

FISIOTERAPIA EN SALUD PÚBLICA

Promoción, prevención y
rehabilitación comunitaria



Promoción
de la salud



Prevención



Rehabilitación



Inclusión



Salud pública



CONSTRUYENDO COMUNIDADES
MÁS SALUDABLES Y RESILIENTES

CRÉDITOS

FISIOTERAPIA EN SALUD PÚBLICA: Promoción, prevención y rehabilitación comunitaria

Jennifer Isabel Pineda Tacuri

Instituto Superior Tecnológico Stanford

Correo: jenniferisabel88@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-4015-4239>

Aracely Moraima Cabezas Toro

Universidad Técnica de Babahoyo

Correo: acabezast@utb.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5646-0151>

Benjamín Ronald Andrade Hidalgo

Universidad Técnica de Babahoyo

Correo: bandradeh@utb.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-3337-2333>

Fulton Estenio Maldonado Santacruz

Universidad Técnica de Babahoyo

Correo: fmaldonado@utb.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7496-971X>

Elian Misael Veliz Benites

Universidad Bolivariana del Ecuador

Correo: elianveliz2002@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-0946-8564>

INDEXACIÓN

Dirección y Coordinación Editorial: Sara Díaz Villacís

Revisión de contenido Christian Armendáriz PhD

Revisión pedagógica: Fabrizzio Andrade PhD (c)

© ® Derechos de Copia y Propiedad Intelectual

Maquetación y Diseño de portada: *Sara Díaz V*

Libro bajo revisión técnica y didáctica de pares

Guayaquil - Ecuador

Julio del 2026



Descarga:

<https://liveworkingeditorial.com/product/978-9942-580-79-5>

Enlace del DOI:

<https://doi.org/10.63792/978-9942-580-79-5>





Certificado de autenticidad



ISBN: 978-9942-580-79-5



**Google Play
Books**



ÍNDICE GENERAL

CRÉDITOS	II
INDEXACIÓN	III
ÍNDICE GENERAL	V
PRÓLOGO.....	X
RESUMEN	XII
INTRODUCCIÓN	1
1 Capítulo 1. Fundamentos de la fisioterapia en salud pública 3	
1.1 Descripción general del capítulo.....	3
1.2 La fisioterapia y su relación con la salud pública	6
1.3 Evolución de la fisioterapia hacia el enfoque comunitario	9
1.4 Determinantes sociales de la salud y su impacto en la movilidad	12
1.5 Promoción de la salud desde la fisioterapia	15
1.6 Prevención de enfermedades y discapacidad	18
1.7 Rehabilitación comunitaria como estrategia de inclusión	21



1.8	Rol del fisioterapeuta en equipos interdisciplinarios	24
1.9	Importancia de la educación sanitaria en la comunidad	27
1.10	Síntesis del capítulo	30
2	Capítulo 2. Atención primaria de salud y rehabilitación comunitaria	31
2.1	Descripción general del capítulo.....	31
2.2	Atención primaria de salud: principios y aplicación.	34
2.3	Participación comunitaria en los procesos de rehabilitación.....	37
2.4	Diagnóstico fisioterapéutico comunitario	40
2.5	Intervención fisioterapéutica en espacios comunitarios	43
2.6	Programas de actividad física para la prevención de enfermedades	46
2.7	Educación postural, ergonomía y autocuidado	49
2.8	Rehabilitación basada en la comunidad.....	52



2.9	Seguimiento, acompañamiento y continuidad del cuidado	55
2.10	Barreras de acceso a la rehabilitación en salud pública	58
2.11	Síntesis del capítulo	61
3	Capítulo 3. Fisioterapia en grupos prioritarios y ciclo de vida	62
3.1	Descripción general del capítulo.....	62
3.2	Fisioterapia en la niñez y adolescencia.....	65
3.3	Promoción del desarrollo motor y hábitos saludables	68
3.4	Fisioterapia en adultos y prevención de enfermedades crónicas	71
3.5	Envejecimiento saludable y funcionalidad en personas mayores	74
3.6	Prevención de caídas y fragilidad	77
3.7	Rehabilitación en personas con discapacidad	80
3.8	Inclusión social y autonomía funcional	83



3.9	Salud ocupacional y prevención de lesiones laborales	86
3.10	Intervención fisioterapéutica en contextos familiares y comunitarios.....	89
3.11	Síntesis del capítulo	92
4	Capítulo 4. Gestión, políticas públicas e innovación en fisioterapia comunitaria	93
4.1	Descripción general del capítulo.....	93
4.2	Políticas públicas en rehabilitación y discapacidad ..	96
4.3	Programas comunitarios de fisioterapia en salud pública	99
4.4	Planificación de intervenciones fisioterapéuticas comunitarias.....	102
4.5	Indicadores para evaluar programas de rehabilitación	105
4.6	Gestión de recursos en servicios comunitarios	108
4.7	Tecnología e innovación aplicada a la fisioterapia comunitaria	111

4.8	Tele-rehabilitación y seguimiento remoto	113
4.9	Investigación en fisioterapia y salud pública	116
4.10	Desafíos actuales y perspectivas futuras de la fisioterapia comunitaria	119
4.11	Síntesis del capítulo	122
5	Conclusión final del libro.....	123
6	Referencias bibliográficas.....	125



PRÓLOGO

La fisioterapia en salud pública se sitúa hoy en un punto de encuentro entre la ciencia del movimiento humano, la justicia sanitaria y la organización comunitaria del cuidado. Durante décadas, la práctica fisioterapéutica fue entendida principalmente como una respuesta clínica posterior a la lesión o a la enfermedad; sin embargo, los cambios epidemiológicos, el envejecimiento poblacional, la carga creciente de enfermedades crónicas y las inequidades territoriales han ampliado su horizonte. En este escenario, la promoción de la movilidad, la prevención de la discapacidad y la rehabilitación basada en la comunidad dejan de ser acciones accesorias para convertirse en componentes esenciales de la salud colectiva.

Esta obra se construye con una orientación académica y aplicada. Su propósito no es reemplazar guías clínicas ni protocolos institucionales, sino ofrecer una base ordenada para comprender cómo la fisioterapia puede integrarse a la atención primaria, a los programas comunitarios, a las políticas de discapacidad, a la educación sanitaria y a los procesos de inclusión social. La literatura reciente muestra que el acceso oportuno, la participación comunitaria, la continuidad del



cuidado y la coordinación entre profesionales son condiciones decisivas para mejorar los resultados funcionales, especialmente en poblaciones vulnerables (Jerez-Roig et al., 2025; Satué-de-Velasco et al., 2026).

El lector encontrará en estas páginas una propuesta orientada a estudiantes, docentes y profesionales de la salud que requieren pensar la fisioterapia más allá de la sesión individual. Cada capítulo combina fundamentos conceptuales, enfoques de intervención, consideraciones éticas, criterios de seguridad y ejemplos de aplicación comunitaria. La intención es contribuir a una fisioterapia más preventiva, humanizada, territorial e interdisciplinaria, capaz de acompañar a las personas durante el ciclo de vida y de aportar a comunidades más activas, saludables y resilientes.



RESUMEN

El libro Fisioterapia en salud pública: promoción, prevención y rehabilitación comunitaria desarrolla una visión integral del rol del fisioterapeuta en los procesos de salud colectiva. La obra parte de la relación entre fisioterapia, atención primaria, determinantes sociales, movilidad funcional y participación comunitaria, para luego profundizar en la rehabilitación basada en la comunidad, el diagnóstico fisioterapéutico territorial, la educación sanitaria, el autocuidado, la prevención de enfermedades crónicas y la intervención en grupos prioritarios. A lo largo de cuatro capítulos se analizan los fundamentos de la fisioterapia en salud pública, la aplicación de la atención primaria de salud en escenarios comunitarios, las necesidades de niñas, adolescentes, adultos, personas mayores, personas con discapacidad y trabajadores, así como los desafíos de gestión, innovación, tele-rehabilitación, evaluación de programas y políticas públicas. La discusión se apoya en literatura reciente sobre fisioterapia comunitaria, ejercicio terapéutico, rehabilitación neurológica, envejecimiento saludable, dolor lumbar, salud global, coordinación sociosanitaria



y programas comunitarios (Blanco et al., 2025; Lennon et al., 2025; Lorenzo Sánchez-Aguilera et al., 2026; Ruiz, 2025).

La obra propone que el fisioterapeuta comunitario debe actuar como educador, evaluador funcional, gestor de riesgo, facilitador de autonomía, articulador interdisciplinario y promotor de inclusión. Para ello, se plantean orientaciones de intervención, protocolos operativos generales, indicadores de seguimiento y anexos prácticos. Palabras clave: fisioterapia comunitaria, salud pública, rehabilitación, promoción de la salud, prevención, discapacidad, atención primaria, inclusión.

Palabras clave: Fisioterapia comunitaria, salud pública, rehabilitación, prevención, promoción de la salud.



INTRODUCCIÓN

La fisioterapia en salud pública representa una respuesta necesaria frente a los desafíos actuales de las comunidades: el aumento de enfermedades crónicas, el envejecimiento poblacional, las discapacidades funcionales, las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y la necesidad de promover estilos de vida más activos, seguros y saludables. En este contexto, el fisioterapeuta deja de actuar únicamente en espacios clínicos o de rehabilitación individual para integrarse de manera activa en programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención primaria, rehabilitación comunitaria e inclusión social.

Este libro propone una mirada integral sobre el papel de la fisioterapia en los procesos colectivos de cuidado, bienestar y recuperación funcional. Su contenido se orienta a comprender cómo la intervención fisioterapéutica puede contribuir al fortalecimiento de comunidades más saludables, resilientes e inclusivas, mediante acciones educativas, preventivas, asistenciales y de acompañamiento continuo. La aceptación social de la fisioterapia, su valoración cultural y su presencia en el territorio son elementos relevantes para lograr adherencia,



confianza y continuidad, especialmente en contextos latinoamericanos (Amaguaya, 2025).

A lo largo de sus capítulos se abordan los fundamentos de la fisioterapia en salud pública, la importancia de la atención primaria, la rehabilitación basada en la comunidad, la intervención en grupos prioritarios y la relación entre políticas públicas, gestión e innovación. Asimismo, se destaca la necesidad de trabajar con un enfoque interdisciplinario, participativo y humanizado, en el que la persona, la familia y la comunidad sean protagonistas del proceso de cuidado. Más que presentar una visión limitada a la recuperación física, el texto invita a reconocer la fisioterapia como una disciplina estratégica para prevenir la discapacidad, mejorar la funcionalidad, promover la autonomía y favorecer la participación social.



Capítulo 1. Fundamentos de la fisioterapia en salud pública

1.1 Descripción general del capítulo

El capítulo presenta las bases conceptuales para comprender la fisioterapia como práctica de salud pública. Se explica la transición desde una intervención centrada en la enfermedad hacia una acción territorial orientada a bienestar, prevención, funcionalidad y participación. La fisioterapia comunitaria se entiende como una práctica que reconoce los determinantes sociales de la salud, la diversidad cultural, el acceso desigual a servicios y la necesidad de trabajar con familias, escuelas, organizaciones y redes de apoyo. Desde esta perspectiva, el movimiento no es solo una capacidad corporal, sino una condición para estudiar, trabajar, cuidar, convivir y participar en la vida social.

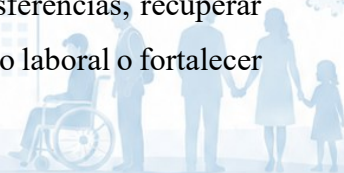
En este marco, se analizan los conceptos de promoción de la salud, prevención de enfermedades, rehabilitación comunitaria, inclusión y educación sanitaria. La literatura reciente subraya que la fisioterapia comunitaria requiere habilidades clínicas, pedagógicas, comunicativas y de gestión, porque el profesional debe identificar necesidades, diseñar estrategias, coordinar



recursos y evaluar resultados en contextos reales (Lorenzo Sánchez-Aguilera et al., 2026). Por ello, el capítulo ubica al fisioterapeuta como agente de cambio en salud colectiva y no únicamente como ejecutor de técnicas terapéuticas.

Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

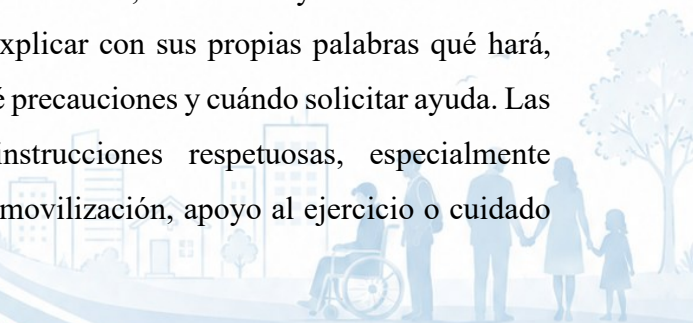
Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer



participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado



de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

1.2 La fisioterapia y su relación con la salud pública

La salud pública se ocupa de proteger y mejorar la salud de la población mediante acciones organizadas, preventivas, educativas y comunitarias. La fisioterapia se vincula con este campo porque trabaja sobre una dimensión central de la vida humana: la capacidad de moverse, funcionar, participar y mantener independencia. Cuando una comunidad presenta alta prevalencia de dolor crónico, sedentarismo, caídas, discapacidad, secuelas neurológicas o limitaciones laborales, no enfrenta solo problemas individuales; enfrenta también desafíos colectivos que afectan productividad, cuidado familiar, inclusión y calidad de vida.

