diaria.....

¡Venir a este grupo te puede interesar!



¿QUÉ VAS A ENCONTRAR?

GRUPO Cuidando-ME:

Un espacio seguro donde descubrir tus recursos y herramientas para el día a día. Ganar en bienestar y autonomía.

¿CÓMO, CUÁNDO, DÓNDE?

Trabajaremos en grupo de pocas personas, unas 10 – 15 aprox. Inicio en Febrero. En el Centro de Salud.

Nos reuniremos los jueves durante 12 semanas. Las reuniones duran 120 minutos.

SI TE ADETECE, rellena el boletín con tus datos y lo entregas en el BUZÓN que hay en la entrada del centro.



Bajas. Nuestro compañero **José Antonio Martín Parada** fue el encargado de realizar charlas informativas en distintos municipios, dirigidas a la población así como una dirigida a profesionales sanitarios. Ha sido una oportunidad para acercar la realidad de estas personas a los centros de salud y fomentar redes de apoyo y comprensión.



En el ámbito más institucional, se encuentra **Ana Morcuende Sánchez** siendo vocal y secretaria de la Comisión de **Humanización** del Servicio Extremeño de Salud (SES), además de pertenecer al subgrupo de dicha comisión en el área de Cáceres. Desde esta comisión se trabaja para que los cuidados sanitarios sean realmente humanos: que escuchen, respeten y acompañen a las personas en todas sus dimensiones. Humanizar la atención no es un gesto simbólico, sino una forma concreta de estar, mirar y cuidar en el sistema sanitario. Además, recientemente otra compañera fisioterapeuta de atención primaria, **Mercedes López López-Sepúlveda**, ha comenzado a formar parte del subgrupo de la Comisión de Humanización en Mérida.



En marzo de 2025 hemos tenido la oportunidad de participar en las III Jornadas Extremeñas de Fisioterapia en Atención Primaria y Salud Comunitaria, celebradas en Almaraz y organizadas por nuestra compañera **Virginia Moreno Retamosa**. Ha sido un espacio para compartir experiencias, debatir, aprender y seguir construyendo una fisioterapia cercana, preventiva y profundamente humana. Además, desde este encuentro ya se ha comenzado a trabajar en la organización de las IV Jornadas, que tendrán lugar el próximo año en Mérida.

No quiero cerrar esta reflexión sin destacar el reconocimiento a una compañera referente: **Berta Caro Puértolas**, fisioterapeuta y profesora universitaria que ha sido recientemente nombrada **decana** de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Extremadura. Es la primera vez que una persona

no médica asume este cargo. Un hito que simboliza el avance y liderazgo que nuestra profesión está conquistando.

Estos ejemplos ponen de manifiesto que la fisioterapia es mucho más que la intervención clínica directa. Como colectivo, hemos demostrado que también podemos aportar valor desde ámbitos no asistenciales, como la gestión, la docencia, la investigación, la coordinación de equipos o la innovación organizativa. Nuestra formación, visión integral de la salud y compromiso con el bienestar de las personas nos sitúan en una posición estratégica para contribuir al desarrollo de un sistema sanitario más eficiente, humano y sostenible. Es momento de seguir visibilizando y reconociendo estas funciones, porque la fisioterapia no se limita a tratar, sino que también puede liderar, transformar y construir nuevas formas de hacer salud.



MEDICINA DE FAMILIA

El reto del cambio de paradigma en el abordaje del dolor crónico

Karina Piñeiro

En la primera edición del **Experto en Estrategias de afrontamiento activo del dolor persistente 2025** se han formado algunas de las integrantes de las presentes y futuras Unidades de Estrategias de Afrontamiento Activo del Dolor. Desde Alicante, Ávila, Barcelona, Cantabria, León, Logroño, Madrid, Palencia, Ponferrada, Tarragona, Valencia, Valladolid, Vigo y Zamora, se han acercado diferentes perfiles sanitarios del primer nivel asistencial.

Entre ellas, contamos con Ana Alconada (a la izda de la foto), médica de familia de Ávila que actualmente trabaja en gestión de la dirección médica de atención primaria de una gerencia integrada y con Cristina Cin, médico de familia que trabaja como adjunta de dirección de un centro de atención primaria en el Prat de Llobregat, en Barcelona.

La medicina de familia es una de las puertas de entrada al sistema sanitario y el dolor crónico es una patología que está en auge. Puede ser que casi el 50% de nuestras consultas sea por este motivo, y yo creo que la medicina de familia tiene un papel fundamental en el abordaje de estos pacientes (Cristina). Deberíamos plantearnos si podemos trabajar el dolor crónico de otra manera a la que estamos haciendo habitualmente. (Ana)

- En este curso hemos acabado sintiéndonos parte de un gran equipo. El cambio en el abordaje del dolor crónico también implica que optimicemos los equipos interdisciplinares, ¿cómo podríamos hacerlo?

Es verdad que ahora se habla mucho de equipos interdisciplinares, pero yo en mi carrera profesional siempre he entendido el primer nivel asistencial de esta manera, en equipo. Es cierto que una cosa es lo ideal y otra cosa es lo que pasa en la práctica. Los equipos siguen estando fragmentados y podemos dar pasos para que las colaboraciones sean lo más reales posible. (Ana)



Equipo de implementación



Es necesario encontrar y proporcionar espacios de trabajo conjunto en los que nos comuniquemos. Nosotros en Cataluña trabajamos con UBAS, que son equipos de médico, enfermero y administrativo, pero a nivel práctico, no tenemos un tiempo específico para comunicarnos y sin comunicación no se puede trabajar conjuntamente. Hay veces que no nos conocemos ni entre nosotros, piensa que en nuestro caso somos 100 personas en el centro de salud, somos muchos.

La semana pasada hicimos una jornada en la que se fomentó que los profesionales del centro se conocieran. Hay que promocionar este tipo de jornadas y espacios. Nos centramos mucho en las visitas -X visitas al día-, nos focalizamos en el número de asistencias, demandas, domicilios... pero también es muy importante que nos comuniquemos entre nosotros facilitando momentos de encuentro, de reunión, de conocimiento. Un paciente puede dar una información diferente a cada profesional y si no lo ponemos en común, nos podemos perder datos relevantes.

Esta semana hicimos sesiones formativas para las unidades administrativas, lo hemos hecho en las tres últimas semanas, y una de las cosas que intentamos trasladar es que ellos forman parte del equipo, son el primer contacto que tiene el paciente con el centro de salud. Para informar a la población y al usuario que viene, tienen que conocer perfectamente todo lo que hace cada uno de los compañeros del equipo, tienen que conocer la organización, los horarios etc. (Cristina)

- Además de esta necesidad de fortalecer equipos, ¿Qué más dificultades encontráis para que la atención primaria esté en primera línea en el tratamiento del dolor crónico?

Las dificultades que veo en atención primaria, pero no únicamente en el manejo del paciente con dolor crónico, sino en atención primaria como tal, como sistema ahora mismo vertebrador del sistema público de salud, es que llevamos muchos años con una **baja financiación** y con **poco reconocimiento**. El problema ahora mismo es un **problema estructural** que repercute, también, en el manejo de ese paciente con dolor crónico. Quedarnos solo en las dificultades que entraña el manejo del paciente con dolor crónico me parece que es limitar mucho las dificultades del primer nivel asistencial.

Ahora mismo, en atención primaria las dificultades que veo a nivel asistencial, en lo que compete al personal médico, es la gran **sobrecarga** que tenemos en las consultas, la demanda que es infinita, que nos limita el tiempo por pacientes o repercute en la calidad de la atención que podamos prestar, en el tiempo que les prestamos y en todo lo que conlleva a niveles de deshumanización del profesional y del usuario. Es una dificultad que además nos repercute al profesional y al usuario. (Ana)

- ¿Algo que añadir, Cristina?

Bueno, a ver, yo creo que obviamente las condiciones

de atención primaria no son las ideales para poder afrontar un paciente tan complejo como es el de dolor crónico, pero también una de las barreras es la **formación**. Es decir, estamos descubriendo un cambio de paradigma en cuanto al abordaje del tratamiento del paciente con dolor crónico, que es una patología que era una patología bastante poco prevalente hace unos años y que cada vez va aumentando más y la tratamos... bueno, pues se trata como si fuera un dolor agudo mantenido. Con este curso estamos aprendiendo esto, el cambio de paradigma de los tratamientos, de cómo se comporta esta enfermedad como tal y eso es un hándicap. La formación y luego el **tiempo** y la **complejidad** que necesitan estos pacientes.

A nivel de lo que dice Cristina, una de las dificultades que veo para el manejo de ese paciente con dolor crónico persistente, aparte de la formación, es la **inercia** que tenemos los profesionales con respecto a los cambios. Porque es verdad que somos conscientes que el sistema tiene que cambiar, pero el cambio tiene que venir de los profesionales, siempre se dice que el cambio tiene que venir de abajo arriba y no sé si estamos en el momento en el que la gente quiera cambiar realmente. O sea, yo creo que estamos en un momento un poco de **crisis** y de **disrupción** entre lo que queremos y cómo queremos hacerlo. O sea, creo que es un **momento de cambio**. (Ana)

- La verdad es que como fisioterapeuta me siento en el mismo barco del que estáis hablando y estoy contenta de compartir este momento reflexionando sobre nuestro primer nivel asistencial. Sigo con la siguiente pregunta: ¿Qué os ha aportado personalmente y profesionalmente la formación como expertas en dolor crónico?

(Ana) Es un cambio de paradigma que te lleva a replantearte mucha cosas... A nivel personal, realmente he sido capaz de hacerme un **autochecking** sobre lo que hacía y mis pensamientos previos con respecto a esa persona con dolor crónico. Y luego, a nivel profesional, es verdad que yo ahora no manejo pacientes y no veo pacientes.

A nivel gestión, tengo claro que el modelo de atención a este tipo de pacientes requiere que hagamos otras cosas, no las que estamos haciendo habitualmente. Está clarísimo. Que en Ávila ya tengamos una unidad de estrategias de afrontamiento activo de dolor, facilita las cosas.

(Cristina) Es un cambio, un antes y un después en el



abordaje de este tipo de pacientes. Personalmente, ha sido intenso, el curso ha sido intenso, pero merece la pena. Al final, es cuestionarte profesionalmente qué es lo que hacías y descubrir cosas de por qué no funcionaban. Entonces, esto aporta una nueva ventana, un nuevo cambio de paradigma para el abordaje de estos pacientes y realmente cuestionarte qué estabas haciendo y por qué y cómo puedes mejorar esto.

- Pues también al hilo de esto, ¿qué cambios habéis empezado a hacer en vuestro centro de salud o con vuestro equipo gracias a esta formación o qué es lo que os gustaría hacer?

(Ana) Bueno, yo a nivel de Ávila empezamos con la unidad de estrategias de afrontamiento activo del dolor crónico, lo hemos **puesto en marcha**, ya llevamos dos grupos de pacientes con resultados, yo creo, bastante satisfactorios. Desde luego, la gente que te habla, comenta que les ha cambiado la vida y eso es un gran motivo para seguir en esta línea.

Además de ponerla en marcha en Ávila, ya hemos empezado con la **parte formativa** para extenderla en toda la provincia, en todo el área de salud, para que lo conozcan todos los profesionales, no sólo los fisios, porque esto es un tema de todos, está clarísimo. Médicos, enfermeras, fisioterapeutas... Hoy al hilo de lo que hablábamos este último día de curso, está claro que el trabajador social, que no le teníamos muy en mente, yo creo que también ahí formaría un buen tándem, porque es verdad en que muchos pacientes con dolor crónico, el tema de la soledad y el tema de los problemas sociales, habría que abordarlo también. Están tan embriagados con el dolor, o sea que ahí también se me ha quedado hoy un poquito el tema para darle una vuelta.

