Digi4 MSK

Cofinanciado por la Unión Europea

MATERIAL EDUCACIONAL
DE DIGI4MSK – VOLUMEN 1

1. Introducción al automanejo en el dolor musculoesquelético



Autores de la serie

Víctor Doménech-García[1], Julia Blasco-Abadía[1], Kieran O'Sullivan[2], Lara Coyne[2], Mary O'Keeffe[3,4], Nathan Skidmore[3,5], Zsófia Nagy[3,6], Thorvaldur Skuli Palsson[7,8], Steffan Wittrup McPhee Christensen[9,10], Morten Hoegh[9], Alice Baroncini[11], Domenico Compagnone[11], Pedro Berjano[11], Lisa Zauber[12], Pablo Bellosta-López[1].

[1] Universidad San Jorge. Campus Universitario, Autov. A23 km 299, 50830. Villanueva de Gállego, Zaragoza, Spain.

[2] School of Allied Health, University of Limerick, Ireland.

[3] European Pain Federation EFIC, Brussels, Belgium.

[4] School of Public Health, Physiotherapy and Sports Science, University College Dublin, Dublin, Ireland.

[5] Department of Sport, Exercise and Rehabilitation, Northumbria University, UK.

[6] Rétköz Health Center, Budapest, Hungary.

[7] Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg Denmark.

[8] Department of Physiotherapy and Occupational Therapy, Aalborg University Hospital, Denmark.

[9] Department of Health Science and Technology, Aalborg University, Aalborg, Denmark.

[10] Department of Physiotherapy, University College of Northern Denmark, Aalborg, Denmark.

[11] IRCCS Ospedale Galeazzi-Sant'Ambrogio, Milan, Italy.

[12] Research & Development Department, SYNYO GmbH, Vienna, Austria.

Líderes del volumen: Thorvaldur Skuli Palsson[7,8], Steffan Wittrup McPhee Christensen[9,10].

Digi4MSK — Proyecto Erasmus+ n.º **101111708**

Dirigido por la **Universidad San Jorge (España)** con los socios: **SYNYO (Austria), Federación Europea del Dolor (EFIC®), Universidad de Aalborg (Dinamarca), Universidad de Limerick (Irlanda), VITECO e IRCCS Ospedale Galeazzi – Sant'Ambrogio (Italia), INP e Irudigital (España).**

Más información: **https://digi4msk.eu/es/**

© Febrero 2026. Digi4MSK. Licenciado bajo CC BY 4.0.
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/



doi: https://doi.org/10.54391/20.500.14888/2020



Digi4MSK - Financiado por la Unión Europea. Las opiniones y puntos de vista expresados solo comprometen a su(s) autor(es) y no reflejan necesariamente los de la Unión Europea o los de la Agencia Ejecutiva Europea de Educación y Cultura (EACEA). Ni la Unión Europea ni la EACEA pueden ser considerados responsables de ellos. ERASMUS-EDU- 2022-PIALL-INNO: Proyecto n.101111708

Descargo de responsabilidad:

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

Declaración de transparencia:

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

Versión traducida al español

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

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

Cofinanciado por la Unión Europea

Sinopsis

Digi4MSK es un proyecto Erasmus+ que desarrolla recursos de aprendizaje para mejorar la forma en que los profesionales comunican mensajes sobre salud musculoesquelética y aplican el automanejo basado en la evidencia con sus pacientes. Este recurso sintetiza investigaciones de alta calidad en orientaciones concisas y prácticas para la práctica clínica diaria. Cada volumen ofrece resúmenes estructurados, herramientas y ejemplos para apoyar la toma de decisiones compartida, la comunicación sensible a la alfabetización sanitaria y la atención segura y centrada en la persona en todas las afecciones musculoesqueléticas.