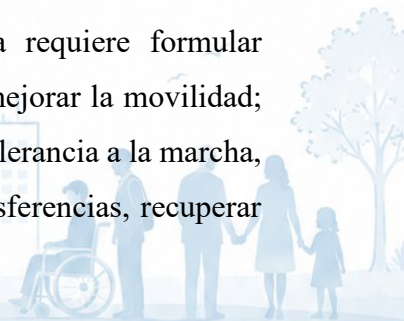
La relación entre fisioterapia y salud pública implica ampliar el objeto de intervención. El profesional no solo valora fuerza, rango articular, dolor o equilibrio, sino que interpreta cómo el entorno físico, la cultura, la economía, la educación, el transporte y la organización de los servicios influyen en la movilidad.



Estudios recientes sobre percepción social de la fisioterapia muestran que la aceptación del tratamiento depende de la información disponible, la confianza en el profesional, la experiencia previa y el reconocimiento cultural de la disciplina (Amaguaya, 2025; Autin & Meffre, 2025).

Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

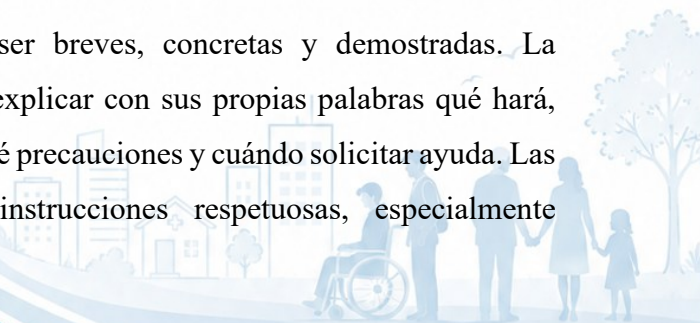
Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar



independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente

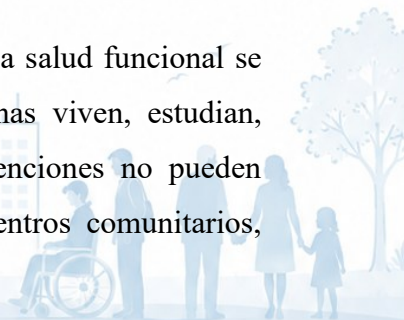


cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

1.3 Evolución de la fisioterapia hacia el enfoque comunitario

La fisioterapia surgió y se consolidó históricamente con una fuerte orientación clínica, hospitalaria y rehabilitadora. Su desarrollo estuvo asociado al tratamiento de lesiones músculo-esqueléticas, secuelas neurológicas, afecciones respiratorias y condiciones postquirúrgicas. Sin embargo, el aumento de enfermedades crónicas, las transiciones demográficas y la demanda de atención cercana al domicilio impulsaron un cambio de paradigma. La rehabilitación dejó de pensarse como una etapa final del proceso asistencial para convertirse en una estrategia continua de prevención, recuperación e inclusión.

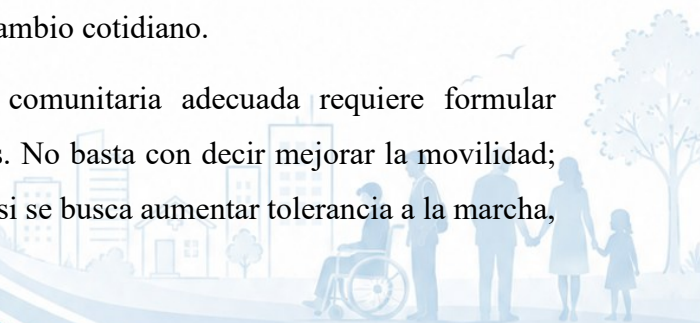
El enfoque comunitario reconoce que la salud funcional se construye en los lugares donde las personas viven, estudian, trabajan y envejecen. Por ello, las intervenciones no pueden limitarse al consultorio. Deben llegar a centros comunitarios,



escuelas, hogares, parques, unidades de atención primaria, instituciones de cuidado y espacios laborales. Esta evolución coincide con la necesidad de acceso directo y oportuno a fisioterapia en atención primaria, aspecto revisado por Jerez-Roig et al. (2025), quienes destacan su potencial para reducir demoras, orientar tempranamente y mejorar continuidad asistencial.

Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha,



reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las

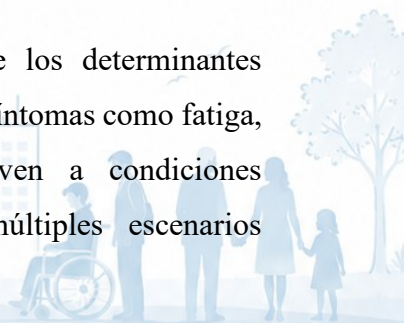


familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

1.4 Determinantes sociales de la salud y su impacto en la movilidad

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en que las personas nacen, crecen, trabajan, envejecen y acceden a recursos. En fisioterapia, estos determinantes explican por qué dos personas con un diagnóstico similar pueden tener trayectorias funcionales muy diferentes. La recuperación de una lesión, el control del dolor lumbar, la adherencia al ejercicio o la prevención de caídas dependen también de vivienda segura, apoyo familiar, transporte, ingresos, educación, alimentación, espacios públicos, tiempo disponible y acceso a atención.

Rivero González (2026) subraya que los determinantes sociales influyen en la calidad de vida y en síntomas como fatiga, especialmente en personas que sobreviven a condiciones complejas. Esta idea es aplicable a múltiples escenarios



comunitarios: una persona puede recibir una excelente indicación de ejercicio, pero no realizarla si vive en un entorno inseguro, si cuida a familiares sin descanso, si carece de información comprensible o si no dispone de equipamiento mínimo. Por tanto, el diagnóstico fisioterapéutico comunitario debe incluir factores personales, ambientales y sociales.

Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha,



reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las



familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

1.5 Promoción de la salud desde la fisioterapia

La promoción de la salud desde la fisioterapia busca fortalecer capacidades antes de que aparezca la enfermedad o antes de que una limitación se convierta en discapacidad. Sus acciones incluyen educación en movimiento, actividad física regular, higiene postural, ergonomía, prevención de caídas, estimulación del desarrollo motor, respiración eficiente, autocuidado del dolor, pausas activas y participación en entornos saludables. A diferencia de una intervención centrada solo en síntomas, la promoción intenta crear condiciones para que las personas tomen decisiones sostenibles sobre su cuerpo y su estilo de vida.

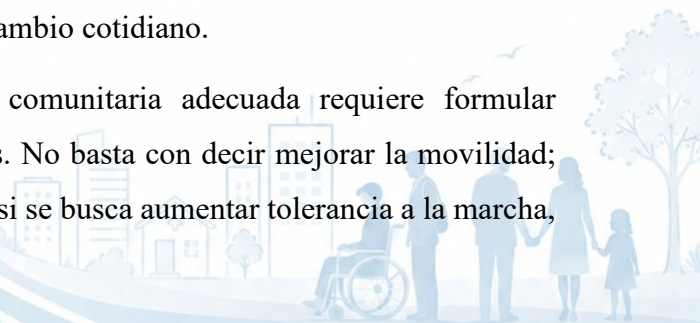
La fisiología del ejercicio ofrece fundamentos terapéuticos y preventivos para estas acciones. Blanco et al. (2025) destacan que el ejercicio, adaptado a la edad, condición funcional y objetivos



de salud, puede contribuir al control de factores de riesgo, al mantenimiento de fuerza, a la mejora cardiorrespiratoria y a la autonomía. En el ámbito comunitario, el reto consiste en transformar estos conocimientos en programas accesibles, culturalmente aceptables y seguros, evitando discursos culpabilizadores y priorizando metas realistas.

Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha,



reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las



familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

1.6 Prevención de enfermedades y discapacidad

La prevención en fisioterapia puede organizarse en niveles. La prevención primaria busca evitar la aparición de problemas funcionales mediante actividad física, educación, ergonomía y reducción de riesgos. La prevención secundaria identifica tempranamente limitaciones, dolor persistente, fragilidad, alteraciones de equilibrio o signos de alarma. La prevención terciaria reduce complicaciones, evita recaídas y favorece la reintegración social de personas con condiciones ya establecidas. Esta organización permite que la fisioterapia actúe antes, durante y después de la enfermedad.

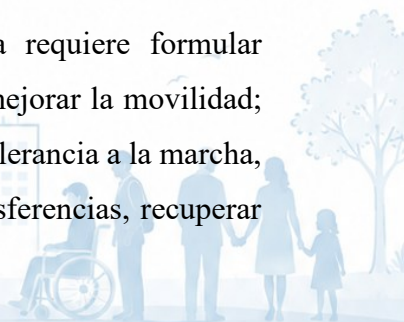
En dolor lumbar crónico, por ejemplo, diversos proyectos de prevención, promoción y educación en Nicaragua han planteado la necesidad de orientar a la población sobre autocuidado, movimiento seguro, manejo del dolor y seguimiento oportuno



(Espinoza Miranda, 2025; Figueroa Peña, 2025; Lanuza Mora, 2025; Moncada Briceño, 2025). Estos enfoques muestran que la discapacidad no depende únicamente del daño estructural, sino también del miedo al movimiento, la falta de educación sanitaria, la ausencia de apoyo y la demora en la atención.

Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar



independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente

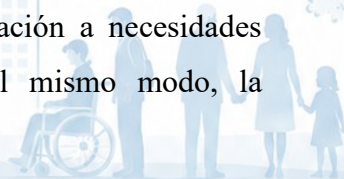


cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

1.7 Rehabilitación comunitaria como estrategia de inclusión

La rehabilitación comunitaria busca que las personas recuperen o mantengan la mayor autonomía posible dentro de su propio entorno. No se limita a realizar ejercicios; incluye educación familiar, adaptación de actividades, accesibilidad, apoyo psicosocial, participación comunitaria y coordinación con servicios de salud, educación, trabajo y protección social. Su finalidad es que la persona pueda desplazarse, comunicarse, estudiar, trabajar, cuidar de sí misma y participar en la vida colectiva con dignidad.

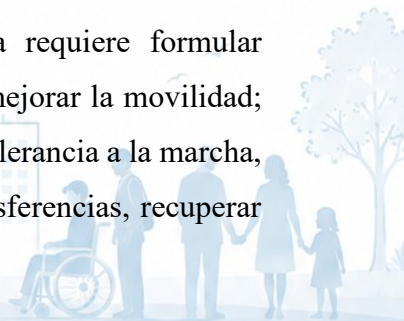
La evidencia sobre programas comunitarios de ejercicio en personas post accidente cerebrovascular muestra beneficios potenciales para la recuperación funcional, siempre que exista seguimiento, progresión adecuada y adaptación a necesidades individuales (Martínez et al., 2025). Del mismo modo, la



rehabilitación neurológica contemporánea enfatiza objetivos funcionales, práctica repetida, participación activa y trabajo interdisciplinario (Lennon et al., 2025). En salud pública, estos principios deben traducirse en rutas comunitarias de continuidad y no en intervenciones aisladas.

Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar



independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente



cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

1.8 Rol del fisioterapeuta en equipos interdisciplinarios

El fisioterapeuta comunitario trabaja con médicos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, promotores de salud, líderes barriales y cuidadores. Su rol consiste en aportar una lectura funcional del estado de salud, identificar barreras de movilidad, proponer estrategias de ejercicio, prevenir complicaciones, educar a usuarios y coordinar objetivos de rehabilitación. Esta colaboración evita duplicidad de acciones y favorece una atención más integral.

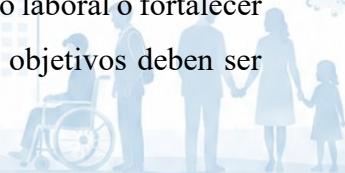
Las experiencias de cuidado sociosanitario en atención primaria muestran que la gestión comunitaria exige coordinación, comunicación clara y comprensión del contexto familiar (Ortíz & Oliver, 2025). Además, la coordinación de sanitarios comunitarios con el sistema público requiere mecanismos formales para derivar, informar, registrar y acompañar (Satué-de-



Velasco et al., 2026). En este escenario, el fisioterapeuta no reemplaza a otros profesionales, sino que complementa la respuesta del sistema desde la funcionalidad y el movimiento.

Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser



comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles

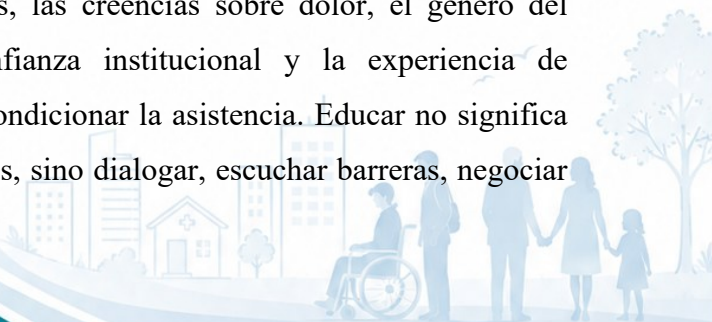


de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

1.9 Importancia de la educación sanitaria en la comunidad

La educación sanitaria es una herramienta central de la fisioterapia comunitaria. Permite traducir conocimientos técnicos en mensajes comprensibles, orientar decisiones, disminuir temores y fortalecer la autonomía. Una comunidad informada puede reconocer señales de alarma, practicar actividad física segura, adaptar espacios, prevenir caídas, cuidar la espalda, comprender la importancia de la continuidad terapéutica y participar activamente en programas de rehabilitación.

La educación debe ser culturalmente sensible. Amaguaya (2025) advierte que las perspectivas culturales influyen en la aceptación de la fisioterapia en Ecuador; por tanto, el lenguaje técnico, los horarios, las creencias sobre dolor, el género del profesional, la confianza institucional y la experiencia de familiares pueden condicionar la asistencia. Educar no significa imponer indicaciones, sino dialogar, escuchar barreras, negociar



metas y convertir la información en prácticas posibles para la vida cotidiana.

Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el



equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y



demonstraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

1.10 Síntesis del capítulo

El capítulo confirma que la fisioterapia en salud pública requiere integrar ciencia, sensibilidad social, planificación y evaluación. Su valor aumenta cuando logra anticiparse a la discapacidad, educar a la población, adaptar intervenciones a la vida cotidiana y articularse con equipos interdisciplinarios. En lugar de limitarse a la recuperación de funciones perdidas, la fisioterapia comunitaria promueve autonomía, participación, inclusión y calidad de vida.



Capítulo 2. Atención primaria de salud y rehabilitación comunitaria

2.1 Descripción general del capítulo

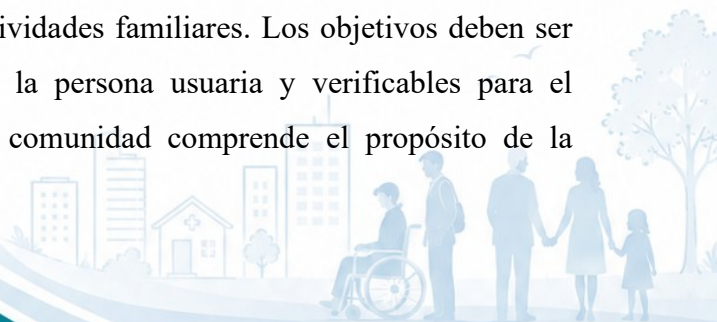
Este capítulo aborda la atención primaria de salud como escenario privilegiado para integrar fisioterapia, prevención y rehabilitación comunitaria. La atención primaria permite intervenir cerca del lugar donde viven las personas, detectar tempranamente necesidades funcionales, reducir barreras de acceso y coordinar con la red de servicios. Desde esta mirada, la fisioterapia no se limita a recibir derivaciones tardías, sino que participa en tamizaje, educación, seguimiento y fortalecimiento de capacidades comunitarias.

La rehabilitación comunitaria requiere una ruta organizada: identificación de necesidades, evaluación funcional, clasificación de riesgo, diseño de objetivos, intervención, seguimiento y revaloración. Este proceso debe documentarse para garantizar continuidad y evaluación. La literatura sobre acceso directo a fisioterapia en atención primaria sugiere que la participación temprana del fisioterapeuta puede mejorar la oportunidad de atención y favorecer decisiones más adecuadas sobre derivación, autocuidado y manejo conservador (Jerez-Roig et al., 2025).



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y

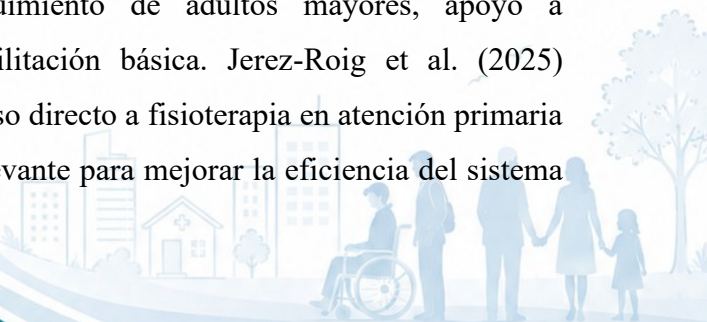


demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

2.2 Atención primaria de salud: principios y aplicación

La atención primaria de salud se basa en accesibilidad, integralidad, continuidad, participación social, equidad y coordinación. En fisioterapia, estos principios se traducen en intervenciones cercanas, comprensibles y sostenibles. La persona usuaria no debe recorrer múltiples servicios para recibir orientación básica sobre movilidad, prevención de caídas, dolor musculoesquelético o ejercicio terapéutico. La comunidad tampoco debe esperar a que la discapacidad sea severa para recibir apoyo.

Aplicar la atención primaria implica organizar consultas, talleres, visitas domiciliarias, actividades grupales y rutas de derivación. El fisioterapeuta puede participar en campañas de actividad física, evaluación de riesgo funcional, educación sobre dolor lumbar, seguimiento de adultos mayores, apoyo a cuidadores y rehabilitación básica. Jerez-Roig et al. (2025) destacan que el acceso directo a fisioterapia en atención primaria es una discusión relevante para mejorar la eficiencia del sistema



y reducir tiempos de espera, siempre con criterios de seguridad y coordinación clínica.

Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

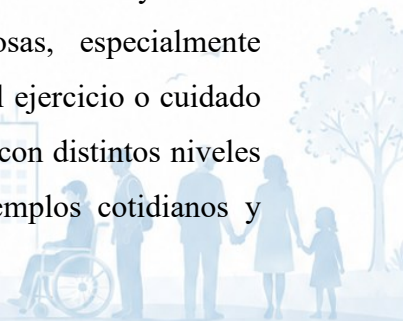
Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el



equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y



demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

2.3 Participación comunitaria en los procesos de rehabilitación

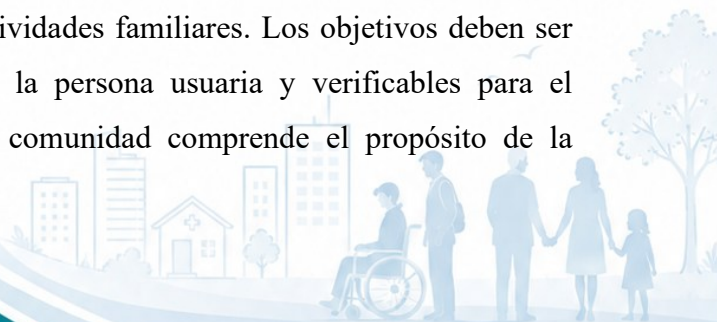
La participación comunitaria transforma la rehabilitación en un proceso compartido. Las personas usuarias, familias, cuidadores, líderes comunitarios e instituciones locales pueden aportar información sobre necesidades reales, horarios posibles, espacios disponibles, barreras culturales y prioridades. Cuando la comunidad participa, los programas dejan de ser paquetes diseñados desde fuera y se convierten en procesos apropiados por la población.

Las acciones comunitarias con personas mayores muestran que la aplicación del conocimiento gerontológico en el territorio puede fortalecer vínculos, autonomía y bienestar (Guerrero Ceh et al., 2025). De manera similar, proyectos de salud comunitaria con adultos mayores reportan impacto en calidad de vida y participación cuando las intervenciones se organizan de forma cercana y continua (Cedeño & Santos, 2025). En fisioterapia, esto supone preguntar, escuchar, adaptar y evaluar junto con la comunidad.



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y

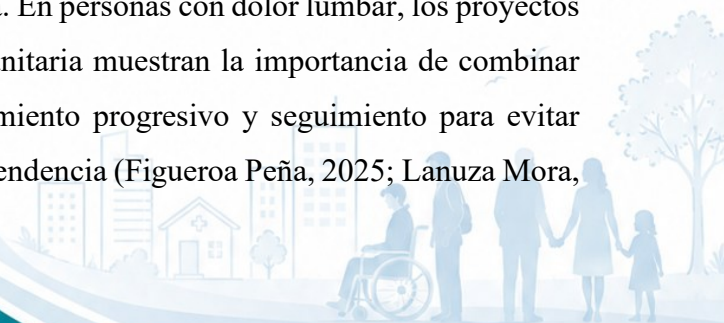


demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

2.4 Diagnóstico fisioterapéutico comunitario

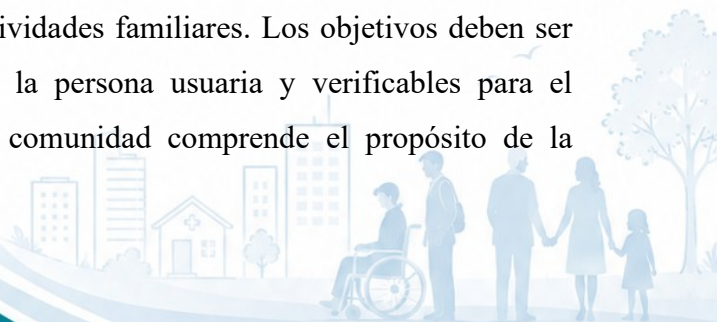
El diagnóstico fisioterapéutico comunitario combina la evaluación individual con la lectura territorial. A nivel individual incluye movilidad, fuerza, dolor, equilibrio, marcha, actividades de la vida diaria, capacidad cardiorrespiratoria, estado funcional, apoyo familiar y objetivos personales. A nivel comunitario considera prevalencia de problemas, accesibilidad de espacios, redes de apoyo, disponibilidad de servicios, barreras de transporte, seguridad del entorno y recursos locales.

Un diagnóstico completo evita intervenciones superficiales. Por ejemplo, en una comunidad con adultos mayores que presentan caídas frecuentes, no basta con enseñar ejercicios de equilibrio. Es necesario revisar iluminación, calzado, obstáculos domiciliarios, medicación, visión, miedo a caer, apoyo familiar y rutas de emergencia. En personas con dolor lumbar, los proyectos de educación comunitaria muestran la importancia de combinar información, movimiento progresivo y seguimiento para evitar cronificación y dependencia (Figueroa Peña, 2025; Lanuza Mora, 2025).



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y



demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

2.5 Intervención fisioterapéutica en espacios comunitarios

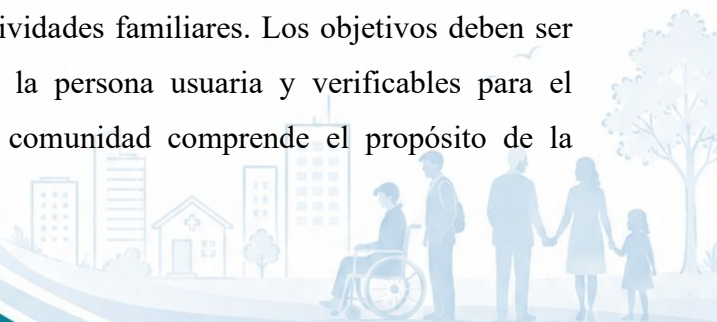
La intervención en espacios comunitarios puede realizarse en centros de salud, casas comunales, escuelas, parques, clubes de adultos mayores, instituciones de cuidado, hogares y lugares de trabajo. El lugar elegido debe ser seguro, accesible, ventilado, culturalmente aceptado y adecuado para la actividad. El equipamiento puede ser mínimo: sillas firmes, bandas elásticas, conos, botellas, pelotas, colchonetas, escalones seguros y materiales educativos.

Sacristán Galisteo (2026) estudia la rehabilitación pulmonar comunitaria con equipamiento mínimo en personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, lo que refuerza la idea de que la efectividad no depende solo de tecnología compleja, sino de supervisión adecuada, progresión, seguridad y adherencia. En comunidades con recursos limitados, el fisioterapeuta debe saber adaptar ejercicios, graduar intensidad, observar síntomas y establecer criterios de suspensión o derivación.



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

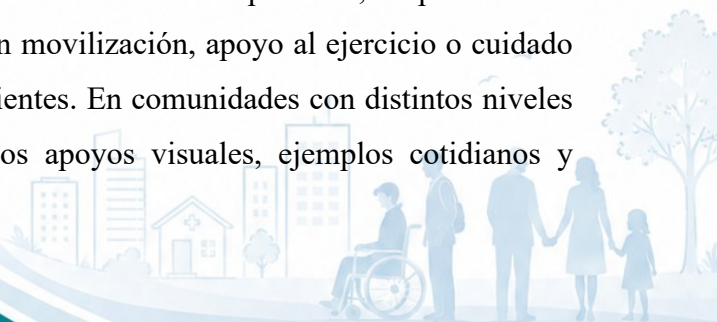
Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y



demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

2.6 Programas de actividad física para la prevención de enfermedades

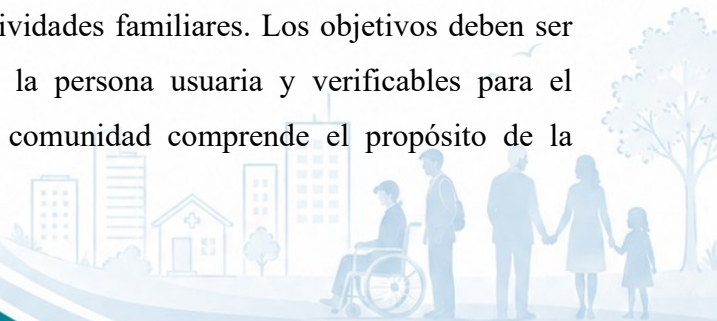
Los programas de actividad física comunitaria deben diseñarse considerando edad, condición funcional, intereses, riesgos y recursos. Sus componentes pueden incluir calentamiento, movilidad articular, fuerza, equilibrio, resistencia, respiración, flexibilidad, coordinación y vuelta a la calma. La intensidad debe progresar de forma gradual y controlada, evitando tanto la inactividad como la sobreexigencia.