(Cristina) Bueno, lo que habéis hecho en Ávila es mucho... Es mucho. En Cataluña tenemos una situación bastante diferente, pero bueno, es verdad que a nivel de Centro de Salud, tengo la suerte de estar haciendo el curso con dos compañeras fisias que trabajan en el centro, y eso hace que estemos empezando a detectar a aquellos pacientes que pueden ser tributarios de la educación y ya hemos empezado a hacer consultas individuales. De momento no podemos hacer grupos como tal, pero sí que hacemos consultas individuales y vemos que está funcionando. Cuando ves que la gente hace clic, es cuando se te abren los ojos, y dices, esto tiene filón. Así que esto es lo que estamos haciendo ahora y la idea es desarrollar el proyecto para poder implementar estas unidades también en Barcelona

- ¿Pensáis que todos los profesionales de atención primaria deberían estar formados en dolor crónico? ¿Y qué profesionales creéis que deben formar parte del equipo ideal para tratar dolor crónico?

(Ana) Todos aquellos que de una manera u otra tengan contacto con las personas que padecen dolor crónico y/o con todas las dimensiones que afecta el dolor crónico deberíamos estar formados: médico, enfermería, psicólogo, fisio, trabajador social... Si no vamos todos a la par, en la misma línea y con el mismo objetivo, que es la **funcionalidad**, más que a lo mejor el dolor, y no vamos un poco la misma línea, nos quedaremos un poco cortos.

(Cristina) Yo creo que la formación tiene que abarcar a todos los integrantes del centro de salud y todos tienen que estar involucrados, desde el administrativo que recibe al paciente, la enfermera, el médico, psicólogos, nutris etc. Pero también la parte hospitalaria.

Ana Alconada
Médica familia en gestión. Ávila



la parte hospitalaria es fundamental, los internistas, los reumas, los traumas, rehabilitadores... Todos tenemos que estar involucrados en este cambio de paradigma, porque si yo digo A, pero luego va a urgencias y el médico de urgencias le dice B, no vamos bien.

La formación en dolor debería darse en el origen, en los grados de todos aquellos profesionales que trabajan en ciencias de la salud, ¿vale? No sólo de la parte de formación en **dolor**, con la **fisiología**, la **filosofía**, todo lo que hemos dado en el curso, que está fenomenal, la **neurofisiología**, pero también la parte de **comunicación** con el paciente. Cómo transmites lo que quieres decir debería ser la parte transversal que todos tendríamos que dar en las facultades.

Creo que es un cambio tan brutal, que no sólo afecta a nivel de trabajo en la organización sanitaria, sino que también implica cambios a nivel educativo.

- Para tener en cuenta, no sólo el dolor físico, sino también los aspectos psicosociales del paciente. ¿Qué deberíamos tener en cuenta?

(Ana) Lo que estamos viendo en el curso es que el dolor crónico tiene múltiples factores. Y uno de ellos es el tema psicológico, emocional, social. Es importantísimo abordar estos aspectos, igual que todos los otros, para poder abordar los posibles desencadenantes de este dolor.

- ¿Cómo podemos ayudar a los pacientes a tomar un papel más activo en el cuidado de su dolor?

(Ana) En el dolor o en cualquier patología, la clave para lograr un paciente más activo está en hacerles

participes de la decisión en el manejo de su problema. La toma de **decisiones compartidas** es algo que nos enseñan desde el principio, pero no es fácil de hacer. Necesitas **tiempo** porque al paciente le tienes que explicar, tienes que **adecuar la explicación** al nivel del paciente. No todos son iguales, entonces eso requiere un tiempo. También te encuentras pacientes que te dicen, "no, no, lo que usted me diga, doctora". Probablemente somos muy paternalistas.

Cuando lo pones en práctica muchos pacientes se sienten un poquito raros porque no están acostumbrados. Pero realmente la idea es que tú les traslades la información respecto a las posibilidades terapéuticas y que ellos, junto contigo, con esa información, puedan decidir qué es lo más idóneo, lo que en ese momento necesitan.

Hay estudios en los que han mirado lo que nosotros prescribimos en cuanto a medicación y lo que realmente acaban haciendo los pacientes, se estima que solo el 30% acaba tomando la medicación. Es para reflexionar.

- A los fisioterapeutas, aunque desconozco el porcentaje, nos pasa algo parecido con los ejercicios que pautamos para casa. Tal vez sea más fácil poniendo en marcha actividades grupales... ¿Habéis puesto en marcha o tenéis pensado poner actividades grupales o comunitarias para personas con dolor crónico?

(Ana) Ya tenemos pacientes de los grupos que han salido de la unidad de afrontamiento que están en centros cívicos y eso es un proyecto que es brutal. Esta semana hemos empezado con **paseos saludables**, para pacientes con cualquier otra patología o sin patologías. Estamos trabajando en acciones

comunitarias en muchos centros, en muchas zonas de salud, pero no solo para pacientes con dolor crónico. Realmente lo entendemos como una parte de la promoción y prevención de la salud.

(Cristina) Es una línea estratégica de este año a tope. En Cataluña, desde hace tres años tenemos las figuras de los **fisioterapeutas con un enfoque comunitario en los centros de salud y son ellos los que lideran a esos grupos**. Además tenemos de manera similar, la figura del **psicólogo comunitario** también, **que es quien lidera los grupos de dolor crónico**.

Y luego tenemos muy activo el tema de la **prescripción social**. En la zona en la que nosotros trabajamos, en el Prat, el ayuntamiento está muy volcado en la prescripción social y tiene muchísimos recursos para esos pacientes que terminan los grupos, que luego pueden ser derivados a las actividades que realizan.

- **¿Qué cambios estructurales o normativos serían necesarios para consolidar los equipos interdisciplinares en atención primaria?**

(Cristina) En atención primaria estamos trabajando con normativa del año 84-86. Estamos con una normativa de hace más de 40 años con una sociedad que no tiene nada que ver con hace 40 años. O sea que a **nivel normativo** yo me replantearía todo: Las zonas básicas de salud, el mapa sanitario, los equipos de atención primaria con las categorías profesionales... Realmente eso ya no tiene ninguna validez.

A **nivel estructural**, hay que adaptarse a las nuevas necesidades. Hay perfiles profesionales que no se plantean en plantilla orgánica o se plantearon en su momento como comunidades de apoyo, y ahora mismo, se requiere más personal de ese tipo en plantilla y formando equipos interdisciplinares.

(Ana) Obviamente tiene que haber un cambio a **nivel legal, normativo** y luego aquí, en Castilla y León tenemos la ventaja de que la **consejería** está convencida de la necesidad de crear unidades de estrategias de afrontamiento activo, y en Cataluña no.

El primer paso pues es ese, hay que convencerles a nivel de gestión, que ven la necesidad. No podemos hacer ningún cambio si no viene desde arriba, son ellos quienes tienen que ver la necesidad de ese cambio para poder **generar esas estructuras y que se consoliden esas unidades**.

(Cristina) Así es... como he dicho antes, hace tres años implementaron estos tres nuevos perfiles en atención primaria, nutricionistas, psicólogo y fisio y esto fue un avance. Las piezas del puzzle están, pero no están bien armadas, entonces al final las figuras las tienes, pero hay que rearmarlas y reorganizarlas para poder enfocarlas bien.

- **Esperemos que todo vaya encajando... ¿qué le diríais a otros profesionales que todavía trabajan de forma interdisciplinar con pacientes con dolor crónico?**

(Cristina) Pues que están perdiendo una oportunidad de oro, porque primero de otros perfiles se aprende muchísimo, cada uno dentro de nuestras funciones o de nuestras competencias somos importantes. Ahora mismo, trabajar solo es no llegar a ningún sitio. De todas formas, de nada sirve trabajar juntos si no tenemos un objetivo común. Al final es como el queso del trivial, tienes que conseguir el queso entero. Sin la parte médica, sin la parte de enfermería, sin la parte del fisio, sin la parte del psicólogo, sin la parte del trabajo social, sin la parte del administrativo, del trauma, del reuma, no conseguimos ese queso, tenemos que ponernos a trabajar juntos y todos en la misma línea.

- **Bueno, no sé si queréis añadir algo más, os apetece añadir algo más de lo que estamos hablando?**

(Ana) La verdad es que yo recomendaría este curso que ya le he recomendado a muchos compañeros, no solo médicos y no solo de atención primaria, se los recomiendo al 100%, pero no solo por lo que puedan aprender, que desde luego van a aprender mucho, sino también por las personas que se van a encontrar, y nada, yo lo recomiendo muchísimo.

(Cristina) Recomendación al 200% es un cambio de miras, un cambio de vida y al final, es que sí, a todos: MEAP, enfermera, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacia, psiquiatra, psicólogo, nutricionista, trabajador social, TCAE, personal administrativo, celadores... Y PACIENTES!!

- **Bueno, chicas, muchísimas gracias, Es un placer y es una oportunidad increíble haberos podido hacer estas preguntas y haberos entrevistado, muchísimas gracias.**

LA EXPERIENCIA DE VIGO

Cómo implementar un abordaje con ORIENTACIÓN COMUNITARIA desde la fisioterapia

Margarita Prego Sobral

Noa Siñuela González

María Jesús Martínez Martínez



Equipo de implementación

En mayo de 2023, el área sanitaria de Vigo incorporó a cinco fisioterapeutas con el objetivo de desarrollar una labor asistencial centrada en la Atención Comunitaria, apostando por una nueva orientación del trabajo en fisioterapia.

Este proyecto nace como una propuesta conjunta entre la supervisión de área de fisioterapia (Tirso Docampo) y el departamento de calidad asistencial (David Rodríguez), con la intención de transformar el enfoque tradicional de la fisioterapia —más enfocado en el tratamiento de síntomas— hacia un modelo más salutogénico, centrado en la prevención, la promoción de la salud y el empoderamiento de los pacientes. Pero, ¿por qué solo Comunitaria?. La iniciativa parte de una necesidad clara: dar respuesta a problemas estructurales en las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria (UFAP), como la reiteración de derivaciones por la misma patología (el tratamiento convencional individual no mejoraba los procesos de salud crónicos), las listas de espera prolongadas o la insatisfacción laboral entre los profesionales.

El abordar estas cuestiones desde una perspectiva comunitaria, centrada en generar salud y no solo en tratar la enfermedad/patología, dirige el objetivo principal a que los pacientes tomen un papel más activo en su proceso de salud y se fortalezca su autonomía. Para ello decidimos centrarnos en tres herramientas clave: la **educación sanitaria**, la **toma de conciencia y autorreflexión** sobre su estado de salud/enfermedad (el paciente tiene claro lo que tiene: hernia, "desgaste", "tendones rotos"... y lo que "no puede hacer", pero no ha reflexionado sobre si realmente lo puede o no hacer y sobre lo que quiere o le gustaría conseguir) y el **ejercicio terapéutico**.

Este nuevo enfoque se apoya en el marco de políticas sanitarias recientes, como la guía "Acción comunitaria para ganar salud" del Ministerio de Sanidad, la "Estrategia galega de saúde comunitaria en AP 2023-2027", y la nueva Cartera de Servicios de Fisioterapia del Servicio Gallego de Salud 2023, que ya contempla programas estructurados dirigidos a poblaciones clínicas con necesidades





comunes en el ámbito comunitario.

Los inicios no fueron fáciles para el grupo de trabajo, pues poco conocimiento teníamos de lo que es e implica la "Comunitaria", sin embargo, captamos la idea principal en poco tiempo y gracias a las directrices de la Guía de Acción Comunitaria y diversas lecturas y formaciones comenzamos el proyecto.

1º Realizamos **Sesiones Clínicas** en cada UFAP asignada y en cada Centro de Salud perteneciente a la UFAP (una UFAP puede tener adscritos varios Centros de Salud) para presentarnos, conocernos, y para realizar un diagnóstico conjunto de la situación, conocer las patologías más prevalentes, las necesidades en salud. Los resultados fueron una población envejecida, con un alto índice de patologías musculoesqueléticas crónicas y alto riesgo de Fragilidad, lo cual orientó la prioridad de actuación. En ninguna de estas zonas existían intervenciones comunitarias previas con participación de la figura del fisioterapeuta. Además es importante la búsqueda de espacios de trabajo.