Estos materiales educativos gratuitos están diseñados para ser **utilizados y adaptados** por profesionales de la salud, educadores e investigadores de todo el mundo con fines de formación y educación clínica. Por favor, mantén la atribución adecuada al consorcio Digi4MSK e indica cualquier modificación. Para obtener información sobre las licencias y los usos permitidos, consulta la página «Créditos y licencias».

Los cuatro primeros volúmenes incluyen: los requisitos para la implementación del automanejo, los principios generales del automanejo, la exclusión de patologías graves en el dolor musculoesquelético y la evaluación de la preparación del paciente en términos de motivación y conocimientos sobre salud.

Volumen 1 — Introducción al automanejo en el dolor musculoesquelético

Este volumen ofrece una introducción general y basada en la evidencia del automanejo en el dolor musculoesquelético. Aclara las definiciones, los principios básicos y el papel del profesional sanitario, y describe las recomendaciones alineadas con las directrices. Las secciones prácticas abordan las barreras y los facilitadores comunes del automanejo, las habilidades para la resolución de problemas y la alfabetización sanitaria como piedra angular de una atención segura y centrada en la persona.

Palabras clave: automanejo, directrices clínicas, alfabetización sanitaria, atención centrada en la persona, barreras y facilitadores.

ÍNDICE

1. Introducción al automanejo del dolor musculoesquelético 5
1.1 Objetivos 5
1.2 Introducción: enmarcando el reto del automanejo del dolor musculoesquelético 5
1.3 La necesidad de una gestión personalizada de la salud musculoesquelético 6
1.3.1 ¿Qué es el automanejo? 9
1.3.2 Recomendaciones de automanejo en las guías clínicas 10
1.3.3 Principios del automanejo y el papel del profesional sanitario 11
1.3.4 ¿Por qué es importante el automanejo? 14
1.3.5 Alfabetización sanitaria: la clave para el automanejo 14
1.3.6 Desarrollo de habilidades para la resolución de problemas 15
1.4 El papel del profesional sanitario 15
1.4.1 Barreras y facilitadores del automanejo 17
1.5 Resumen de los mensajes clave 20
Referencias 21

Cofinanciado por la Unión Europea

1. Introducción al automanejo del dolor musculoesquelético

1.1 Objetivos

El objetivo general de este capítulo es presentar el concepto de automanejo del dolor musculoesquelético y describir los elementos esenciales necesarios para lograr un resultado favorable. El módulo se divide en varias subsecciones, cada una con resultados de aprendizaje bien definidos que, en conjunto, tienen como objetivo ayudar a:

- *Comprender el concepto de automanejo en el contexto del dolor musculoesquelético.*
- *Reconocer la importancia de dar poder a los pacientes para que adopten un papel activo en el manejo de su dolor.*
- *Identificar los componentes básicos del automanejo, la educación (alfabetización, creencias, habilidades), incluyendo el ejercicio y los cambios en el estilo de vida.*
- *Reconocer la importancia de adaptar las intervenciones de automanejo en función de la alfabetización sanitaria y la motivación del paciente.*

1.2 Introducción: enmarcando el reto del automanejo del dolor musculoesquelético

Las afecciones de dolor musculoesquelético, como el dolor de cuello y espalda, así como el dolor de hombro, cadera y rodilla, representan un desafío de salud mundial muy extendido (Barlow et al., 2002; Ferreira et al., 2023; Gill et al., 2023; Wu et al., 2024). Dado que hay pocas perspectivas de que esta carga se reduzca en un futuro próximo, existe la necesidad de explorar cómo se pueden tratar de forma más eficaz estas afecciones (Ferreira et al., 2023; Gill et al., 2023; Wu et al., 2024). Las afecciones de dolor musculoesquelético no solo afectan al funcionamiento físico, sino que también se encuentran entre las principales causas de discapacidad, lo que puede tener efectos perjudiciales para la calidad de vida (Cohen et al., 2021; Ferreira et al., 2023; Gill et al., 2023; Kawai et al., 2017; Lynch et al., 2008; Wu et al., 2024). Además, el impacto negativo del dolor musculoesquelético suele verse agravado por su coexistencia con otras afecciones crónicas, denominadas colectivamente como multimorbilidad (Chowdhury et al., 2023; Skou et al., 2022).