Blanco et al. (2025) destacan que la fisiología del ejercicio ofrece bases para intervenciones terapéuticas y preventivas en fisioterapia integral. En salud pública, el objetivo no es formar deportistas, sino favorecer actividad segura y regular. Un programa comunitario debe incluir tamizaje básico, consentimiento informado, educación sobre señales de alarma, registro de asistencia, adaptación para personas con discapacidad y evaluación de resultados funcionales.



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y



demonstraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

2.7 Educación postural, ergonomía y autocuidado

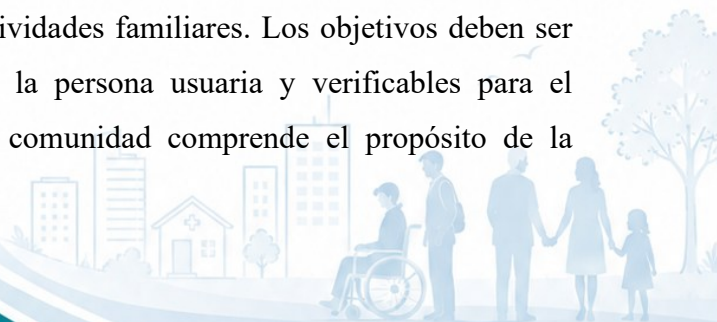
La educación postural y ergonómica permite prevenir dolor, fatiga y lesiones asociadas a actividades cotidianas y laborales. Incluye orientación sobre levantamiento de cargas, uso de dispositivos, organización del puesto de trabajo, pausas activas, sueño, distribución de tareas domésticas y manejo de pantallas. La finalidad no es imponer una postura única, sino favorecer variabilidad, movimiento frecuente y uso eficiente del cuerpo.

En dolor lumbar crónico, los proyectos de promoción y educación revisados en Nicaragua muestran la necesidad de abordar mitos sobre reposo absoluto, miedo al movimiento y automedicación (Espinoza Miranda, 2025; Moncada Briceño, 2025). La educación debe explicar que muchas condiciones musculoesqueléticas se benefician de actividad progresiva, fortalecimiento y autocuidado, siempre que no existan signos de alarma. Esta perspectiva reduce dependencia y fortalece responsabilidad compartida.



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

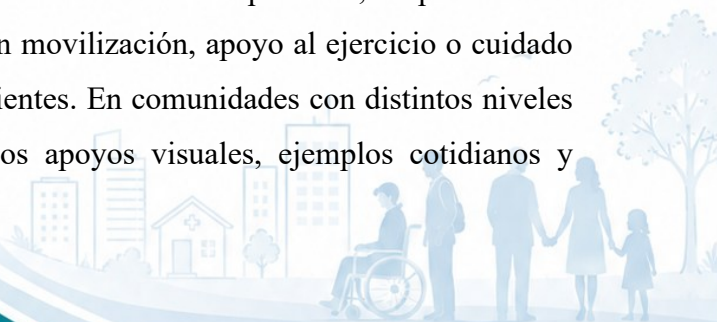
Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y

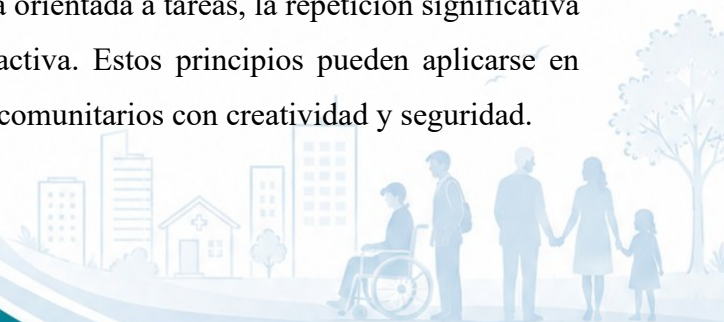


demonstraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

2.8 Rehabilitación basada en la comunidad

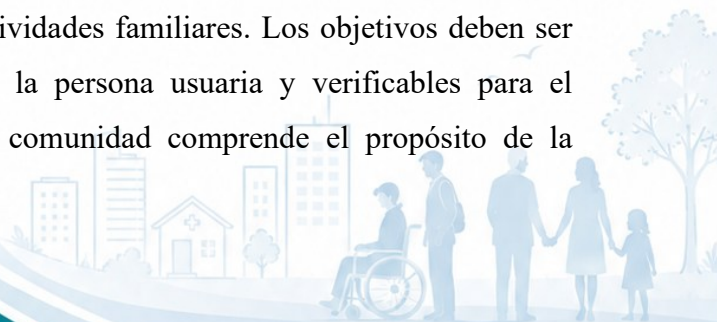
La rehabilitación basada en la comunidad integra salud, educación, medios de vida, participación social y empoderamiento. En fisioterapia, se orienta a que la persona alcance metas funcionales significativas: caminar con seguridad, subir escaleras, manipular objetos, reincorporarse al trabajo, cuidar de sí misma, participar en actividades familiares o usar espacios públicos. La rehabilitación se vuelve comunitaria cuando el entorno también se adapta y aprende.

Los programas comunitarios de ejercicio post accidente cerebrovascular muestran que la recuperación funcional puede beneficiarse de estrategias grupales y territoriales, siempre que existan criterios de inclusión, supervisión y progresión (Martínez et al., 2025). En rehabilitación neurológica, Lennon et al. (2025) enfatizan la práctica orientada a tareas, la repetición significativa y la participación activa. Estos principios pueden aplicarse en hogares y espacios comunitarios con creatividad y seguridad.



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y

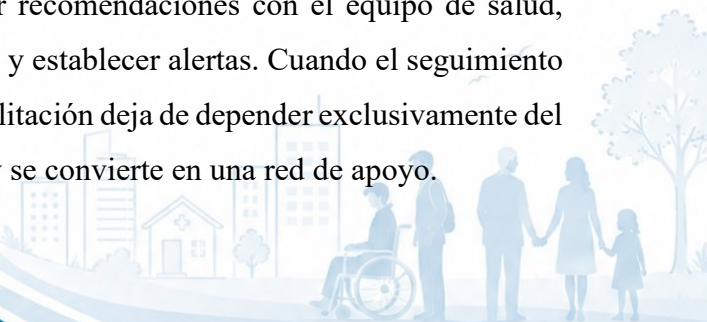


demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

2.9 Seguimiento, acompañamiento y continuidad del cuidado

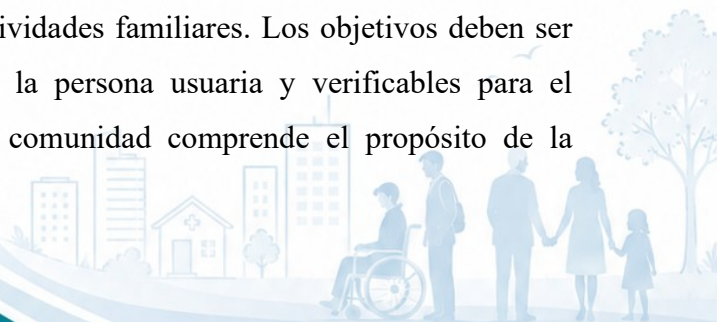
El seguimiento es indispensable para evitar abandono, recaídas o progresión de limitaciones. Debe incluir revaloraciones periódicas, ajuste de objetivos, registro de asistencia, comunicación con familiares, identificación de barreras y derivación cuando sea necesario. La continuidad del cuidado no significa realizar sesiones indefinidas, sino asegurar que la persona transite adecuadamente entre educación, ejercicio, rehabilitación, autocuidado y apoyo especializado.

La coordinación comunitaria con el sistema sanitario público requiere canales formales de comunicación, criterios de derivación y responsabilidades definidas (Satué-de-Velasco et al., 2026). En fisioterapia, esto implica documentar hallazgos relevantes, compartir recomendaciones con el equipo de salud, orientar a cuidadores y establecer alertas. Cuando el seguimiento se organiza, la rehabilitación deja de depender exclusivamente del esfuerzo individual y se convierte en una red de apoyo.



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y



demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

2.10 Barreras de acceso a la rehabilitación en salud pública

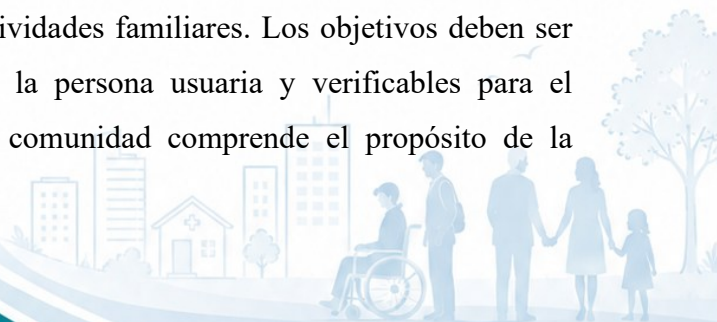
Las barreras de acceso pueden ser geográficas, económicas, culturales, administrativas, físicas, comunicacionales y actitudinales. Una persona puede no asistir porque no tiene transporte, porque teme el tratamiento, porque no comprende la indicación, porque el horario no se ajusta a su trabajo, porque el centro carece de rampas o porque el servicio está saturado. Identificar estas barreras es parte del trabajo fisioterapéutico comunitario.

La percepción social de la fisioterapia varía entre contextos y países, lo que puede afectar la búsqueda de atención y la confianza en el tratamiento (Autin & Meffre, 2025). En Ecuador, Amaguaya (2025) destaca la influencia de perspectivas culturales sobre la aceptación de la fisioterapia. Por ello, ampliar el acceso no consiste solo en aumentar turnos, sino también en comunicar mejor, respetar creencias, formar redes locales y diseñar servicios amigables para la población.



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y



demonstraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

2.11 Síntesis del capítulo

El capítulo confirma que la fisioterapia en salud pública requiere integrar ciencia, sensibilidad social, planificación y evaluación. Su valor aumenta cuando logra anticiparse a la discapacidad, educar a la población, adaptar intervenciones a la vida cotidiana y articularse con equipos interdisciplinarios. En lugar de limitarse a la recuperación de funciones perdidas, la fisioterapia comunitaria promueve autonomía, participación, inclusión y calidad de vida.



Capítulo 3. Fisioterapia en grupos prioritarios y ciclo de vida

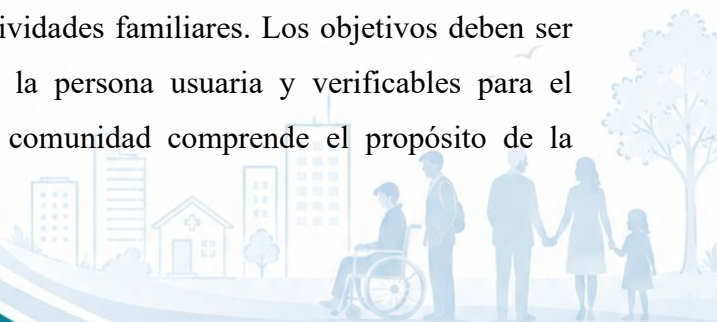
3.1 Descripción general del capítulo

El ciclo de vida permite comprender que las necesidades fisioterapéuticas cambian según edad, desarrollo, responsabilidades y contexto. La niñez requiere estimulación motora, juego activo y prevención de sedentarismo. La adolescencia demanda educación corporal, prevención de lesiones, hábitos saludables y acompañamiento psicosocial. La adultez enfrenta exigencias laborales, enfermedades crónicas y dolor musculoesquelético. La vejez requiere prevención de caídas, mantenimiento de fuerza, equilibrio, funcionalidad e inclusión.

Los grupos prioritarios incluyen personas mayores, personas con discapacidad, cuidadores, trabajadores expuestos a riesgos, personas con enfermedades crónicas, sobrevivientes de eventos neurológicos, pacientes con quemaduras, personas con dolor persistente y comunidades con acceso limitado. La fisioterapia comunitaria debe reconocer estas diferencias sin fragmentar la atención: cada intervención debe ser individualizada y, al mismo tiempo, conectada con recursos familiares y sociales.

Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

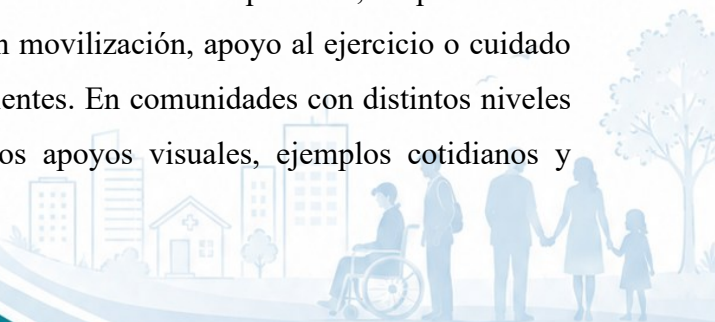
Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y

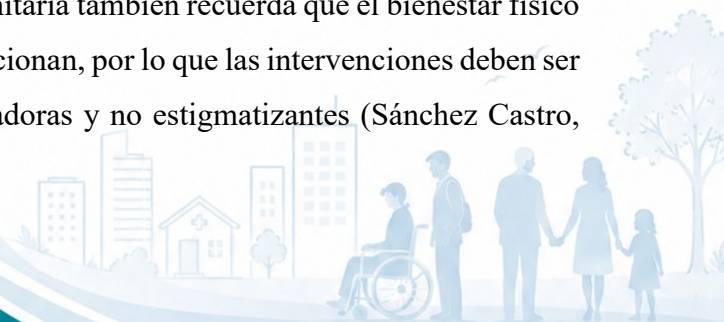


demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

3.2 Fisioterapia en la niñez y adolescencia

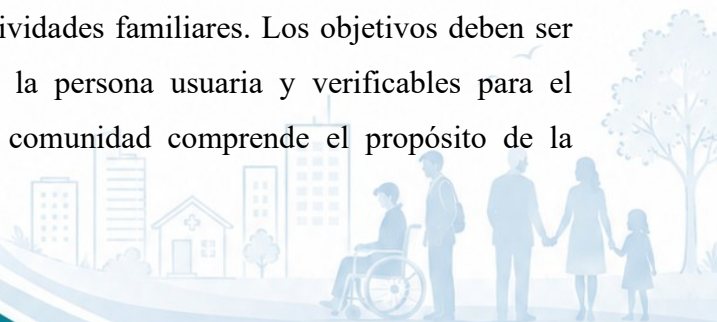
En la niñez, la fisioterapia comunitaria promueve desarrollo motor, juego activo, coordinación, equilibrio, postura funcional y participación escolar. También puede apoyar a niños con retrasos del desarrollo, condiciones neuromotoras, discapacidad, alteraciones respiratorias o secuelas de lesiones. La intervención debe ser lúdica, segura y centrada en la familia, evitando convertir cada actividad en una tarea terapéutica rígida.

En la adolescencia, los objetivos incluyen prevención de lesiones deportivas, educación sobre uso de pantallas, actividad física, autocuidado, salud mental y construcción de hábitos. El fisioterapeuta puede trabajar con escuelas y familias para promover pausas activas, ergonomía, fortalecimiento, prevención de dolor de espalda y participación inclusiva. La promoción de la salud mental comunitaria también recuerda que el bienestar físico y emocional se relacionan, por lo que las intervenciones deben ser respetuosas, motivadoras y no estigmatizantes (Sánchez Castro, 2025).



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y



demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

3.3 Promoción del desarrollo motor y hábitos saludables

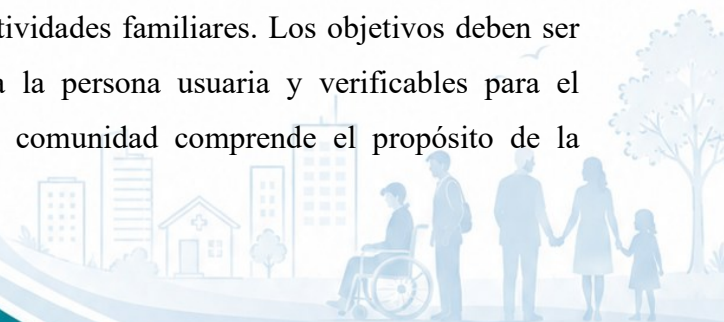
El desarrollo motor se fortalece mediante oportunidades de movimiento, juego, exploración, equilibrio, coordinación, fuerza y participación con pares. En salud pública, promover desarrollo motor implica asegurar espacios seguros, educar a familias, reducir sedentarismo, fomentar actividad al aire libre y adaptar actividades para niños con diversidad funcional. La familia cumple un papel decisivo, porque los hábitos se construyen en rutinas cotidianas.

Los hábitos saludables no se limitan al ejercicio. Incluyen sueño, alimentación, higiene postural, hidratación, manejo de cargas escolares, descanso visual y reducción de conductas sedentarias. El fisioterapeuta puede elaborar mensajes simples: moverse todos los días, alternar posturas, jugar activamente, fortalecer de manera segura y consultar ante dolor persistente o limitaciones. Estas acciones tempranas reducen riesgos futuros y forman una cultura de autocuidado.



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y



demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

3.4 Fisioterapia en adultos y prevención de enfermedades crónicas

En la adultez, la fisioterapia se relaciona con prevención y control de enfermedades crónicas, dolor musculoesquelético, lesiones laborales, inactividad física, estrés, obesidad, hipertensión, diabetes y secuelas de eventos agudos. El enfoque comunitario busca que las personas mantengan funcionalidad para trabajar, cuidar, desplazarse y participar. La intervención debe reconocer limitaciones de tiempo, responsabilidades familiares y condiciones laborales.

El ejercicio terapéutico, la educación y el autocuidado son recursos centrales. Blanco et al. (2025) señalan que el ejercicio tiene aplicaciones preventivas y terapéuticas cuando se prescribe de forma adecuada. Para adultos con dolor lumbar, los proyectos de educación y prevención resaltan la importancia de enseñar movimiento progresivo, higiene de carga, control de síntomas y criterios de consulta (Espinoza Miranda, 2025; Moncada Briceño, 2025).



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y



demonstraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

3.5 Envejecimiento saludable y funcionalidad en personas mayores

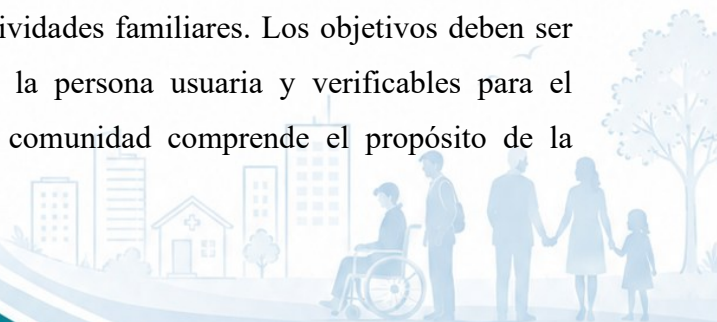
El envejecimiento saludable implica mantener capacidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales que permitan bienestar y participación. En fisioterapia, la prioridad es preservar movilidad, fuerza, equilibrio, marcha, respiración, autonomía en actividades de la vida diaria y seguridad. La intervención debe valorar fragilidad, dolor, comorbilidades, medicamentos, visión, audición, apoyo familiar y entorno domiciliario.

Cedeño y Santos (2025) describen el impacto de un proyecto de salud comunitaria en adultos mayores, destacando la relevancia de acciones cercanas y participativas. Guerrero Ceh et al. (2025) muestran que la acción comunitaria con personas mayores puede aplicar conocimiento gerontológico en beneficio del bienestar. En este contexto, la fisioterapia no solo rehabilita; también facilita envejecimiento activo, vínculo social y prevención de dependencia.



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

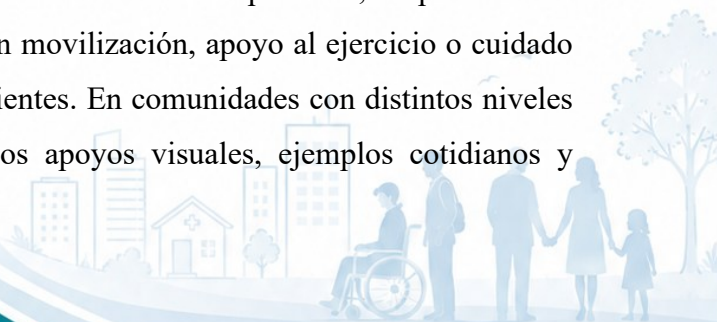
Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y



demonstraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

3.6 Prevención de caídas y fragilidad

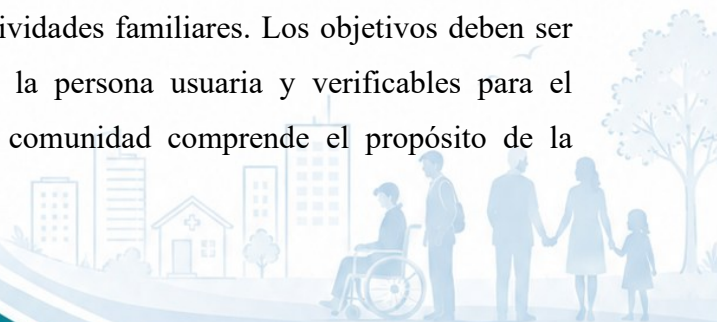
Las caídas son eventos frecuentes y potencialmente graves en personas mayores. Su prevención requiere evaluar equilibrio, fuerza, marcha, visión, calzado, medicamentos, hipotensión, miedo a caer, barreras arquitectónicas y antecedentes. Las estrategias incluyen ejercicios de fuerza y equilibrio, educación familiar, revisión del hogar, entrenamiento de transferencias, uso adecuado de ayudas técnicas y derivación cuando se identifican riesgos médicos.

La fragilidad es un estado de vulnerabilidad que puede expresarse en pérdida de fuerza, fatiga, lentitud, baja actividad y pérdida de peso. La fisioterapia comunitaria puede contribuir con programas de ejercicio progresivo, educación nutricional coordinada con otros profesionales, seguimiento y metas funcionales. El abordaje de artrosis de rodilla bilateral en adultos mayores muestra la necesidad de combinar manejo del dolor, movilidad, fortalecimiento y educación para preservar independencia (Álvarez Álvarez, 2025).



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

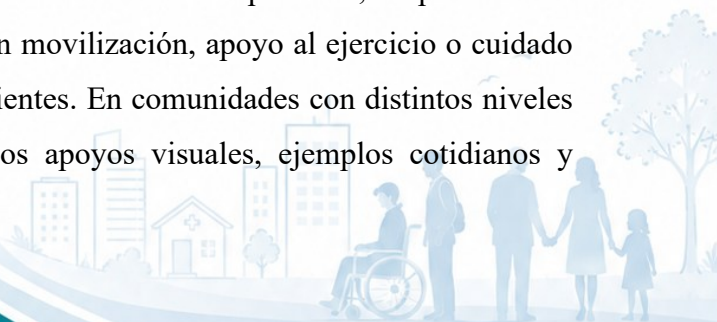
Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y



demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

3.7 Rehabilitación en personas con discapacidad

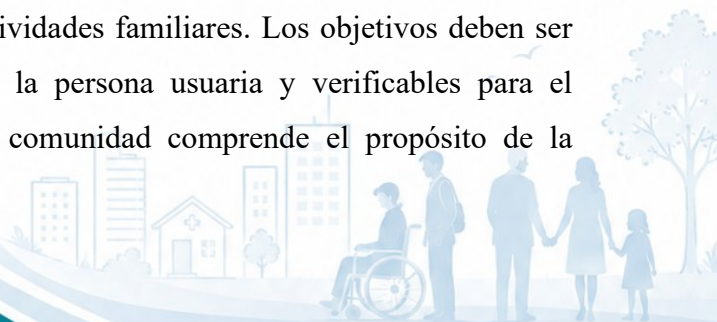
La rehabilitación en personas con discapacidad debe centrarse en derechos, autonomía, participación y accesibilidad. El objetivo no es normalizar cuerpos, sino reducir barreras, fortalecer capacidades y facilitar decisiones. La fisioterapia aporta evaluación funcional, entrenamiento de movilidad, prevención de complicaciones, orientación sobre ayudas técnicas, adaptación de actividades y educación a cuidadores.

La rehabilitación de la movilidad en manos de adultos mayores, por ejemplo, requiere instrumentos y estrategias que permitan recuperar o mantener destreza, fuerza y coordinación en actividades cotidianas (Bowen Medina et al., 2025). En condiciones neurológicas, Lennon et al. (2025) enfatizan la importancia de objetivos funcionales y práctica significativa. En comunidad, estas ideas deben aplicarse considerando disponibilidad de recursos, apoyo familiar y accesibilidad del entorno.