2º Llevamos a cabo un **Mapeo territorial**, identificando activos y recursos de salud en la zona.

3º **Diseño de programas grupales**, comunes para toda el área sanitaria, pero también con opciones específicas adaptadas a características locales. Todos estos programas comparten un enfoque basado en la educación sanitaria y el ejercicio físico como herramientas principales para la prevención y el tratamiento. Para ello seguimos una Metodología a través de una plantilla base de Procedimientos del SERGAS. Consensuamos la justificación, objetivos, criterios clínicos para la inclusión y exclusión de

pacientes, instrumentos de evaluación, y circuitos de derivación, además del contenido propio de Fisioterapia.

Se diseñaron tres programas comunes:

- "**Activa a túa saúde**", destinado a promover hábitos de vida saludables, con mayor enfoque en el aumento de la actividad física y ejercicio.
- "**Áxil**", dirigido a prevenir o revertir la fragilidad en personas mayores.
- "**Fortalecimiento del Suelo pélvico**", para abordar patologías como incontinencia urinaria, prolapsos o diástasis abdominal, y promover la educación sanitaria en este ámbito tan necesario y a la vez "abandonado" en la Sanidad Pública.





4º Realizamos nuevas sesiones clínicas en los Centros de Salud para dar a conocer los Programas y establecer sinergias interdisciplinarias abriendo la posibilidad a los diferentes profesionales sanitarios como MEAP, Enfermería, Nutricionista (en Galicia existe esta figura desde 2023 en AP), etcétera, de formar parte de los mismos realizando algunas sesiones en la parte de Educación para la Salud.

5º Implementamos los programas en distintos espacios: centros de salud, centros sociocomunitarios y espacios naturales, integrando así la intervención fisioterapéutica en el entorno cotidiano de los pacientes.

Dónde nos encontramos ahora es avanzando hacia un modelo asistencial más eficiente, sostenible y centrado en el valor, que promueva no solo la recuperación sino el mantenimiento de la salud en la comunidad. Lo más significativo es que en el Área Sanitaria ya no somos cinco, sino que se han unido más compañeras y compañeros que han decidido apostar por este camino del cambio, con

con entusiasmo, y lo celebramos, porque requiere no solo desaprender y soltar para “empezar de nuevo” sino empezar a trabajar juntos, en equipo. Parte de este nuevo Equipo Comunitario ya se ha empezado a formar para crear la I Unidad de Afrontamiento activo de Dolor Crónico en Galicia (Vigo).

Hemos creado la Figura de Referente de Acción Comunitaria en nuestra área sanitaria para continuar con el camino de forma más estructurada y eficiente.

Hemos acudido a la Facultad de Fisioterapia de Pontevedra para dar a conocer la importancia de la Orientación Comunitaria e intentar que las nuevas generaciones tengan siempre este foco en sus futuros roles como fisioterapeutas. Además, les hemos animado a participar en el Desafío DASP creando programas para poblaciones clínicas. Participamos en Mesas de Salud de diferentes Ayuntamientos para aportar nuestra mirada en las distintas acciones comunitarias que se presenten o que nosotras lideremos.



MÁS QUE RESISTIR:

Participación y acción frente al dolor crónico

Teodora Encinas

Nuestra experiencia: El origen de todo

Tras finalizar el programa de educación en ciencias del dolor y ejercicio físico en Atención Primaria de Salud, surgió una pregunta clave: ¿y ahora qué? No queríamos que todo lo aprendido —ejercicios, técnicas de relajación, nuevas formas de pensar sobre el dolor— quedara olvidado, porque este programa nos enseñó cosas valiosísimas: a entender nuestro dolor desde otra perspectiva, a movernos sin miedo, a integrar ejercicios específicos en nuestra rutina, a relajarnos, a cambiar poco a poco nuestra forma de afrontar el día a día. Fue un antes y un después para muchas de nosotras.

Todo comenzó en el año 2017, como una forma de dar continuidad a lo que habíamos vivido como pacientes, no queríamos que aquello acabara.

Nuestra mejoría había sido notable; nos sentíamos más fuertes, más autónomas, más acompañadas. La idea de dejar de hacer esos ejercicios, de no volver a reunirnos, de perder ese espacio de transformación compartida, nos resultaba impensable. Esa voluntad de no perder lo que habíamos ganado, esa energía común, fue la que impulsó la creación de esta asociación. No surgió desde un despacho, ni desde una estrategia institucional. Surgió de la experiencia vivida, de la comunidad que estábamos formando de “grupos de iguales” a lo largo de los años y de las ganas sinceras de seguir adelante. **La Asociación de Afrontamiento Activo del Dolor AAD Miguel Ángel Galán nació en Valladolid (Castilla y León) en 2023.**

Cómo hemos evolucionado como asociación

En los primeros pasos, fue un espacio sencillo de encuentro y apoyo entre iguales. Pero pronto entendimos que ese pequeño círculo podía y debía crecer. Lo que habíamos creado tenía valor también para otras personas y contextos. Así comenzamos a



Asociación de pacientes

colaborar con profesionales sanitarios, instituciones públicas y, más adelante, incluso artistas nos han acompañado.

Hoy somos una organización activa, plural e integradora, que combina:

- La **experiencia vivida** de las personas con dolor crónico.
- El **acompañamiento técnico y ético** de profesionales del ámbito sanitario y social.
- La **participación de instituciones públicas** que apoyan nuestra labor.
- Y la **mirada sensible y creativa de artistas** que nos ayudan a expresar el dolor de otras formas.

Hoy no solo seguimos practicando lo aprendido, sino que también creamos, innovamos y compartimos. Organizamos talleres y colaboramos en proyectos, pero sobre todo seguimos cuidando nuestra red de apoyo humano.

Lo que comenzó como grupos de iguales ha dado lugar a un movimiento social que defiende el afrontamiento activo del dolor como un enfoque realista y sostenible. Un enfoque que reconoce los límites del cuerpo, pero también sus posibilidades, que no promete milagros, pero sí herramientas y compañía para transitar el camino con mayor dignidad y sentido. Nuestra evolución ha sido organizativa, sí, pero también emocional, relacional y colectiva: hemos pasado de ser pacientes, a participantes, y de participantes a protagonistas.

Nuestros objetivos: lo que nos impulsa

La Asociación se sostiene sobre tres grandes objetivos:

1. **Generar redes de apoyo entre iguales:** queremos asegurarnos de que todo lo aprendido en los programas iniciales siga presente en nuestra vida cotidiana. Las herramientas que nos ayudaron —el ejercicio, la relajación, los cambios de pensamiento— no deben quedarse guardadas en un cajón. Practicarlas en grupo, de forma regular, es una forma de cuidarnos y de sostener el cambio.

2. **Promover espacios sostenibles de ejercicio físico y reflexión:** sabemos que el dolor puede aislar. Por eso, fomentar el movimiento compartido, el acompañamiento, el humor y el encuentro es una de nuestras prioridades. Nos damos fuerza mutuamente, compartimos estrategias y nos sentimos menos solas y solos.

3. **Integrar a diferentes actores sociales e institucionales:** queremos que este proyecto no dependa solo del voluntarismo de unas pocas personas. Como una casa que necesita buenos cimientos y muchas manos, aspiramos a que esta red sea sólida, reconocida y sostenible en el tiempo. Así podrá seguir impactando en la vida de muchas otras personas.



Un proyecto vivo, premiado y con impacto

En mayo de 2024, la presidenta de la asociación envió un mensaje a Rozalén contándole que bailábamos “la puerta violeta” y tuvimos el enorme regalo de recibir un vídeo de la cantante Rozalén, quien, con su sensibilidad y compromiso social, nos envió un mensaje cargado de cercanía y apoyo. Decía que ojalá sus canciones sirvieran para que las personas con dolor pudieran bailar, sentirse vivas y mejorar su calidad de vida. Nos expresó su deseo de conocernos algún día.

Y ese momento llegó en febrero de 2025, cuando vino a Valladolid a estrenar su primera obra de teatro como actora, a la salida de la función, nos recibió y pudimos mostrarle en la calle como bailamos su canción. Fue un gesto sencillo, emocionante para ella y nosotras, pero profundamente simbólico: el arte y la empatía también pueden sanar, acompañar y movernos, incluso cuando el cuerpo duele.



También, nuestra experiencia ha sido reconocida con un reconocimiento institucional de buena práctica 2025 por parte de la Consejería de Sanidad de Castilla y León, que valoran tanto la innovación social del proyecto como su capacidad de promover salud, empoderamiento y sentido de comunidad.



Lo que nos une y nos mantiene en movimiento

Nos une el dolor, sí. Pero sobre todo nos une la forma en que lo afrontamos. Lo que nos mantiene motivados es ver que lo que hacemos tiene un efecto real: que alguien recupere la confianza, que otra persona deje de sentirse sola, que se vuelva a caminar sin miedo o a sonreír con ganas.

Creemos firmemente que el dolor no tiene por qué aislarnos ni definirnos. Apostamos por un afrontamiento activo, colectivo y participativo, en el que cada persona aporta, acompaña y transforma.

Lo que más nos gusta hacer: movernos, reír, compartir

Si tuviéramos que elegir qué es lo que más nos gusta hacer como asociación, la respuesta sería clara: estar juntas y juntos haciendo cosas que nos hacen bien. Porque el dolor se alivia, aunque sea poco, cuando se comparte en un entorno de respeto, disfrute y movimiento.

Disfrutamos mucho de nuestras actividades estables en los grupos de iguales, que nos permiten mantener el contacto, practicar el ejercicio físico, relajarnos, y seguir aplicando lo aprendido. Son espacios seguros, sostenibles y valiosos, donde construimos confianza y comunidad.

Pero también nos encantan las actividades puntuales: excursiones, visitas a museos, caminatas por la naturaleza urbana, talleres de risoterapia o los encuentros intergeneracionales en la universidad.

Cada una de estas propuestas nos permite vivir nuevas experiencias, salir de la rutina, reír,

aprender, conectar con otras generaciones y redescubrir nuestro entorno.

Más allá de la actividad concreta, lo que más valoramos es poder hacerlo en grupo, desde el acompañamiento y sin presiones. Porque el afrontamiento activo del dolor también pasa por el placer, el arte, el juego, el aire libre y el encuentro humano.

Un mensaje para quienes conviven con el dolor

Que sabemos lo difícil que es vivir con dolor todos los días, que no lo está imaginando, que no es culpa suya, que no está sola.

Le diríamos que hay otras formas de vivir con ese dolor, sin rendirse ni aislarse. Que puede aprender a entenderlo, a moverse con menos miedo, a encontrar alivio, compañía, y momentos de alegría incluso en medio del malestar.

Le diríamos que buscar ayuda vale la pena, y que compartir el camino con otras personas que comprenden lo que siente puede marcar una gran diferencia. Que el dolor puede seguir ahí, pero el sufrimiento no tiene por qué ser tan grande si se transita acompañado. Y, sobre todo, le diríamos que todavía hay cosas por hacer, por descubrir, por disfrutar. Que el dolor cambia muchas cosas, sí, pero no lo borra todo. Que su historia no termina aquí.





A mi yo de antes: no sabías cuánto ibas a cambiar

A ti, que vivías con dolor sin entenderlo, sin saber si tenía sentido lo que sentías o si alguien podía ayudarte.

A ti, que te sentías cansada, sola, confundida. Que pensabas que así sería siempre, y que todo esfuerzo parecía no servir para nada.

Quiero decirte que no era tu culpa. Que no estabas exagerando, ni fallando, ni inventando nada. Que lo que te pasaba era real... pero que también era posible cambiar la forma de vivirlo.

Quiero que sepas que no todo iba a ser tan oscuro como creías. Que ibas a encontrar un espacio donde te explicarían tu dolor con respeto. Donde te ibas a sentir escuchada, acompañada, valorada. Donde ibas a volver a moverte, a respirar sin miedo, a reírte en grupo. Donde ibas a conocer a personas que, como tú, se cansan... pero siguen.

Y aunque el dolor no desapareciera del todo, ibas a recuperar muchas cosas que creías perdidas: tu confianza, tu voz, tus ganas de hacer planes. Tu alegría.

Te diría que no estás rota. Que lo que viene es difícil, pero transformador. Que sí vale la pena.

Una invitación abierta

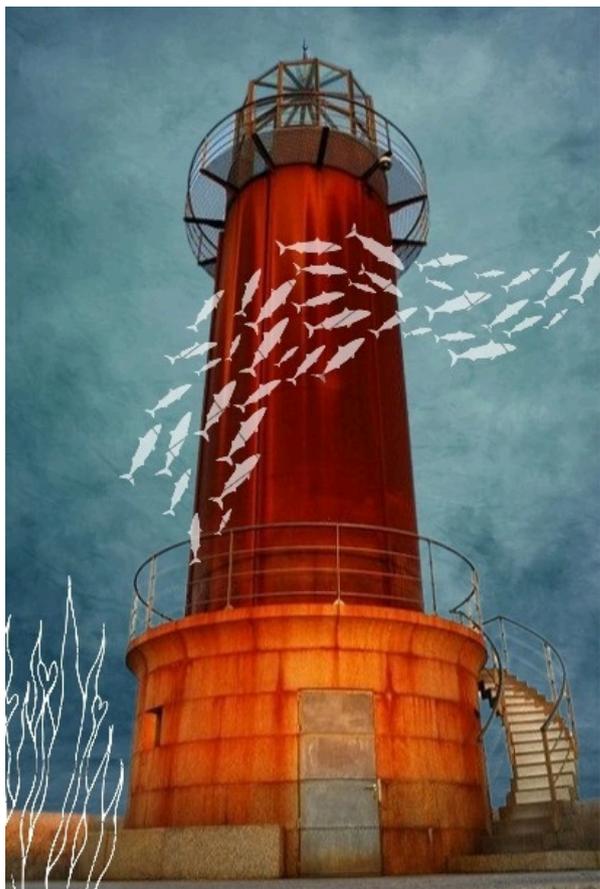
La Asociación de Afrontamiento Activo del Dolor sigue creciendo, y su puerta está siempre abierta a nuevas manos, nuevas voces y nuevas ideas. Si eres profesional, paciente, familiar o simplemente una persona comprometida con el bienestar colectivo, te invitamos a unirse a esta red que cuida, comparte y transforma.

CAMBIO DE PARADIGMA... TAMBIEN EN GESTION DE LA FISIOTERAPIA

Necesidad de cambios estructurales

Entrevista a Tirso Docampo

Karina Piñeiro



Tirso Docampo es fisioterapeuta del Sergas y desde Octubre de 2024, su rol gestor, depende de Dirección de Enfermería del Área de Vigo. Por esas fechas, también se celebraba la III QuedaDASP, inspirada en el fenómeno del afloramiento de la ría de Vigo, invitando a la fisioterapia del primer nivel asistencial a aflorar hacia los equipos interdisciplinares y la comunitaria. Nos gusta decirle que no solo afloramos los clínicos, sino que también afloró la gestión. Paso a paso va consolidando su rol gestor y creando una nueva estructura de gestión desde donde la fisioterapia pueda desarrollarse mejor gracias a compañer@s que irán creando una red de gestores en las diferentes áreas.

Hoy nos acercamos al campamento de la

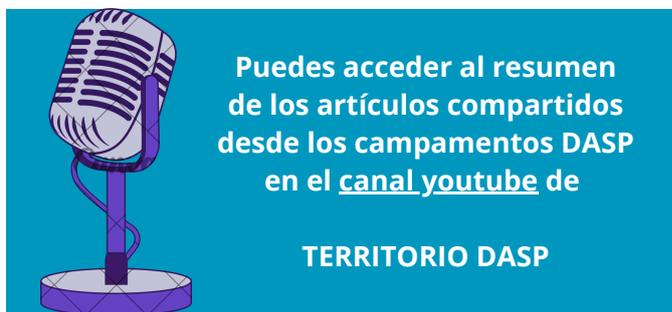


Futuras tierras
GESTIÓN

gestión, un campamento que todavía no ha nacido en el mapa del Territorio DASP, pero del que se empieza a palpar su necesidad. Soy la encargada de hacerle las preguntas que hemos confeccionado desde los diferentes equipos que dinamizamos “Territorio DASP” y esto empieza con un **“qué hace un chico como tú, en un sitio como éste”**.

Y es que, todavía no sabemos cómo se las apañaba para gestionar sin demasiada capacidad de decisión a esos 114 terapeutas y 25 TCAES repartidos en 13 UFAP y 4 centros hospitalarios. Tampoco sabemos cómo se las apaña ahora, que tiene más responsabilidad y está creando la nueva estructura de gestión, mientras los fisioterapeutas clínicos van abriendo nuevos servicios, afianzándolos etc. La pandemia y este momento de cambio le han pillado en gestión, todo un reto.

Algún compañero (véase “David el de Calidad”) le llamaba “hombre orquesta”, pero hace meses que en Territorio DASP nos dimos cuenta que tenemos muchos hombres y mujeres orquesta en gestión, sencillamente porque están gestionando una profesión que ha crecido exponencialmente en sus algo más de 30 años de evolución, y lo hacen prácticamente solos y sin estructuras que los sostengan (ni a ellos -con cargos oficiales-, ni a la fisioterapia)





Las siete áreas sanitarias de Galicia

Me gusta la pregunta por lo de “chico” jajaja. En gestión, la edad te permite tener un bagaje y un histórico que te ayuda mucho a moverte dentro de la gestión. Y lo que hago es intentar desarrollar otra perspectiva laboral dentro de la fisioterapia. Una perspectiva que creo que es muy importante y que posiblemente, por falta de referentes y por falta de voluntarios, me lancé a a ello.

Además de la falta de referentes y voluntarios, algo más habría, cuéntanos...

El haber sido fisioterapeuta clínico... El haber sido consciente de las necesidades y las dificultades de poder desarrollar todas las competencias a nivel clínico. La fisioterapia de la pública no tiene demasiada capacidad de maniobra y esa sensación me llevó a trabajar el problema desde otra perspectiva.

Cuando eres clínico y te frustras, tienes dos opciones: o dejas la pública y te dedicas a la privada y haces lo que consideras que deberías hacer con los pacientes. o lo peleas, desde el ámbito sindical, desde la gestión... Entender que esto solo se puede cambiar desde dentro, hablando el mismo idioma y desde una visión de hacer propuestas. Me están tocando tiempos de poder ir hacia puestos donde se toman decisiones y ampliar el mapa de desarrollo de la fisioterapia.

¿Y qué es lo mejor y lo peor de pasarte a la gestión?

Voy a empezar por lo mejor. Lo mejor... ampliar la mirada. Entender que cuando ves a otro realizando una actividad gestora, crees que no está haciendo todo lo que puede, que se podría hacer mejor, que no es tanto trabajo, que no es tan difícil... Y solo te das cuenta de las dificultades y de lo que significa ese trabajo cuando te pones a ello, Cuando te remangas y te pones a hacer aquello que no te parece tan difícil, es cuando encuentras las dificultades reales, la realidad del día a día, los problemas... que son diferentes a los que tenías en el otro ámbito clínico, pero los hay.

Lo bueno que me llevo es que el aprendizaje es brutal, el entender cómo funciona la maquinaria de la gestión, el peso que tienen las diferentes estructuras dentro de la organización, moverte dentro de este ámbito con distintos perfiles profesionales, distintas necesidades, distintas inquietudes...

Es un aprendizaje bestial, como si te pusieras hoy en día, pues yo que sé... a hacer carpintería o hacer cualquier otra cosa que desde fuera no te parece difícil, pero que cuando te metes, lo es, y te aporta muchísimo. Hace que descubras potencialidades tuyas que no habías puesto en acción porque no habías tenido la oportunidad. Es un crecimiento personal, es un crecimiento del conocimiento, es ampliar la mirada hacia una visión más sistémica de cómo funciona la estructura de la pública.

La parte mala, la tenía clara desde un principio. A la fisioterapia de la pública le está costando aceptar la necesidad del rol del fisioterapeuta gestor. Ser gestor es sinónimo de jefe que te complica la vida, el que te vigila, el que te cuestiona, el que fiscaliza tu atención... Nos cuesta ver al gestor desde una visión estratégica o colaborativa. Lo vemos como alguien que calcula si eres productivo o no, si tienes derecho a un día o no, si has cumplido con tus obligaciones clínicas o no etc.

*Hospital Álvaro Cunqueiro
(Vigo)*



En cuanto te nombran mando intermedio, pues ya eres del otro bando, ¿no? “Ya no eres de los nuestros, eres de los otros, el jefe”.. Es como si hubieras cambiado de trinchera. Dejas de estar en los chascarrillos, en los grupos whatsapp, en las cenas de Navidad, en los cumpleaños,,, Es como, “bueno, ahora que te inviten los jefes, ¿no? Porque tú ya eres jefe...” Y la cuestión es que las cenas de Navidad tardan en llegar desde “el otro bando” y te quedas solo durante un tiempo, ese tiempo en el que te estás intentando adaptar a lo nuevo puede costar.

Lo que se hace en gestión, tarda en verse. Poco a poco, me gusta pensar que vamos entendiendo que la gestión es para mejorar la profesión y para que los clínicos trabajen mejor, para dar mejor respuesta a las necesidades (en este caso asistenciales de la sanidad pública),

El rol clínico necesita del rol gestor, necesita un nexo con los comités de dirección, con los comités asistenciales, con las comisiones de las distintas unidades que hay en el hospital...

Es verdad que necesitamos ejercer un liderazgo más humanista, que no todo sea “así es la normativa y punto”. sino que intentemos encontrar caminos intermedios, leer entre líneas o hacer una gestión de la actividad asistencial más humana, hacia el clínico, con más impacto hacia el paciente y y con una visión más estratégica hacia la profesión... Pero todo esto es un aprendizaje.

Ahora que mencionas lo de la visión más estratégica, queremos conocer tu opinión sobre los modelos de gestión integrada frente a los modelos con gestión separada por niveles asistenciales.

Vale, aquí hay que hablar de los diferentes niveles de gestión, ¿no? La micro, meso y macro-gestión. La macro-gestión de un área sanitaria se gestiona desde la gerencia y desde las direcciones médicas y las direcciones de enfermería.

Cuando la gestión es integrada, con el peso que tienen los servicios médicos a nivel hospitalario y los jefes de servicio, casi todos los recursos se desvían a nivel hospitalario. Eso lo hemos ido viendo en los últimos, no sé, 15, 20 años. ¿Por qué? Porque son pacientes con una necesidad urgente. Hablamos de vida o muerte y hablamos de invertir en recursos para, a lo mejor un porcentaje de la población más pequeño, pero un porcentaje de la

población que no puede esperar. Entonces, el pez grande, (la hospitalaria) por decirlo de alguna manera, se come al pequeño. ¿Quién es el pequeño? Pues sería la atención primaria, el primer nivel asistencial.

Tener una gerencia única a nivel de macro-gestión de área sanitaria hace que los recursos se desvíen al nivel hospitalario, sí o sí.

Primaria, muchas veces, son pacientes crónicos, no hay esa urgencia... y si no tenemos una visión de gestión adecuada en cuanto a optimización y costo-efectividad de la inversión, no seremos capaces de ver que hay que dedicarse también a lo importante y no solo a lo urgente. Lo urgente hay que atenderlo, pero lo importante es lo que evita que nos veamos con estos casos urgentes,

Este es el discurso de los últimos 5 años, “si nos dedicamos a los hábitos de vida saludables y mejoramos la salud de la población, habrá menos ictus, menos infartos, menos situaciones de emergencia”.