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y



demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

3.8 Inclusión social y autonomía funcional

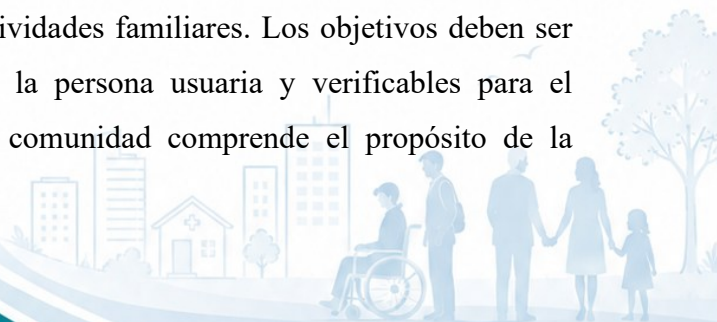
La inclusión social implica que las personas participen en la vida comunitaria con igualdad de oportunidades. La autonomía funcional no significa hacerlo todo sin ayuda, sino contar con recursos, apoyos y entornos que permitan decidir y participar. Desde fisioterapia, se promueven movilidad segura, adaptación de actividades, uso de ayudas técnicas, entrenamiento de cuidadores y sensibilización comunitaria.

Ruiz (2025) plantea una revisión narrativa sobre fisioterapia y salud global desde el paradigma One Health, lo que invita a pensar la salud humana en relación con ambientes, comunidades y sistemas. Aunque algunos campos como la fisioterapia veterinaria tienen aplicaciones específicas fuera del ámbito humano (Huertas, 2025), la idea central de salud global recuerda que el bienestar funcional no se separa del entorno. La inclusión requiere espacios accesibles, cultura de respeto y coordinación intersectorial.



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y

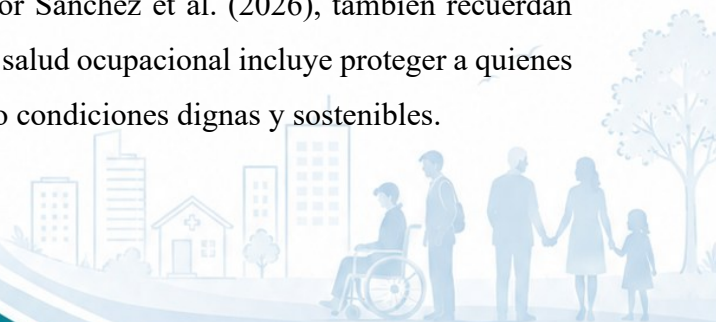


demonstraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

3.9 Salud ocupacional y prevención de lesiones laborales

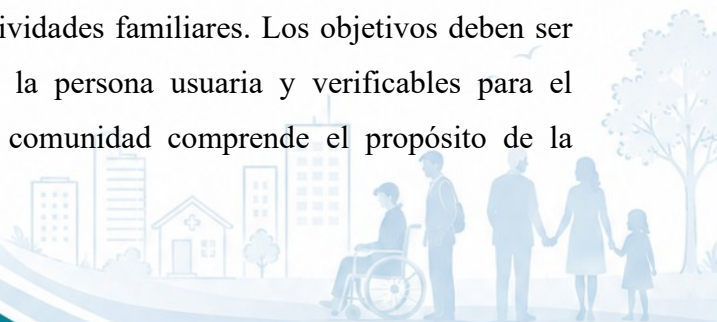
La salud ocupacional es un área estratégica para la fisioterapia en salud pública. Las lesiones por esfuerzos repetitivos, posturas sostenidas, manipulación de cargas, vibraciones, sedentarismo o sobrecarga física afectan productividad, bienestar y calidad de vida. El fisioterapeuta puede participar en evaluación ergonómica, pausas activas, educación, rediseño de tareas, entrenamiento de fuerza, prevención de dolor y reintegro laboral.

La prevención laboral debe evitar enfoques culpabilizadores. No basta con pedir al trabajador que adopte buenas posturas si el puesto está mal diseñado, si no existen descansos o si la carga supera límites razonables. Las diferencias salariales y condiciones laborales de profesionales de fisioterapia en América Latina, discutidas por Sánchez et al. (2026), también recuerdan que el cuidado de la salud ocupacional incluye proteger a quienes cuidan, garantizando condiciones dignas y sostenibles.



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y



demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

3.10 Intervención fisioterapéutica en contextos familiares y comunitarios

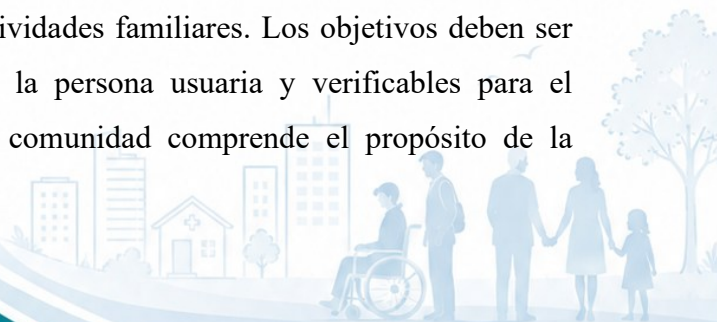
La familia y la comunidad son escenarios reales de rehabilitación. Muchas recomendaciones fracasan porque no se adaptan a la vivienda, al tiempo del cuidador, al nivel de comprensión o a las prioridades de la persona. La intervención domiciliaria o comunitaria permite observar barreras, practicar actividades funcionales y negociar rutinas.

El cuidado tiene costos emocionales, físicos y sociales. Benítez (2025) aborda el impacto de cuidar en la calidad de vida y las estrategias desde fisioterapia. Por ello, el fisioterapeuta debe educar a cuidadores en movilización segura, conservación de energía, prevención de sobrecarga y autocuidado. En quemaduras, la fisioterapia cumple un papel relevante en movilidad, cicatriz, dolor y recuperación funcional, como señalan Roa y Silva (2025) y Javier et al. (2025), lo que exige acompañamiento familiar sensible y continuo.



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y



demonstraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

3.11 Síntesis del capítulo

El capítulo confirma que la fisioterapia en salud pública requiere integrar ciencia, sensibilidad social, planificación y evaluación. Su valor aumenta cuando logra anticiparse a la discapacidad, educar a la población, adaptar intervenciones a la vida cotidiana y articularse con equipos interdisciplinarios. En lugar de limitarse a la recuperación de funciones perdidas, la fisioterapia comunitaria promueve autonomía, participación, inclusión y calidad de vida.

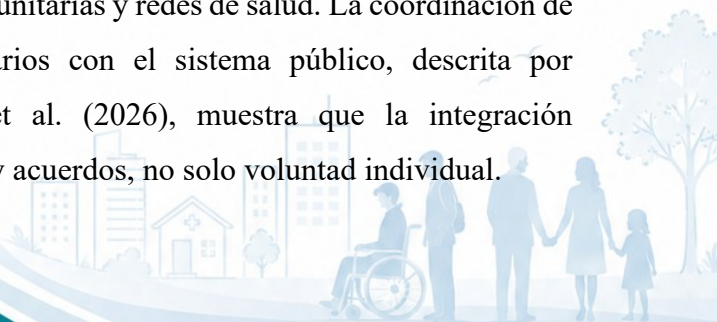


Capítulo 4. Gestión, políticas públicas e innovación en fisioterapia comunitaria

4.1 Descripción general del capítulo

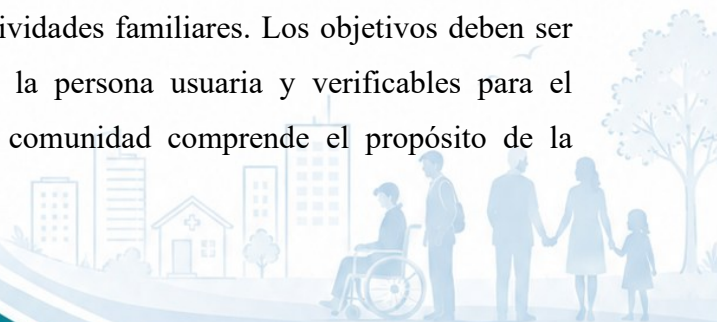
La fisioterapia comunitaria necesita gestión. Las buenas intenciones no son suficientes si no existen planificación, recursos, indicadores, rutas de derivación, coordinación, registros y evaluación. Este capítulo aborda la relación entre políticas públicas, programas comunitarios, gestión de recursos, tecnología, tele-rehabilitación e investigación. La finalidad es que la intervención fisioterapéutica pueda sostenerse y demostrar resultados.

Gestionar fisioterapia en salud pública implica definir población objetivo, problemas prioritarios, objetivos medibles, actividades, responsables, cronograma, presupuesto, criterios de seguridad, instrumentos de evaluación y mecanismos de mejora. También exige articular con instituciones, gobiernos locales, organizaciones comunitarias y redes de salud. La coordinación de sanitarios comunitarios con el sistema público, descrita por Satué-de-Velasco et al. (2026), muestra que la integración requiere estructura y acuerdos, no solo voluntad individual.



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y



demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

4.2 Políticas públicas en rehabilitación y discapacidad

Las políticas públicas en rehabilitación y discapacidad deben garantizar acceso, continuidad, calidad, inclusión y participación. La fisioterapia puede aportar evidencia sobre necesidades funcionales, barreras de movilidad, impacto de programas y costos de la discapacidad no atendida. Una política efectiva no solo crea servicios; también establece redes, financiamiento, formación profesional, accesibilidad, vigilancia de resultados y protección de derechos.

En salud pública, la rehabilitación debe ser vista como inversión social. Cuando una persona mejora su movilidad, reduce dependencia, participa más y requiere menos complicaciones asociadas. La rehabilitación basada en la comunidad conecta con este principio porque busca acercar apoyos al territorio. Además, el paradigma de salud global invita a integrar salud humana, ambientes y sistemas, ampliando la mirada de las políticas (Ruiz, 2025).



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y



demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

4.3 Programas comunitarios de fisioterapia en salud pública

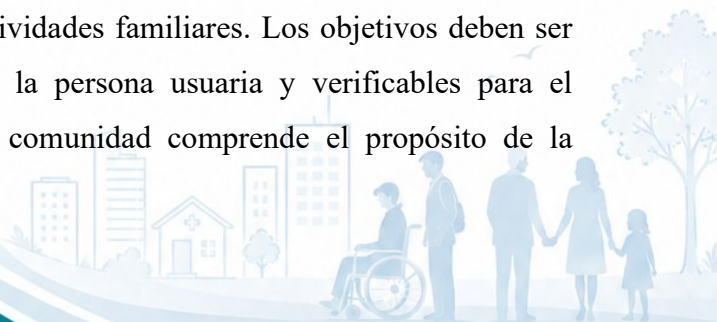
Un programa comunitario de fisioterapia debe partir de un diagnóstico participativo. Luego debe definir objetivos claros, población beneficiaria, componentes de intervención, frecuencia, intensidad, responsables, criterios de ingreso, criterios de derivación y formas de evaluación. Puede orientarse a adultos mayores, dolor lumbar, prevención de caídas, actividad física, rehabilitación neurológica, salud escolar, salud laboral o apoyo a cuidadores.

Los proyectos de salud comunitaria con adultos mayores y los programas comunitarios de ejercicio post accidente cerebrovascular muestran que las acciones territoriales pueden generar beneficios cuando se sostienen y se adaptan a necesidades reales (Cedeño & Santos, 2025; Martínez et al., 2025). La clave es evitar programas episódicos sin seguimiento. Todo programa debe preguntarse: qué problema resuelve, a quién llega, cómo mide cambios y cómo continúa después de la fase inicial.



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y



demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

4.4 Planificación de intervenciones fisioterapéuticas comunitarias

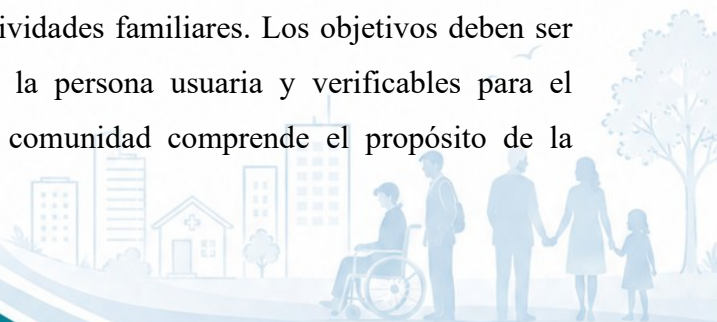
Planificar una intervención comunitaria exige ordenar fases: diagnóstico, priorización, diseño, implementación, seguimiento, evaluación y mejora. En diagnóstico se recogen datos funcionales y sociales. En priorización se decide qué problema abordar primero. En diseño se establecen objetivos y actividades. En implementación se ejecuta con seguridad. En seguimiento se ajusta. En evaluación se mide impacto. En mejora se corrigen debilidades.

La planificación también debe incluir protocolos de seguridad. Antes de una sesión grupal, el fisioterapeuta debe revisar contraindicaciones, signos de alarma, disponibilidad de agua, espacio libre de obstáculos, consentimiento y mecanismos de emergencia. En condiciones como lumbalgia crónica, artrosis o enfermedad pulmonar, la intervención debe adaptarse a síntomas y capacidad funcional, tomando en cuenta experiencias de promoción y rehabilitación comunitaria (Álvarez Álvarez, 2025; Sacristán Galisteo, 2026).



Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y



demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

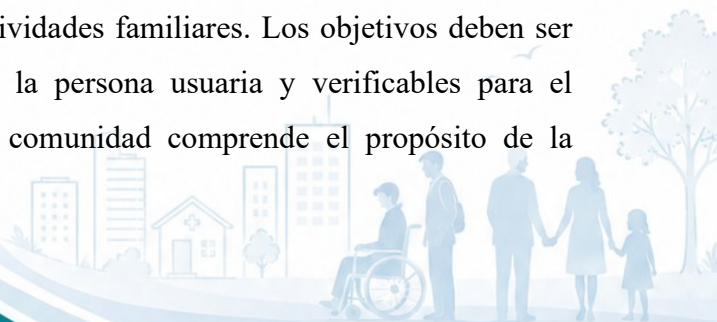
4.5 Indicadores para evaluar programas de rehabilitación

Los indicadores permiten saber si un programa funciona. Pueden ser de estructura, proceso, resultado e impacto. Los de estructura evalúan recursos disponibles; los de proceso miden asistencia, sesiones realizadas y adherencia; los de resultado miden cambios funcionales; los de impacto observan reducción de caídas, mejor calidad de vida, reinserción o menor dependencia. Sin indicadores, la gestión se basa en impresiones.

Ejemplos de indicadores son porcentaje de participantes que completan el programa, cambio en prueba de marcha, mejora en equilibrio, reducción de dolor, aumento de actividad física, satisfacción, número de derivaciones oportunas y proporción de hogares con adaptaciones realizadas. En rehabilitación neurológica y programas post accidente cerebrovascular, medir cambios funcionales es esencial para valorar efectividad y ajustar intervenciones (Lennon et al., 2025; Martínez et al., 2025).

Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la



intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y



demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

4.6 Gestión de recursos en servicios comunitarios

La gestión de recursos incluye talento humano, espacios, equipamiento, materiales educativos, transporte, registros, alianzas y presupuesto. En fisioterapia comunitaria, el recurso más importante es la capacidad de adaptar intervenciones con seguridad y pertinencia. Un programa puede iniciar con equipamiento mínimo, pero no puede funcionar sin planificación, registro y criterios profesionales.

El uso de equipamiento mínimo en rehabilitación pulmonar comunitaria, revisado por Sacristán Galisteo (2026), muestra que la escasez de recursos no debe ser excusa para la inacción, pero sí exige mayor rigor en selección, supervisión y progresión. La gestión debe priorizar recursos de alto impacto: capacitación, instrumentos simples de evaluación, materiales para educación, espacios seguros y mecanismos de derivación.

Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica



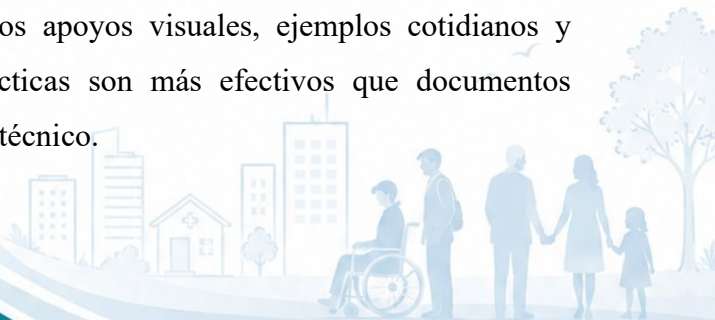
aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.



La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.



4.7 Tecnología e innovación aplicada a la fisioterapia comunitaria

La innovación en fisioterapia comunitaria no se limita a dispositivos sofisticados. Puede incluir registros digitales, teleorientación, videos educativos, seguimiento por mensajería, mapas de riesgo, recordatorios de ejercicio, tableros de indicadores y materiales accesibles. La tecnología debe resolver problemas reales: abandono, falta de seguimiento, dificultad de desplazamiento, baja alfabetización sanitaria o escasa coordinación.

Los instrumentos para rehabilitación de movilidad en manos de adultos mayores muestran que el diseño de herramientas puede apoyar procesos funcionales cuando se orienta a necesidades concretas (Bowen Medina et al., 2025). La innovación debe evaluarse por utilidad, seguridad, accesibilidad y aceptación, no por novedad. En comunidades con limitada conectividad, una cartilla bien diseñada puede ser tan innovadora como una plataforma digital si mejora adherencia y comprensión.

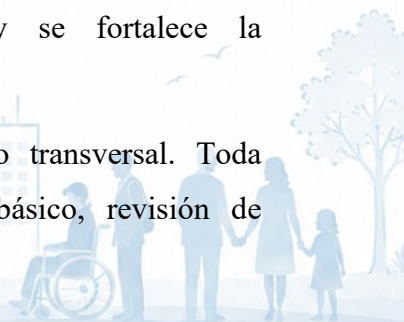
Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos



de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de



antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

4.8 Tele-rehabilitación y seguimiento remoto

La tele-rehabilitación permite orientar, monitorear y acompañar a distancia cuando existen barreras geográficas,



laborales o de movilidad. Puede aplicarse mediante llamadas, videollamadas, mensajes, videos, formularios o plataformas. No reemplaza toda atención presencial, pero puede complementar educación, seguimiento de ejercicios, resolución de dudas y detección de alertas.

Para usar tele-rehabilitación con seguridad, se requiere seleccionar adecuadamente a los participantes, verificar comprensión, adaptar ejercicios al espacio disponible, contar con apoyo familiar cuando sea necesario y establecer signos de suspensión. En personas con condiciones complejas, dolor intenso, riesgo de caídas o síntomas cardiopulmonares, el seguimiento remoto debe combinarse con valoración presencial y derivación. La coordinación con el sistema público, planteada por Satué-de-Velasco et al. (2026), es esencial para que la teleasistencia no quede aislada.

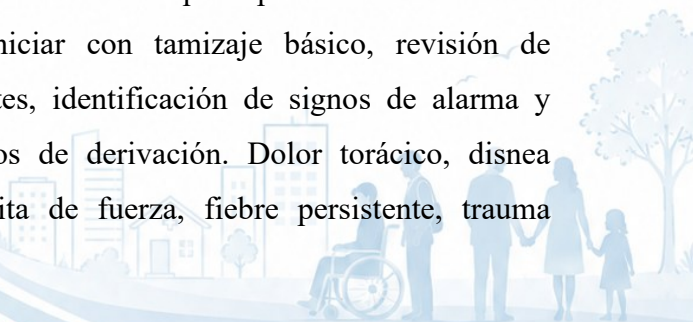
Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y



continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma



reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

4.9 Investigación en fisioterapia y salud pública

La investigación en fisioterapia y salud pública permite identificar necesidades, evaluar programas, mejorar prácticas y fundamentar políticas. Puede incluir estudios descriptivos, investigaciones cualitativas, revisiones, ensayos comunitarios, evaluación de implementación y análisis de costos. La pregunta



central debe nacer de problemas reales: dolor persistente, caídas, baja adherencia, acceso limitado, sobrecarga de cuidadores o inequidades territoriales.

La literatura reciente incluye revisiones sobre salud global, acceso directo, programas comunitarios, rehabilitación neurológica, dolor lumbar y percepción social de la fisioterapia (Autin & Meffre, 2025; Jerez-Roig et al., 2025; Martínez et al., 2025; Ruiz, 2025). El fisioterapeuta comunitario debe desarrollar competencias para registrar datos, interpretar resultados y comunicar hallazgos de manera útil para gestores, colegas y población.

Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita



planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada



frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

4.10 Desafíos actuales y perspectivas futuras de la fisioterapia comunitaria

Los desafíos actuales incluyen acceso desigual, falta de reconocimiento del rol comunitario, escasez de recursos, fragmentación del sistema, baja continuidad, insuficiente investigación local, condiciones laborales precarias y necesidad de formación específica. La percepción social de la fisioterapia todavía puede reducirla a masajes o rehabilitación posterior a lesiones, cuando su alcance incluye prevención, educación,



funcionalidad y participación (Amaguaya, 2025; Autin & Meffre, 2025).

Las perspectivas futuras apuntan a una fisioterapia más integrada a la atención primaria, más digital, más comunitaria, más interdisciplinaria y más orientada a resultados. Esto exigirá fortalecer competencias en gestión, comunicación, investigación, salud pública, determinantes sociales, tecnología y ética. También requerirá mejores condiciones laborales, tema relacionado con las diferencias salariales regionales analizadas por Sánchez et al. (2026). La fisioterapia comunitaria del futuro debe ser científicamente sólida, socialmente sensible y políticamente visible.

Desde la práctica profesional, este tema exige reconocer que las intervenciones efectivas no se reducen a aplicar una técnica aislada. La valoración debe relacionar historia clínica, objetivos de la persona, nivel funcional, entorno, recursos familiares y barreras del servicio. En salud pública, cada decisión debe considerar seguridad, accesibilidad, pertinencia cultural y continuidad. Por ello, una recomendación aparentemente simple, como caminar treinta minutos o realizar ejercicios domiciliarios, necesita adaptarse a dolor, equilibrio, temor, clima, tiempo



disponible, apoyo social y espacios seguros. Esta mirada evita planes genéricos y permite que la fisioterapia se convierta en una herramienta real de cambio cotidiano.

Una aplicación comunitaria adecuada requiere formular objetivos observables. No basta con decir mejorar la movilidad; es necesario precisar si se busca aumentar tolerancia a la marcha, reducir dolor, prevenir caídas, mejorar transferencias, recuperar independencia en el vestido, favorecer retorno laboral o fortalecer participación en actividades familiares. Los objetivos deben ser comprensibles para la persona usuaria y verificables para el equipo. Cuando la comunidad comprende el propósito de la intervención, aumenta la adherencia y se fortalece la corresponsabilidad en el cuidado.

La seguridad clínica es un principio transversal. Toda intervención debe iniciar con tamizaje básico, revisión de antecedentes relevantes, identificación de signos de alarma y definición de criterios de derivación. Dolor torácico, disnea intensa, pérdida súbita de fuerza, fiebre persistente, trauma reciente, pérdida de control de esfínteres, deterioro neurológico o dolor progresivo no explicado requieren evaluación médica. El fisioterapeuta comunitario no debe trabajar de manera aislada



frente a estas situaciones; su fortaleza está en reconocer límites, orientar oportunamente y coordinar con la red de atención.

La comunicación también determina resultados. Las indicaciones deben ser breves, concretas y demostradas. La persona debe poder explicar con sus propias palabras qué hará, cuántas veces, con qué precauciones y cuándo solicitar ayuda. Las familias requieren instrucciones respetuosas, especialmente cuando participan en movilización, apoyo al ejercicio o cuidado de personas dependientes. En comunidades con distintos niveles de alfabetización, los apoyos visuales, ejemplos cotidianos y demostraciones prácticas son más efectivos que documentos extensos o lenguaje técnico.

4.11 Síntesis del capítulo

El capítulo confirma que la fisioterapia en salud pública requiere integrar ciencia, sensibilidad social, planificación y evaluación. Su valor aumenta cuando logra anticiparse a la discapacidad, educar a la población, adaptar intervenciones a la vida cotidiana y articularse con equipos interdisciplinarios. En lugar de limitarse a la recuperación de funciones perdidas, la fisioterapia comunitaria promueve autonomía, participación, inclusión y calidad de vida.



Conclusión final del libro

La fisioterapia en salud pública constituye una disciplina estratégica para responder a necesidades funcionales que atraviesan a personas, familias y comunidades. A lo largo del libro se ha sostenido que el movimiento humano no puede comprenderse únicamente desde músculos, articulaciones o sistemas orgánicos, sino también desde determinantes sociales, cultura, accesibilidad, educación, trabajo, envejecimiento, discapacidad y participación. Esta visión amplía el papel del fisioterapeuta y lo ubica como profesional clave en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la rehabilitación comunitaria y la inclusión social.

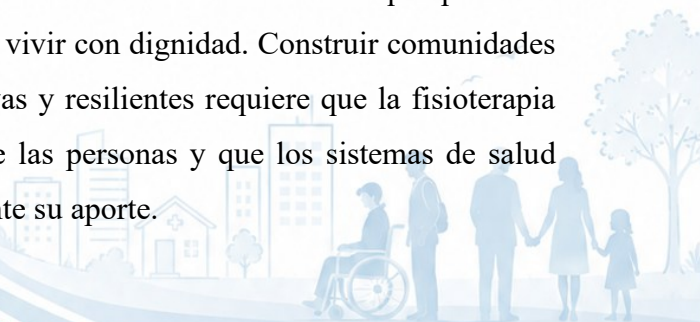
Los capítulos desarrollados muestran que la atención primaria ofrece un escenario privilegiado para actuar tempranamente. La detección de riesgo funcional, la educación sanitaria, la actividad física adaptada, la prevención de caídas, el manejo conservador del dolor, el acompañamiento a cuidadores, la rehabilitación neurológica comunitaria y la continuidad del cuidado son acciones que pueden reducir complicaciones y mejorar calidad de vida. La evidencia reciente revisada en esta obra respalda la importancia del ejercicio terapéutico, los



programas comunitarios, la coordinación sociosanitaria y la adaptación a grupos prioritarios (Blanco et al., 2025; Cedeño & Santos, 2025; Jerez-Roig et al., 2025; Martínez et al., 2025).