En cuanto a la meso-gestión, que es a lo que me dedico yo, al tener una gestión integrada en el área, tengo la capacidad de gestionar recursos tanto de primaria como de hospitalaria, y eso hace que podamos gestionar la continuidad asistencial. Podemos dedicar los recursos sanitarios de fisioterapia hospitalaria a los pacientes que por sus criterios de inclusión, por sus características, necesitan que el recurso sea hospitalario. Pero en cuanto el recurso puede ofrecerse en atención primaria, podemos derivar a primaria: por cercanía, por operatividad de las agendas, por costo-efectividad... Una consulta de fisio hospitalaria, el Sergas la valora entre 25 € y 25.30 y una consulta de fisio de primaria a 15€.

El flujo de pacientes también puede ser al revés: Un paciente que nos llega a primaria con una patología compleja que no puede ser asumida, no necesita dar vueltas por el sistema. Podemos gestionar esta atención con los recursos hospitalarios porque así está establecido,

Tener una gestión integrada, a nivel de meso-gestión, hace que el sistema de flujo de pacientes entre primer y segundo nivel asistencial sea muy ágil.

Diseñamos los criterios de inclusión, exclusión, las carteras de servicios de un nivel y del otro, podemos mover al paciente en el sistema de

Con "David el de Calidad"



manera ágil y fácil, El paciente no tiene que ser el que deshaga toda la burocratización de la atención.

Hay fisioterapeutas gestores de casos. Gestionan el caso en el nivel asistencial más adecuado y se le cita con el modelo de atención más adecuado a su patología. Se le aplica una intervención de fisioterapia que se ajuste a las necesidades del paciente, con la frecuencia, la intensidad y los recursos más adecuados.

El modelo integral desde la visión de Gestión de fisioterapia nos permite que la atención de fisioterapia se ajuste al primer o segundo nivel asistencial, según necesidades del paciente y no según donde esté ubicado el profesional que haga la derivación a fisioterapia (traumatólogo, un neumólogo, un rehabilitador, un médico de familia, una matrona, una enfermera, un pediatra...)

Quien capte esa necesidad de derivar al fisioterapeuta, no tiene por qué saber a qué nivel asistencial hay que derivar, simplemente tiene que ser capaz de poder dirigir ese paciente al recurso que es la fisioterapia. Y la fisioterapia tiene que tener establecidos mecanismos y sistemas de redirección del flujo de pacientes según sus necesidades. Es decir, que si un geriatra capta la necesidad de un paciente frágil en el hospital y nosotros tenemos un programa de fisioterapia comunitaria para paciente frágil en la comunidad donde vive ese paciente, no tenemos por qué hacer un transporte en ambulancia de ese paciente al hospital para hacer el tratamiento porque lo ha derivado un geriatra, sino que tenemos que dirigir esa atención hacia el nivel comunitario, que es el entorno donde se mueve ese paciente. Tenemos programas diseñados para sus necesidades y lo hacemos costo-efectivo: No necesitamos transporte en ambulancia, es más cómodo para él porque está de cerca de su domicilio y le estamos dando el valor de la

De la clínica, a la gestión

La transición de clínico a gestor implica pasar de la atención directa al paciente a la gestión de recursos, procesos y personas dentro de una clínica o institución de salud. Requiere desarrollar habilidades de liderazgo, gestión financiera, y manejo de personal, además de conocimientos en gestión sanitaria. El cambio de rol implica:

***Dejar la práctica clínica directa:**

El enfoque principal cambia de la atención al paciente a la gestión de la clínica o departamento.

***Adquirir nuevas habilidades:**

Se necesita desarrollar habilidades de gestión, como liderazgo, gestión financiera, gestión de recursos humanos, y resolución de conflictos.

***Comprender la gestión sanitaria:**

Se requiere un conocimiento más profundo de la gestión de clínicas, incluyendo aspectos como la calidad asistencial, la seguridad del paciente, y la gestión de procesos.

***Aceptar la responsabilidad:**

El gestor asume la responsabilidad de la eficiencia y calidad de la clínica o departamento, incluyendo la gestión del personal, los recursos, y la satisfacción del paciente.

***Adaptarse a un nuevo entorno:**

El entorno de trabajo cambia, pasando de un entorno centrado en el paciente a un entorno administrativo y de gestión.

Es fundamental que el clínico tenga una motivación genuina para realizar la transición y asumir un rol de gestión.

Es importante que haya un sentido, que el profesional sienta que su trabajo como gestor tiene un impacto positivo en la atención al paciente y en el sistema de salud en general.

La transición puede ser más exitosa si se cuenta con el apoyo de mentores, programas de formación, y un entorno laboral que valore el desarrollo profesional en gestión.

La transición no es inmediata y requiere tiempo y adaptación. El profesional debe ser consciente de que deberá aprender nuevas habilidades y adaptarse a un nuevo entorno laboral.

Resumiendo, pasar de clínico a gestor implica un cambio en el enfoque laboral y requiere nuevas habilidades y conocimientos, además de una adaptación a un nuevo entorno. Un buen gestor debe ser capaz de liderar, motivar, y gestionar los recursos de manera eficiente para garantizar la calidad y la seguridad de la atención al paciente.

atención que necesita.

Tener la capacidad de redireccionar al nivel que sea el adecuado, en cualquier momento y evolución de su proceso, nos hace mucho más operativos a la hora de dar una asistencia tanto de calidad como de continuidad y costo-efectividad.

¿Consideras que un modelo con gestión diferenciada por niveles asistenciales facilita un desarrollo más adecuado de las funciones propias de cada nivel?

Las funciones de cada nivel están definidas en la cartera de servicios y hace poco que se han modificado para adaptarnos mejor a los retos sociosanitarios. Si definimos las funciones y la cartera de servicios de cada nivel, una visión de gestión única puede redirigir el paciente al nivel más adecuado.

Lo decías al comienzo de la entrevista: la falta de referentes en gestión de la fisioterapia. Nos gustaría saber cómo has brujuleado en esta situación..., frases que te hayan inspirado, conversaciones, personas, experiencias, anécdotas que te hayan servido o te hayan llevado a un modelo mental mejor en esto de la gestión de de fisioterapia.

Es una pregunta compleja... son muchas cosas y muchas veces son los momentos los que te guían y no todo es claro. Me guio mucho con la intuición aunque vamos teniendo cada vez más datos registrados. No siempre traslado a lo consciente lo

Diseñando y valorando programas comunitarios



que va ocurriendo... "Ah, esto me lleva por aquí, este me lleva por allá", así que voy a utilizar esta pregunta para ir rescatando esos posibles momentos de "clic".

A ver... había referentes de coordinación que se dedicaban a intentar visibilizar el trabajo que se hacía y a organizarlo, pero la gestión como se puede estar entendiendo hoy en día, no existía. . Yo empecé con la coordinación de primaria

Moaña



cuando era fisioterapeuta clínico del primer nivel asistencial en Moaña. La coordinadora que estaba se fue y tuve la necesidad de reorganizar los flujos de pacientes, cuáles iban a primaria y cuáles no: teníamos pacientes neurológicos agudos por primaria y había esguinces por hospitalaria. También tuve la necesidad de tener cierta autonomía profesional para dar el alta, decidir el número y frecuencia de las sesiones.

Desde ese puesto de coordinación, empecé a relacionarme con otros gestores y entiendo que en ese contexto, comenzaron los primeros "clics".

Recuerdo que me dijeron: "Tú eres el coordinador, no tienes que consensuar con nadie. Tú dices lo que hay que hacer y los demás lo hacen". Mi primer "clic" fue tener claro que yo prefería consensuar, que la gente se involucre en los proyectos y que yo conozca sus necesidades.

Mi segundo "clic" vino con otra frase "Tirso, es que tú cuentas las cosas con una ilusión, con un brillo en los ojos, que no se te puede decir que no." Y ahí me reafirmé en lo importante que es creer en las propuestas y proyectos que presentas.

Mi tercer "clic" fue darme cuenta de lo importante que es hablar el idioma de gestión. Cuando llegas a la gestión se habla de planes estratégicos, de objetivos, de acciones, de marcos... Descubres un idioma que si tú no eres capaz de estructurar tus ideas en ese idioma, nadie te va a entender.

Desde el contexto de la supervisión de Vigo, el contacto con la Unidad de Calidad y con David Rodríguez fue importante. Hablar de metodologías de procesos asistenciales, de liderazgo, de gestión y ver que hay un inmenso campo de modelos totalmente desarrollados, que no tienes por qué romperte la cabeza inventando cosas que ya están inventadas. Otro clic desde este contexto, fue ver personas concretas, en vez de "direcciones" y "gerencias". Detrás de esa dirección o esa gerente, hay una persona con nombre y apellidos, con la que puedes hablar, a la que le puedes plantear, pero tienes que tener claro cómo hablarle, qué objetivos tiene esa persona, qué necesidades tiene y qué le ofreces tú.

Otro cambio importante fue darme cuenta de que no se trata solo de marcar un camino y decirle a todos, "Es por aquí, echar a correr" porque es posible que nadie te siga. Ser capaz de diseñar proyectos de otra manera, hacer que el camino sea bonito y participativo, acompañar a la gente,

servir de paraguas al clínico, ser cercano con el clínico para que gane confianza, Todo esto nace desde el encuentro con Goretti, con la que coincidí organizando la III Jornada de APSC en Bilbao, el primer Congreso de afrontamiento activo de Valladolid y la puesta en marcha de Territorio DASP. Subir por la escalera de la innovación que presentábamos en la III QuedaDASP de Vigo y dejar de sentirnos excluidos, para pasar a proponer con confianza sintiéndose parte del equipo es clave. Al final, si no cuentas con los clínicos, estamos perdidos porque vamos a tener capacidad de hacer muchas cosas, pero no va a haber nadie que que las quiera hacer o que esté involucrado en hacerlas y sacarlas adelante. También me sirvió mucho Goretti a la hora de conectar con el liderazgo de servicio. Podemos ser y crear plataformas para visibilizar a los clínicos. El gestor/líder tiene que estar ahí, es necesario que esté, es necesario que se mueva, pero la finalidad del gestor es crecer haciendo crecer.

Otra cosa que me sirvió mucho fue el trabajar en primaria, trabajar en un municipio como era Moaña, estar cercano a pie de calle a la gente que viene con sus miedos, sus necesidades, te das cuenta de lo que impacta el entorno, lo que impactan los condicionantes sociales. Eso me ayudó mucho a cambiar el chip de gestión hacia crear roles de comunitaria en fisioterapia. A reconocer al fisioterapeuta como agente de salud.

Hay momentos que te van haciendo madurar y evolucionar y tener más claras las ideas. En la pública estamos en un ecosistema muy rico y conectas y aprendes de mucha gente. Me voy a dejar muchas personas, pero estamos rodeados de conexiones y chispazos, por ejemplo, Mariola de Conciertos... Es una persona que lleva mucho tiempo gestionando, es médico y me descubrió cómo son los entresijos de la gestión, cómo plantear los proyectos, cómo generar equipo, cómo tocar las teclas y los resortes para que las cosas funcionen.

Me siento afortunado de ir viendo un poco más de luz, ir despejando esa niebla de la gestión e ir dándome cuenta de dónde estamos atascados, por qué las cosas no salen También afortunado de tener capacidad de maniobra a la hora de trabajar en la estrategia.

También me sirve ver la gestión como un trabajo más y que si nos metemos en esto, también es para disfrutar, Eso es un poco lo que me digo y

digo al equipo de gestores que estamos estructurando. Las situaciones y decisiones pueden ser de más responsabilidad, pueden depender de acciones, de recursos, pero no nos puede superar el estrés, la ansiedad o la responsabilidad.

Tenemos que analizar, evaluar, tener una estrategia de planificación definida, pero después sabemos que vamos a hacer cosas mejor y cosas peor, igual que cuando tratas a un paciente. Tenemos que tener claro que hay un trabajo detrás, hay una estrategia detrás y está todo planificado. Aunque a veces te equivoques, lo asumes y aprendes de ese error para la siguiente vez. Es importante darte cuenta de que cuando asumes un puesto de responsabilidad, entiendas que estás haciendo un trabajo diferente. pero que es un trabajo en el que no se te debe ir la vida en ello, ¿no? Si fuera capaz de provocar ese clic en los miembros del equipo gestor que me acompañan, sería genial.

Personalmente, creo que tener un núcleo que te apoya, hobbies, hacer deporte etc son pilares importantes. Los ratos que estamos teniendo con Broken Physio Teatro me dan mucha vida y también me han hecho reflexionar sobre lo importante que es el humor y la de cosas serias que se pueden transmitir desde ahí. Al final, como actores, podemos destacar aspectos que a menudo nos pueden pasar desapercibidos en el día a día y convertimos ese sketch en una especie de sabiduría práctica que invita a reflexionar.

Territorio DASP, con todo el trabajo que hay detrás de un proyecto así y de camino a la III QuedaDASP de Vigo, me sirvió para entender que no deja de ser un proyecto/equipo vulnerable y que tienes que creerte que eres un gestor/líder, defender las cosas que crees que son importantes, agarrar ese rol con fuerza, sacar el proyecto adelante y poner



en valor el trabajo que hay detrás.

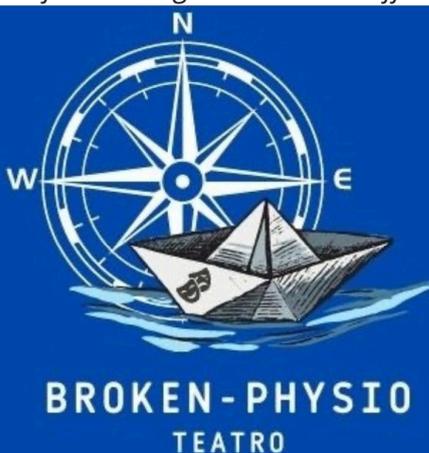
Y tanto, eh... a ver, Tirso, ¿qué es eso del cambio de paradigma en gestión de la fisioterapia de la pública que sueles decir? Otra pregunta sencilla...

La necesidad de crear una diplomatura independiente de enfermería porque la disciplina de la fisioterapia tenía cuerpo suficiente por ella misma, hizo que hace más de 30 años, "alguien" o "algunos" tuvieran un quebradero de cabeza para ver cómo integraban el nuevo perfil sanitario en el sistema nacional de salud.

Yo me lo imagino algo así: "Bueno, pues esto si es rehabilitación, que la parte clínica la lleve y se haga el servicio de rehabilitación y a nivel de gestión de recursos, que lo hagan desde enfermería, que total, "salen" de ahí."

Detrás de esta primera decisión, hay una visión un poco más de técnico que de profesional sanitario. Y hemos ido arrastrando este modelo desde nuestro "nacimiento". Asumimos que las decisiones de gestión sobre fisioterapia las tome una enfermera, las tome un médico y asumimos con ello, nuestro papel de técnico. En todo este tiempo la profesión ha ido avanzando, somos un grado, las competencias han ido aumentando, la orden declara claramente nuestra autonomía profesional, nuestro mapa de competencias, todo lo que podemos hacer, desde diseñar el plan

Arriba: Con la actriz Nuria García en un descanso del XXXV Congreso Internacional de Geriátría y Gerontología (Mayo 2025)
Abajo: Monólogo sobre Louis Gifford, una de las actuaciones en el décimo aniversario de su muerte (2024)



Si queremos una mejor fisioterapia, deberíamos estar pensando en crear una estructura de gestión desde donde pueda desarrollarse

Pasar de una gestión operativa a una gestión estratégica en un servicio de fisioterapia pública sin contar con una estructura en red de gestión implica una serie de retos importantes. Aquí te explico qué conlleva, tanto a nivel de riesgos como de oportunidades y limitaciones:

🔍 Diferencias clave: Operativa vs Estratégica

- **Gestión operativa:** se centra en el día a día (agendas, asistencia, organización de turnos, cumplimiento de protocolos, etc.).
- **Gestión estratégica:** implica pensar a medio-largo plazo, planificar mejoras, rediseñar servicios, optimizar recursos, incorporar innovación, etc.

🚧 ¿Qué conlleva hacer este cambio sin estructura en red?

1. Fragmentación y falta de coordinación

- Sin una red de gestión (jefaturas intermedias, coordinación por áreas, liderazgo clínico, etc.), es difícil alinear objetivos y tomar decisiones coherentes a nivel global.
- Riesgo de duplicación de esfuerzos, incoherencia en protocolos o desigualdad en la calidad del servicio entre centros o unidades.

2. Sobrecarga del personal clínico

- Los fisioterapeutas, al asumir funciones estratégicas sin liberación de carga asistencial ni formación en gestión, pueden verse desbordados.
- Esto afecta la motivación, el rendimiento y puede derivar en síndrome de burnout.

3. Falta de datos para la toma de decisiones

- La gestión estratégica requiere indicadores de desempeño, evaluaciones de impacto, control de costes y calidad.
- Si no hay una estructura que centralice y analice datos, las decisiones estratégicas se basan en percepciones individuales, lo cual debilita su efectividad.

4. Débil capacidad de implementación

- Aunque se planteen buenas estrategias (por ejemplo, integrar la telerehabilitación o rediseñar circuitos de pacientes), sin una estructura que lidere, acompañe y evalúe la implementación, es muy difícil que estas propuestas se materialicen o sostengan.

¿Sientes que esto puede ser lo que nos pasa? ¿La solución pasa por la gestión?

terapéutico de un paciente, llevarlo a cabo, decidir sobre ese plan terapéutico, dar el alta, establecer el diagnóstico de fisioterapia, todo eso está ahí. Pero no podemos desarrollarnos en ese nivel de competencias porque seguimos asumiendo que la gestión no es una parte que nosotros tengamos que contemplar

El cambio de paradigma en gestión es que se necesita crear una estructura en red para gestionar. La fisioterapia tiene que co-diseñarla, crear estructuras y herramientas para hacer una gestión propia de los recursos de fisioterapia, formarnos en gestión es necesario, por ejemplo para:

- *Gestionar los recursos de la mejor manera,
- *Diseñar nuestras carteras de servicio,
- *Establecer los circuitos asistenciales,
- *Entrar y definir nuestra participación en los procesos asistenciales: dónde intervenimos basados en criterios de calidad dentro del itinerario asistencial de los pacientes.
- *Dar a conocer nuestra capacidad añadiendo valor en los procesos asistenciales, sacar nuestro saber hacer desde estructuras que así lo fomenten.
- *Aportar la visión de los fisioterapeutas a los equipos, una visión más centrada en la funcionalidad
- *Gestionar conflictos
- *Dejar de duplicar esfuerzos

Algunos datos públicos:

- En España, más del 25% del personal considera dejar su trabajo por desgaste o ambiente interno (InfoJobs + ESADE, 2023).
- En Europa, hasta un 30% del tiempo de los mandos intermedios se dedica a fricciones y descoordinaciones (Lankasova, 2022).
- En Reino Unido, el coste de estos “desajustes cotidianos” supera los 1.000€ por persona al año (Acas, 2021).

No hablamos de grandes conflictos.

Hablamos de diferencias no nombradas, objetivos que no se cruzan del todo, visiones diversas que no se ponen en común. No siempre es grave, pero sí suficiente para que un equipo no avance, aunque parezca que funciona.

Crear condiciones para sostener mejor lo que no se ve, pero impacta, es necesario.



El puente de Rande de Vigo, simbolizando con esta foto, los puentes que se construyeron entre los sanitarios en pandemia

Bueno, pues ahora escuchándote, me viene a la cabeza un momento muy importante en la historia de la sanidad de nuestro país, que fue la gestión de todo lo que supuso el COVID, ¿qué pasó con la fisioterapia en Vigo?

Pues sí, es verdad, no lo he marcado como uno de esos momentos clave de aprendizaje, pero lo fue sin duda. Yo de aquella, estaba de coordinador de fisioterapia en atención primaria. Unos meses antes, la supervisora de área de fisioterapia y rehabilitación lo había dejado y no teníamos referente a nivel general en el hospital como supervisión de área. Teníamos las coordinaciones de cada centro, la coordinación de primaria y una subdirección de enfermería que era la que estaba por encima nuestro, ¿no? Entonces, cuando se dio esa situación del COVID, de manera intuitiva, decidimos tomar las riendas, ¿no?... Disponíamos de un gran potencial de fisioterapeutas de respiratorio con mucha capacidad y conocimiento, que forman parte de la SEPAR. En UCI, teníamos a un referente, Ricardo Rodríguez, que ya conocemos todos. Desde las direcciones de enfermería o incluso las jefaturas de servicio, se nos empezó a redirigir a rellenar botes de gel o contestar llamadas de teléfono. Los coordinadores hicimos una propuesta: planteamos que estaba claro que las unidades de fisioterapia de atención primaria se iban a cerrar porque no tenía sentido el paciente ambulatorio, pero a nivel hospitalario íbamos a tener un aluvión de pacientes y la fisioterapia podía aportar mucho a nivel de UCI, a nivel de unidades de críticos, a nivel de planta para descongestionar servicios, que los pacientes pudiesen extubarse de un ventilador si lo habían necesitado o que no llegasen a intubarse podía ser cosa de fisios. También podíamos ayudar a

a la pronación de pacientes para mejorar a nivel ventilatorio, algún programa de ejercicio para descargar la tensión y la sobrecarga de actividad al personal sanitario...

Diseñamos de alguna manera una estrategia de reorientación de los recursos de fisioterapia a las necesidades del momento.

En situación de pandemia, no hay momento para decir, "Me lo voy a pensar, ya veré" y subdirección de enfermería dijo, "adelante, si el proyecto es que vais a evitar que algunos pacientes entren en la UCI o que los de la UCI se vayan antes y liberen ventiladores... pues perfecto. Si vais a ayudar a que los celadores aprendan o sepan cómo pronar mejor a los pacientes en planta, si vais a ayudar a mejorar la salud, de estrés, tanto a nivel emocional, como a nivel físico, de los trabajadores que están trabajando muchas horas y que están con un EPI todo el día, pues adelante"

La Sociedad Gallega de Medicina Física y Rehabilitación, dijo que no había evidencia de que la fisioterapia pudiese aportar a estos pacientes, pero con el apoyo de la Sociedad Gallega de Fisioterapia elaboramos un comunicado que se llevó a la dirección de enfermería y avaló con evidencia científica nuestra intervención. Entonces, es cuando empezó la gestión operativa, empezamos a diseñar grupos de trabajo con turnos, con descansos, se plantearon salas donde hacer la actividad de los programas para los profesionales, se diseñaron planes formativos a diferentes horas con la unidad de formación para pronar pacientes. Se hizo formación de los fisioterapeutas voluntarios que vinieron de primaria a hospital para ir a la UCI y plantas.

Se trabajó mano a mano con enfermería, con medicina para ayudar a los pacientes a nivel respiratorio, diseñar vídeos, de ejercicios para proyectar en las pantallas de las habitaciones...



Entonces, sí que hubo un reconocimiento de todo lo que aportó la fisioterapia durante la pandemia y con una gestión directa. Las direcciones en todas las reuniones, nos agradecían el trabajo que estábamos haciendo. En gestión, no hubo un intermediario... nos ayudó a creernos que cuando se habla de fisioterapia vamos a dejar que hablen los fisioterapeutas y cuando se va a hablar de gestionar los recursos de fisioterapia vamos a dejar que sea un fisioterapeuta ya que es el que conoce la mejor manera de sacarle partido a todas las capacidades, ¿no?

Y aunque después todo esto no se reestructuró ni provocó cambios en el organigrama, sí que sirvió a nivel interno, para que los profesionales dijésemos, "Oye, hemos hecho un trabajazo, somos la leche y si nos unimos clínicos y gestores de fisioterapia, la respuesta que damos es top, es máxima, está al nivel de cualquier otra disciplina."

Es posible que la pandemia sirviese para que las nuevas generaciones de directivos de enfermería y directivos médicos entendiesen y reconociesen el papel importante de la fisioterapia, que los gestores viesen la necesidad de reestructurar las organizaciones sanitarias y se nos permitiese participar en las distintas comisiones hospitalarias, comités asistenciales, etcétera. porque la pandemia necesitó de todos los perfiles sanitarios trabajando juntos, sin compartimentos.