También se ha insistido en que la fisioterapia comunitaria necesita gestión. Ningún programa puede sostenerse sin diagnóstico, planificación, recursos, indicadores y evaluación. La innovación tecnológica, la tele-rehabilitación y los instrumentos de seguimiento pueden mejorar el acceso, pero solo si se integran con criterios de seguridad, equidad y pertinencia. Del mismo modo, las políticas públicas deben reconocer la rehabilitación como parte esencial del derecho a la salud y no como un servicio secundario.

En síntesis, este libro invita a construir una fisioterapia más cercana, preventiva, humanizada y territorial. Una fisioterapia capaz de escuchar a la comunidad, respetar la diversidad cultural, trabajar con otros profesionales, educar con claridad, investigar sus resultados y defender condiciones de vida que permitan moverse, participar y vivir con dignidad. Construir comunidades más saludables, activas y resilientes requiere que la fisioterapia salga al encuentro de las personas y que los sistemas de salud reconozcan plenamente su aporte.



Referencias bibliográficas

Álvarez Álvarez, R. E. (2025). Abordaje terapéutico de artrosis de rodilla bilateral en adultos mayores atendidos en la clínica de Medicina Natural y Terapias Complementarias del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca Managua del 1 de enero 2025 al 30 de junio del 2025.
<https://repositorio.umoyn.edu.ni/id/eprint/149/>

Amaguaya, J. A. H. (2025). Perspectivas culturales sobre la aceptación de la fisioterapia como tratamiento en Ecuador. Revista de ciencias sociales, (31), 643-662.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10479575>

Autin, E., & Meffre, M. (2025). Estudio observacional comparativo de la percepción social de la fisioterapia entre España y Francia.
<https://titula.universidadeuropea.es/handle/20.500.12880/11723>

Benítez, A. J. L. (2025). El precio de cuidar: Impacto en la calidad de vida y estrategias desde la fisioterapia.
https://www.researchgate.net/profile/Valentina-Torres-26/publication/392368545_Corporacion_Iberoamericana_Fi



sioterapia_Trabajo_de_grado_II/links/683f50706b5a287c30490405/Corporacion-Iberoamericana-Fisioterapia-Trabajo-de-grado-II.pdf

Blanco, A., Mendoza, R., Rodríguez, P., Martínez, J., Vanela, M., & Iribarren, L. (2025). Aplicaciones clínicas de la fisiología del ejercicio con enfoques terapéuticos y preventivos en fisioterapia integral. *Revista Semilla Científica*, 1(8), 123-132.

<https://revistas.umecit.edu.pa/index.php/sc/article/view/1832>

Bowen Medina, D. A., Rivera Peláez, F. X., & Giuseppe Magnone, F. (2025). Diseño de instrumento de fisioterapia y rehabilitación de la movilidad en manos de adultos mayores [Tesis doctoral, ESPOL. FADCOM]. <https://www.dspace.espol.edu.ec/handle/123456789/69158>

Cedeño, G. A. D., & Santos, R. O. Z. (2025). Impacto del proyecto de Salud Comunitaria en los adultos mayores que acuden a Itsup Clinic. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 9(4), 3195-3214. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/189>



Espinoza Miranda, J. E. (2025). Proyecto para la prevención, promoción y educación sobre dolor crónico de lumbalgia en el Hospital comandante Hilario Sánchez Vásquez del municipio de Masaya, Nicaragua del 1 de julio al 31 de diciembre del 2025.

<https://repositorio.umoyn.edu.ni/id/eprint/127/>

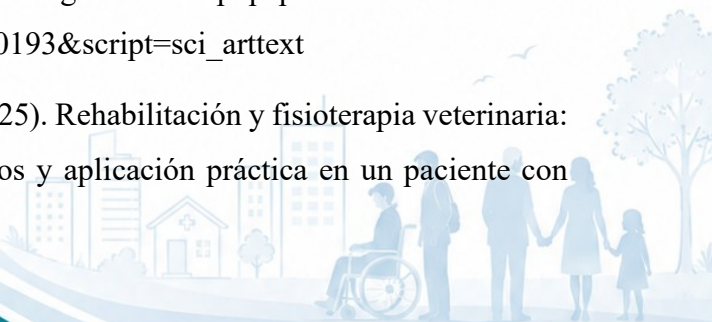
Figueroa Peña, S. M. (2025). Proyecto para la prevención, promoción y educación sobre dolor lumbar crónico en el Centro de Salud Villa Sandino del departamento de Granada, Nicaragua del 1 de julio al 31 de diciembre del 2025.

<https://repositorio.umoyn.edu.ni/id/eprint/128/>

Guerrero Ceh, J. G., Poc Ortégón, R. E., & Noj González, P. C. (2025). Acción comunitaria en Xkuncheil: Un acercamiento a la aplicación del conocimiento gerontológico en beneficio de las personas mayores. RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo, 15(30).

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-74672025000100193&script=sci_arttext

Huertas, J. A. H. (2025). Rehabilitación y fisioterapia veterinaria: Conceptos básicos y aplicación práctica en un paciente con

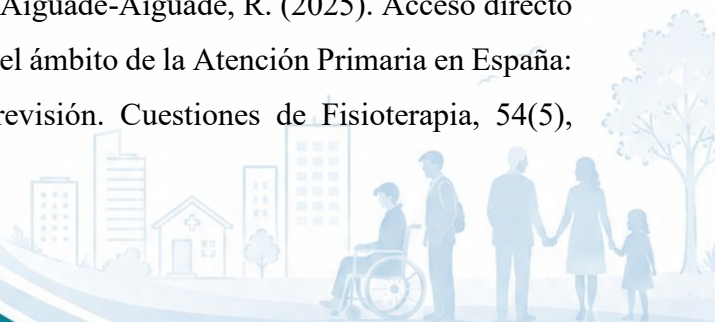


osteoartritis de cadera. Badajoz Veterinaria, (38), 52-57.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10358952.pdf>

Jaenz, M. (2025). Uso de la acupuntura como estrategia complementaria para la prevención, promoción y educación del dolor crónico de lumbalgia en la Clínica de Manejo Holístico del Dolor del Hospital comandante Hilario Sánchez Vásquez del municipio de Masaya, Nicaragua del 1 de julio al 31 de diciembre del 2025.
<https://repositorio.umoyn.edu.ni/id/eprint/147/>

Javier, G. T., Ariel Luis, O. B., Marilia, R. G., & Yahylin, V. C. (2025). Fisioterapia en secuelas de un paciente quemado, a propósito de un caso. I Jornada Nacional Científica Hospitalaria Dr. Mario Muñoz Monroy.
<https://eventoshmmm.sld.cu/index.php/hmmm/2024/paper/view/49>

Jerez-Roig, J., Mas-Bosch, J., Hernandez-Zubelzu, B., Parés-Martínez, C., & Aiguadé-Aiguadé, R. (2025). Acceso directo a fisioterapia en el ámbito de la Atención Primaria en España: Un trabajo de revisión. Cuestiones de Fisioterapia, 54(5), 1268-1282.



<https://cuestionesdefisioterapia.com/index.php/es/article/view/3628>

Laguna Ruíz, R. del C. (2025). Proyecto para la atención y promoción del tratamiento con acupuntura y sus modalidades para el dolor crónico de lumbalgia en el Centro de Salud Leonidas García del municipio de Ciudad Antigua, Nicaragua del 1 de julio al 31 de diciembre del 2025.
<https://repositorio.umojn.edu.ni/id/eprint/134/>

Lanuzza Mora, M. M. (2025). Proyecto para la prevención, promoción y educación sobre dolor crónico lumbar en el Centro de Salud Monimbó del municipio de Masaya, Nicaragua. Del SILAIS Masaya en el período del 1 de julio al 31 de diciembre del 2025.
<https://repositorio.umojn.edu.ni/id/eprint/135/>

Lennon, S., Ramdharry, G., & Verheyden, G. (2025). Fisioterapia en la rehabilitación neurológica. Elsevier Health Sciences.
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=H0pDEQAAQBAJ>

Lorenzo Sánchez-Aguilera, C., Martín-Crespo Blanco, M., Navalpotro Fuster, L., Simarro González, M., & Victoria



González, B. (2026). Fisioterapia comunitaria y salud pública.

<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/108028/Gu%C3%ADa%20Docente.pdf?sequence=1>

Martínez Espinoza, R. H., Nomberto Arcos, L. A., & Valencia Gomez Velasquez, N. A. (2025). Impacto de los programas comunitarios de ejercicio en la recuperación funcional de pacientes post accidente cerebrovascular: Una revisión de alcance.

<https://repositorio.upch.edu.pe/entities/publication/7f794814-9b3a-4f4f-a139-b936ce530fb5>

Martínez, R., Nomberto, L., Gómez, N., Sánchez, B., & Gavino, A. (2025). Impacto de los programas comunitarios de ejercicio en la recuperación funcional de pacientes post accidente cerebrovascular: Una revisión de alcance.
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/16795/Impacto_MartinezEspinoza_Rosalia.pdf?sequence=1

Moncada Briceño, R. E. (2025). Proyecto para la prevención, promoción y educación sobre dolor crónico lumbar en el Hospital Primario Francisco Matamoros del municipio de San



Francisco Libre, Managua del 1 de julio al 31 de diciembre del 2025. <https://repositorio.umoyn.edu.ni/id/eprint/138/>

Ortíz, L. A., & Oliver, F. C. (2025). Experiencias de terapeutas ocupacionales en la gestión del cuidado socio-sanitario y comunitario en la atención primaria de salud. <https://scholar.archive.org/work/cpdn4ztoorbrbbnjzuxrlfgei/access/wayback/https://revistas.usp.br/rto/article/download/228343/214337>

Rincón, L. V. C., Ochoa, K. F. L., Sharon, L., & Ortiz, O. (2025). Perfil poblacional de las prácticas formativas del programa de Fisioterapia. <https://repositorio.udes.edu.co/bitstreams/73eee52f-7db3-4de8-b1ad-a5138b08e73d/download>

Rivero González, I. M. (2026). Propuesta de intervención fisioterapéutica para la mejora de la calidad de vida en supervivientes de gliomas difusos de bajo grado: Impacto de los determinantes sociales de salud en la fatiga. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/46179/Propuesta%20de%20Intervencion%20Fisioterapeutica.pdf?sequence=1>



Roa, L. C. M., & Silva, B. A. V. (2025). Fisioterapia en quemaduras de tercer grado. Estrategias con alta evidencia científica desde un análisis narrativo. *Movimiento científico*, 19(1), 21-30.

<https://revmovimientocientifico.iberu.edu.co/article/view/3187>

Ruiz, C. A. E. (2025). Fisioterapia y salud global: Una revisión narrativa alrededor del paradigma de One Health. *Movimiento científico*, 19(2), 7-15.

<https://revmovimientocientifico.iberu.edu.co/article/view/3081>

Sacristán Galisteo, C. (2026). Efectos de la supervisión presencial durante un programa de rehabilitación pulmonar comunitario utilizando mínimo equipamiento en personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

<https://docta.ucm.es/entities/publication/fcf7cc56-b1a3-4e30-83c8-95f2620d2724>

Sánchez Castro, P. (2025). Promoción y prevención en salud mental comunitaria. Una mirada desde el Trabajo Social a partir de la experiencia del grupo Mi Casita en el proyecto Cultivando desarrollo en la ciudad de Fray Bentos.



Sánchez, Y. C., Pérez, M. P. A. M., & Calderón, M. Á. K. (2026).

Diferencias salariales entre los profesionales en fisioterapia de México y otros países latinoamericanos. Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores.
<https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticaayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/4849>

Satué-de-Velasco, E., Mateos-Lardies, A., Ausina-Márquez, V., & del Mar Yagüe-Sebastián, M. (2026). Coordinación de sanitarios comunitarios autónomos con el sistema sanitario público. Informe SESPAS 2026. Gaceta Sanitaria, 40, 102616.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911126000531>



FISIOTERAPIA EN SALUD PÚBLICA:

Promoción, prevención y rehabilitación comunitaria

La fisioterapia en salud pública constituye un pilar fundamental para la promoción del bienestar, la prevención de enfermedades y la rehabilitación funcional de las personas a lo largo del ciclo de vida. Esta obra ofrece una visión integral sobre el papel del fisioterapeuta en la atención comunitaria, destacando estrategias de intervención orientadas a fortalecer la calidad de vida, la inclusión social y la participación activa de la población.

A través de un enfoque actualizado, el libro aborda los fundamentos de la fisioterapia comunitaria, la atención primaria de salud, la rehabilitación basada en la comunidad, la intervención en grupos prioritarios y la relación entre políticas públicas, gestión e innovación. Su contenido está dirigido a estudiantes, docentes y profesionales del área de la salud interesados en comprender y aplicar modelos de atención más preventivos, humanizados y sostenibles.



TEMAS CLAVE

- Promoción de la salud y prevención
- Rehabilitación comunitaria
- Inclusión y envejecimiento saludable
- Políticas públicas e innovación



*Una obra para construir comunidades
más saludables, activas y resilientes.*

W^{Live} Working
EDITORIAL

ISBN: 978-9942-580-79-5



9 789942 580795