Fotos de Ricardo Rodrigues, fisioterapeuta respiratorio

Después de todo lo que has expuesto, ¿qué consejo darías a un fisioterapeuta que esté trabajando o quiera trabajar en gestión de clínicos?

Bien, si está trabajando en gestión y cayó ahí porque "alguien tiene que estar", le diría que valore si quiere crecer dentro de ese rol gestor o no. Es igual que cuando te llaman del Sergas para un contrato... Imagínate que te llaman para atención temprana y tú no tienes formación... Tienes dos opciones: "Mientras esté aquí voy a intentar ser el mejor fisioterapeuta de atención temprana y me voy a formar", y pregunto y me relaciono a nivel interdisciplinar con enfermería, con los médicos de atención temprana, con trabajadores sociales etc. Intento desarrollarme dentro de esta faceta todo lo que pueda para aportar lo mejor de mí. O segunda opción: "En cuanto haya el primer traslado me voy", Entonces ni me voy a formar, voy a salir del paso como pueda,

En gestión, también hay que decidir. Lo bonito sería ponerte a tope, desarrollarte al máximo, intentar crecer desde ahí, ver cuáles son tus puntos fuertes, ver cuáles son los débiles y ponerte a trabajar en mejorar, que cada paso que des vaya orientado a sacar lo mejor de ti mismo, ¿no?

Y si no te ves y si crees que esto te supera, pues lo mejor es hacerse a un lado hasta que haya un momento en el que veas que las circunstancias son más adecuadas, ya que los contextos marcan mucho.

Hace falta formarse, como en todo. Hace falta desarrollar habilidades para trabajar una reunión, para planificar un proyecto, para venderlo. Hace falta generar conversaciones con los clínicos para que entiendan hacia dónde vamos. Hay que tener un buen diagnóstico de las necesidades. Hay que hablar con los jefes de servicio para ver qué es lo que esperan de nosotros, dónde tienen dificultades. Hay que ver en qué momento tenemos que intervenir, hay que diseñar el circuito asistencial lo mejor posible, hay que definir tiempos, hay que hacer un proyecto de mejora continua... de todo lo que vayas a desarrollar.

También hace falta experiencia, que lógicamente no vas a tener, así que... date tiempo.

Hay que ser capaz de gestionar la incertidumbre,

y la frustración. No todos los proyectos van a salir bien y van a salir adelante.

Hay que aprender de los errores, de las dificultades... pero es un camino bonito y lo digo desde la experiencia que llevo: en primaria estuve 5 años en coordinación, del 2015 al 2020 y en el Área de Vigo, hospital/primaria, con gestión integrada, llevo otros cinco,

Gestión no es el rol de clínico llevado a la gestión, sino que tiene que ser un rol de gestor, de gestor puro... hacen falta otras herramientas, otras habilidades, otro conocimiento, otras competencias que no tenemos como clínicos.

Entonces, si podemos nos formamos, si podemos estamos en contacto con otras profesiones como puede ser enfermería que ya tienen más desarrollado este rol. Hay que salir de nuestra zona de confort o de nuestro despacho dentro del gimnasio de de fisioterapia e irnos a despachos multidisciplinares, despachos a nivel de la dirección, a nivel de donde están las otras supervisiones, supervisiones de enfermería, supervisiones de humanización, supervisiones de docencia, supervisiones de calidad, supervisiones de seguridad del paciente... Ir descubriendo la estructura que hace que un hospital funcione,, conocer a los homólogos dentro de esa estructura, trabajar tu agenda de contactos... porque vas a necesitar de unos y de otros para que los proyectos salgan adelante.

Moverte mucho, tienes que estar en todos lados, tienes que tener información, tienes que saber hacia dónde evoluciona la gestión en un hospital para que ese proyecto que tienes alineado con la visión del hospital, salga a la luz. . Entonces, es un desarrollo de las habilidades dentro de un mapa de gestión donde hay muchos actores que intervienen y no siempre es el mismo camino. El camino que haces para sacar adelante un determinado proyecto, no es el mismo que para el siguiente. Un proyecto necesita que hagas un camino pasando por conciertos, después por humanización y después llegar a admisión. Y hay otro que necesita pasar primero por calidad, ir después a hablar con un jefe de servicio y después llevarlo a una comisión...

Tienes que tener conocimiento de todos esos "campamentos", de los caminos, de las personas que están ahí. Es bonito, es ilusionante, es explorar terreno desconocido, que siempre es más

chulo, ¿no? No está todo decidido ni todo marcado.

Es como un escape room donde vas siendo capaz de entender los códigos, los funcionamientos, las necesidades de unos y de otros, de quién gana con esto, quién pierde...

En gestión, el manejo de información es clave. La gestión tiene tantas ramas que que es imposible aburrirte. Igual que cuando tratamos a un paciente, nos intentamos reír con el paciente, que se lo pase lo mejor posible, que aprendamos los dos uno del otro, pues esto es lo mismo.

Tiene que ser un una visión de responsabilidad, de "lo sabemos hacer, de somos fisios y podemos gestionar los recursos de fisioterapia", pero lo vamos a hacer desde una visión humanizada, desde una visión de cuidarnos, desde una visión de cuidar al clínico y de una visión de aportar valor al paciente.

Una última pregunta, ¿cómo ves la gestión de la fisioterapia en el medio-largo plazo?

La fisioterapia tiene que estar presente en la estructura organizativa. Iremos a diferentes velocidades según los contextos. Cada contexto ha tenido su propio desarrollo y los ingredientes de unos y otros son diferentes, eso hace que entre todos podamos tener un ecosistema rico en aprendizaje, además de que estamos rodeados de otros colectivos sanitarios de los que podemos aprender para poder ajustar esos aprendizajes a nuestro contexto.

Si decidimos como colectivo, que es posible construir una nueva etapa, lo lograremos. Es verdad que hasta hace nada, en la gran mayoría de los contextos de fisioterapia, había que tener alma de explorador algo kamikaze para ser gestor, Creo que oficializando, formando y facilitando las cosas a los gestores por un lado y siendo conscientes de que la gestión en un entorno complejo, como puede ser el sistema nacional de salud, tiene que ser en red, todo puede mejorar mucho.

Así que digamos que confío en que logremos tener una estructura de gestión desde una red de gestores fisioterapeutas que formen parte de los organigramas que ya existen, como puedan estar haciendo otras disciplinas, En la ComuniDASP de aprendizaje confeccionamos un mapa con



Las perseidas desde las islas del Atlántico.

diferentes campamentos que creo que ha añadido orden y ha descargado mucho el trabajo que recayó en pocas personas durante los dos primeros años de Territorio DASP. A los que estamos en los equipos que impulsan Territorio DASP, nos ha ayudado a asumir roles y funciones y a ver que los campamentos están interrelacionados. Nos ha aportado un mayor sentido y una visión más global. Nos ha dado la posibilidad de tejer nuevas narrativas y la capacidad de visibilizar avances.

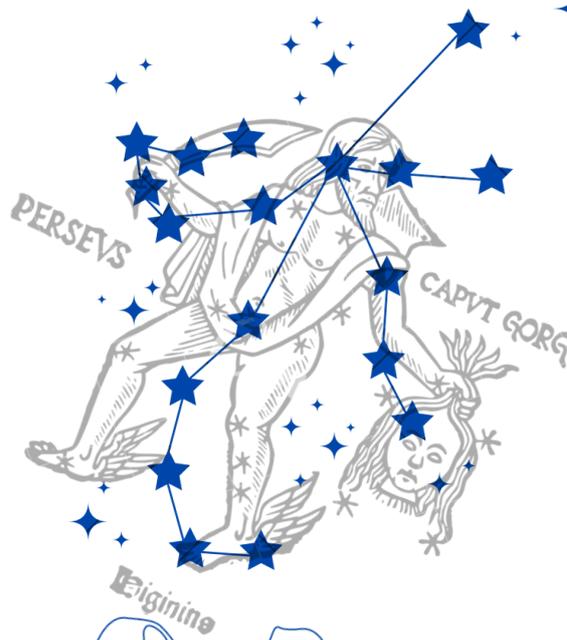
Algo así debería estar pasando o pasará en nuestros contextos. Nos queda descubrir campamentos del propio sistema nacional de salud.

Antiguamente, exploraban los cielos nocturnos y lograban mapear las estrellas y agruparlas en constelaciones para ubicarlas mejor... Los cielos estrellados se llenaban de narrativas...

Nosotros también necesitamos hacer llegar nuestras narrativas y sobre todo, hacer llegar nuestros abordajes, implementar proyectos, servicios, ideas... Movernos por los cielos y aterrizar las propuestas a tierra..

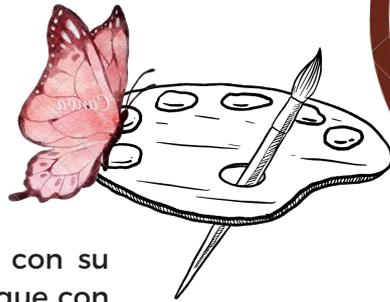
Creo que aportamos mucho valor a los procesos asistenciales de los pacientes, nuestros abordajes tienen evidencia, pero si queremos avanzar, tenemos que asumir que necesitamos gestionar, coordinar, dejar de duplicar trabajo, consensuar... y lo tienen que ver igual "ahí arriba"

Muchas gracias, Tírso. Una gran entrevista.



PINTADOS SOBRE UN LIENZO DE POLIÉSTER Y ALGODÓN

Cristina Díaz



La percha está esperando a que la vista con su traje blanco. Lo llaman pijama, tal vez porque con él se puede llegar a soñar. Para mí cada día se convierte en mi chándal o en mi más elegante traje de danza. Porque con él bailo y muevo las mentes y cuerpos en miles de formas diferentes. Y con cada fin de jornada, después de cerrar la taquilla cobriza, las vidas rememoradas me aguardan.

Este trabajo es aprender a enfrentarse al fracaso constante. Esos fracasos te alientan a buscar y mejorar. Porque son fracasos con nombre. Fracasos que te miran a los ojos. Ojos que guardan una historia que escribimos ordenadamente tras un número.

Número de historia 223456.

Paciente: José Bienaventura Fernández

Diagnóstico médico: Esclerosis Múltiple

Valoración fisioterápica: Debilidad generalizada, falta de control de tronco en bipedestación, se desplaza con silla de ruedas. Etcétera, etcétera, etcétera.

Tratamiento: Trabajo de fortalecimiento, sensibilidad y propiocepción. Trabajo de la marcha.

Cada ejercicio para José era una tarea hercúlea pero... ¿y las risas?, ¿y el cariño de su mujer? Esa típica broma de: "Gastas toda la energía hablando". Lo sabía, era su forma de evitar los ejercicios. Me liaba y me enganchaba con la conversación. Pero, si cada movimiento se torna en el esfuerzo más grande de tu vida, ¿quién no intentaría evitarlo?

Un día, mirando hacia la calle, le pregunto por ella. Le planteo la posibilidad de dar un paseo por los parques y aceras. Grave error. Hace tiempo tomó la decisión irrevocable de no salir de su casa. Y ante su reacción, me quedó más que claro: Ese tema... no se toca. Así que reímos de la transparencia de su piel hogareña y su reflectante "anti-moreno". Me cuenta películas, me relata historias y chistes. Colecciona "Don Quijotes". Sí. Libros de Don Quijote que comenzó a comprar cuando viajaba.

Futuras tierras... ARTE

Él y su mujer no se lo pensaban, cogían el coche y se aventuraban a conocer el país conduciendo las horas que hiciese falta. Y un día sus pies dejaron de acompañarle.

Cada sesión de terapia hay pequeños avances, seguidos de tiempos menos esperanzados. Me vengo arriba. Intento algún ejercicio que le pueda motivar pero a veces el cuerpo nos recuerda que no sólo con una inmensa voluntad se consigue lo perseguido. Caemos al suelo. Y su mujer, su maravillosa cuidadora, acude corriendo en nuestra ayuda.

Por cada cien pasos que alguna vez le rascamos a la vida, doscientos pasos de vuelta. Por cada escalón subido aparece una pendiente de profundo descenso. La esperanza de un nuevo tratamiento farmacológico llama a la puerta. Por ahora entrar en un ensayo clínico es un magnífico logro. Robar algunos años a la parca. El tiempo pasa. Las sesiones avanzan... sin progreso. A veces titilan las brasas pero ni el más contundente de los soplidos logra ya revivir la llama. Y tras un cambio personal de trabajo me despido. Aún queda algún whatsapp, algún mensaje navideño. Todo de vez en cuando. Y cada vez más de vez en cuando. El tiempo sigue pasando. Los mensajes poco a poco han dejado de ser enviados. La vida fluye. De una manera u otra, fluye. Su recuerdo se va desdibujando. Cronos no perdona y cada día damos algún sorbo a las aguas de Leteo. Y aún así, con algún efímero detonante, me acuerdo de él, pero no consigo enfrentarme a volverle a escribir y recibir tal vez una respuesta que me provoque el llanto. Espero en lo más profundo que siga con su humor, que siga entreteniéndose con su gran amigo el ordenador, que conserve el gran amor de su mujer, que mire por la ventana y que siga dando cada día sus esforzados pasos.

Número de historia: 345954

Paciente: Patricia Valverde Millán

Edad: 6 años.

Diagnóstico: Tumor cerebral en remisión.

Revisión; En relación con la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

Regreso seis meses más tarde a aquel domicilio, con la esperanza de ver a una niña sonriente y recuperada. Llamo a esa puerta que antaño me abrió una familia ilusionada y, antes siquiera de mirar a los ojos de los padres de Patricia, me siento golpeada por una densa nube gris oscuro. Nube de desesperanza. El ambiente de un lugar es algo que a todos nos impacta. Cuando atravesamos el umbral de una catedral no te invade la misma energía que al pasear por un jardín cargado de bellas rosas o por un mercado abarrotado de fuertes olores. Y en esa casa ahora vivían sumidos en una película de blancos y negros. El color había desaparecido. Tras esa ráfaga abrumadora de desolación me asalta la cruda certeza del sufrimiento. Y me encuentro finalmente frente a los ojos llorosos de unos padres totalmente perdidos.

No hay mucho que preguntar, no necesito saber más pero tengo la obligación de confirmar algo que en ese punto ya conozco. Con el lento caminar de quien carga la losa más pesada, me llevan a la dulce habitación de la pequeña Patricia. Cuesta observarla. Cuesta evitar añadir a las suyas, mis lágrimas. Cuesta mirar a la pura inocencia sujetándose su pequeña y cicatrizada cabeza, acurrucada en su cama, gimiendo y suspirando entre bocanadas. Cuesta mucho escucharla decir entre sollozos “mamá, me duele, mamá”.

No hay consuelo posible. No hay ayuda que pueda ofrecer. No puedo hacer nada. Me marcho. Al cerrarse la puerta a mi espalda los colores perdidos regresan, pero parte de esa nube gris me acompaña y se adhiere a mi piel. Para mí es una imagen grabada, un fotograma; para esos padres... toda la película de su vida.

Número de historia: 144001

Paciente: Olvido Pérez Diosdado

Diagnóstico: Fibromialgia.

Diez sesiones de tratamiento para un dolor soportado durante diez largos años.

No supe cómo llevarla, cómo conseguir un cambio, cómo guiarla en el camino. Tal vez la falta de herramientas, el cansancio, la carga extrema, me hicieron caer en la desidia. Me faltó la energía para acompañarla, en vez de reprenderla. Y en un momento concreto lo supe. No había vuelta atrás. Definitivamente, le había hecho perder la capacidad de confiar en que podría conseguirlo.

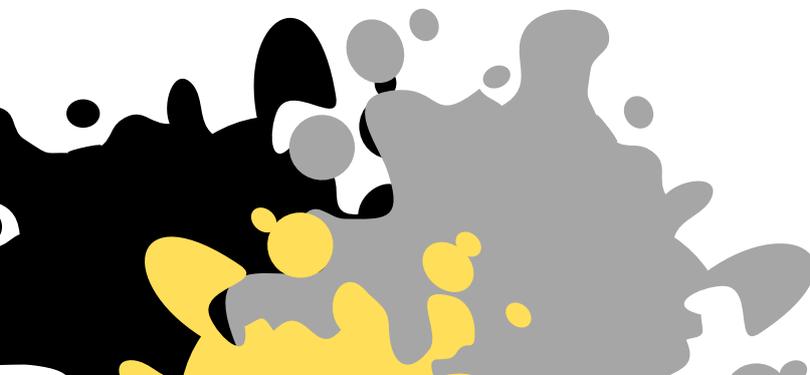
Pero afortunadamente los fracasos también sonríen y perdonan. Y además, están luego los miles de éxitos y alegrías. Aprendo de mis caídas y comienzo a hacer esas preguntas que otorgan poder y permiten decidir. Incorporo lo bio y lo psico y lo social. Números de historia: 435, 436, 437... Tengo más experiencia. Ahora ya les pregunto: “¿Qué te gustaría llegar a conseguir?”.

Número de historia: 132577

Paciente: Mr. Mory

Objetivo: Caminar junto a su preciosa familia en su país natal, Senegal.

Con su Mal de Pott, Mr. Mory tenía una de esas enfermedades difíciles de ver ya en nuestra cómoda Europa. La solidaridad entre países a veces me sorprende gratamente. Mr. Mory jamás podría recibir en Senegal lo que nosotros le podíamos ofrecer aquí. Lejos de su tierra, su hogar y su mujer Mr. Mory agradecía cada día, con una inmensa y blanquísima sonrisa, nuestra pequeña dedicación. Con ese francés de acento senegalés que para una nueva española, también migrante, resultaba difícil de entender, fuimos capaces de salir de esa cárcel que era su cama, atravesar la habitación y pisada a pisada recorrer el camino de la ilusión y por fin un día llegar a visitar la primera planta del hospital. Y pisada a pisada subir a la segunda y a la tercera y saludar a sus vecinos trasplantados de la cuarta. Las escaleras. Esas diablas que todos miramos con horror y evitamos cuando se presentan. Ese obstáculo que tratamos de evadir con ascensores y creativos inventos mecánicos eran para Mr. Mory la belleza del triunfo de su voluntad. Su gimnasio personal. Al ascensor, ese angelillo disfrazado, no lo quería ni mirar. El alta llegó, vuelta a su hogar deseoso de clavar allí sus nuevas y fuertes pisadas y tras él, en aquel humilde hospital, una estela de sincera gratitud.





Número de historia: 144446

Objetivo: Alzar a su hijo en brazos.

Vida nueva, ciudad nueva. Mudanza. El trabajo... también nuevo. Recién casado. Su mujer, Laura, embarazada de tres meses.

Comienza el camino. Perseguimos el objetivo. Comienza el tratamiento: Disruptivo. "No hice los ejercicios. el tiempo, las clases preparto..." El trabajo. Su hombro, lento, pero mejora. Estrés. ¡No puede ser! ¡Ahora lo mismo en el otro brazo! Parece increíble. ¡Lo mismo! Capsulitis retráctil, hombro congelado.

Las sesiones se prolongan. El trabajo no para. Seis meses. El parto. Raúl fue paciente. Paciente y amigo. Finalmente amigo. Seis meses más. Quedamos. Nos vemos más allá de las cuatro paredes del gimnasio.

Álvaro es un bebé risueño y mofletudo. Raúl y Laura se miran. Reflejan un halo dorado de profundo amor entre ambos. Amor ahora compartido con el pequeño Álvaro. Paseamos. Raúl lleva una hora seguida con el niño en sus brazos. Lo alza y lo lanza, sí, con sus "descongelados" brazos. Sonríe. Sonríe. Objetivo conseguido.

Número de historia: 001016

Ángeles tiene un cáncer terminal y dos escalones son la frontera que la separa de su patio plagado de frondosas plantas cuidadas por ella durante años. Las observa desde una terraza aledaña. Tan cerca pero tan lejos de la compañía que siempre le dieron. Sus piernas, en sorprendente mimesis con sus amadas plantas casi se han vuelto de madera. Quiere volver a ellas. Arrancar sus propias raíces que ahora se han vuelto malignas y la quieren adherir a la tierra e inmovilizarla. Ella quiere acudir a cantarlas. La fatiga es tal que algunos días le resulta absolutamente imposible moverse lo más mínimo de la cama. Y aún así, por fin, un calmado y refulgente día, lo consigue.

Llega la primavera, el patio se llena de colores y el tratamiento ha pasado a ser, sencillamente, un maravilloso paseo entre las flores de ese espacio reconquistado.

Los escalones infranqueables han sido franqueados. El verano aparece. El otoño llega enfurecido. Y finalmente se despliega el terrible y cruel invierno. En cuestión de una semana se marchita. Las últimas sesiones de radioterapia no han podido hacer nada. Al llegar a su casa un día el olor era tan oscuro como la pura descomposición y el saludo era un adiós.

¿Éxito o fracaso?. A veces uno es casi indistinguible del otro. A veces es un gran éxito dulcificar el irremediable fracaso. Terminó su andadura pero con un último recuerdo de la belleza y el olor cercano de las flores de su patio.

Número de una historia que continúa:

Aquella tarde la fortuna la llamó con absoluta claridad por su nombre y le adivinó el porvenir. Aquella tarde Ciali supo su futuro. Sus tripas se revolvieron y la estrujaron en una sensación conocida pero esta vez diferente. Esta vez no era la náusea y el doloroso vómito; esta vez eran los nervios y la dicha que se siente al ser arrollada por el conocimiento de su destino. Pasara lo que pasara: Haría reír a la gente por siempre.

A las seis en punto había una sorpresa en la sala de juegos del hospital. La aguja se clavó y llamaron a la puerta. Tres veces. Justa y exactamente a las seis. Justa y exactamente tres veces. Sin esperar, unos seres extravagantes, de coloridos trajes entraron observando en silencio todo, y a todas y a todos. Ciali alzó la mirada y se encontró con aquella ridícula máscara. Pequeña. La máscara más enana. Una bola roja que apenas tapaba la nariz de aquellos entes que parecían humanos. Tenían dos manos y dos piernas. Pero para Ciali eran seres de otro mundo muy especial. Y aquella simple pelota provocó una sonrisa en Ciali. Y la tarde pasó entre canciones, caídas y absurdas estupideces. Y la sonrisa se transformó en risa. Y la risa en tremenda carcajada constante. Y la despedida de aquellos seres fue un feliz llanto. Áspero por el final y sedoso por la experiencia vivida.

Ciali se salvó del miedo, el enojo y la frustración. Su pierna no se salvó, agredida por su propio cuerpo hubieron de extirparla sin remedio, pero se salvó de la rabia y la ira. Ciali vivió muchas veces con esos sentimientos. Los adoptó, los atravesó, los asumió y los absorbió. Y Ciali los transformó en canciones, en chistes y sketches. Y los compartió por todo el inconmensurable mundo. Ciali Pata de Palo fue su nombre artístico. Recorrió escenarios, circos asombrosos, salas pequeñas y salas grandes. Y nunca, nunca se olvidó de recorrer hospitales.

Cierro mi libro. Giro la llave de mi taquilla cobriza. Mi traje blanco es un lienzo que cada día se llena de múltiples colores, se pinta y se repinta. Mi traje blanco. Mi chándal, mi pijama, mi traje de danza, es un arco iris de historias. Historias clínicas... historias de vida.

**Gracias a tod@s por participar en esta revista.
Poder tener una visión panorámica, nos hace darnos
cuenta de las tendencias y de que tenemos muchas
cosas que nos unen e inspiran.
¡Seguimos!**

**¡Enhorabuena a
tod@s!!**