La multimorbilidad afecta aproximadamente a un tercio de la población adulta y representa uno de los retos más acuciantes para los sistemas sanitarios modernos (Chowdhury et al., 2023; Pearson-Stuttard et al., 2019; Skou et al., 2022). El manejo de la multimorbilidad sigue siendo un reto clínico, ya que los profesionales sanitarios deben tratar una afección y, al mismo tiempo, tener en cuenta su interacción con otras afecciones, lo que añade complejidad a la atención sanitaria (Kawai et al., 2017; Skou et al., 2022). Más allá de los retos clínicos , la multimorbilidad también tiene consecuencias importantes a nivel social y económico, como el aumento del uso de los servicios sanitarios, el absentismo laboral y una mayor presión sobre los sistemas de salud (Kawai et al., 2017; Skou et al., 2022). A pesar de los avances en la atención médica, los modelos tradicionales de atención sanitaria impulsados por los proveedores de esta a menudo no satisfacen las necesidades multifacéticas de los pacientes con dolor musculoesquelético, especialmente cuando existe multimorbilidad. El papel pasivo que tradicionalmente se asigna a los pacientes en muchos sistemas sanitarios subraya aún más la necesidad de un enfoque más sostenible y centrado en el paciente (Buchbinder et al., 2018; Kamper et al., 2020; Lin et al., 2020; Skou et al., 2022).

En conjunto, estos puntos ponen de relieve la necesidad de centrarse más en capacitar a las personas con afecciones musculoesqueléticas, incluidas aquellas que sufren dolor, para que puedan controlar mejor dichas afecciones. En otras palabras, optimizar el automanejo debe ser una prioridad.

1.3 La necesidad de una gestión personalizada de la salud musculoesquelética

¿Qué es la salud musculoesquelética?

La salud musculoesquelética es un componente fundamental del bienestar general, ya que sustenta la movilidad, la función física y la calidad de vida. Desde lesiones agudas hasta afecciones crónicas, los trastornos musculoesqueléticos afectan a millones de personas en todo el mundo y suponen una carga considerable para la población. Ofrecer una atención personalizada en la gestión de la salud musculoesquelética es esencial para abordar las diversas necesidades de las personas, mejorar los resultados y aumentar la calidad de vida.

¿Por qué es fundamental la atención personalizada?

El tratamiento eficaz de las afecciones musculoesquelética requiere algo más que planes de tratamiento estandarizados. La atención personalizada reconoce la interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan los resultados de salud.

Los trastornos musculoesqueléticos se presentan de forma diferente en cada paciente, dependiendo de la edad, la genética, la salud física, el estilo de vida y las experiencias vividas. La personalización garantiza que las intervenciones se adapten a los síntomas, capacidades, objetivos y preferencias específicos del paciente, lo que mejora el cumplimiento y los resultados de salud. La atención individualizada también fomenta el empoderamiento y la autoeficacia del paciente, lo que aumenta su motivación y compromiso con su propio proceso de salud. Por ejemplo, un trabajador de oficina sedentario con dolor lumbar puede beneficiarse de ejercicios y estrategias específicos para aumentar el movimiento durante las horas de trabajo, lo que le permite gestionar el tiempo prolongado que pasa sentado en su escritorio. Por el contrario, un joven deportista con la misma afección puede necesitar un plan de rehabilitación específico para el deporte, centrado en movimientos relacionados con el rendimiento. Estos casos ponen de relieve la importancia del contexto a la hora de diseñar un tratamiento eficaz y lograr los resultados deseados.

Factores biopsicosociales y cómo varían de una persona a otra

Comprender el alcance completo del **modelo biopsicosocial**, un modelo integrador que tiene en cuenta factores biológicos, psicológicos y sociales para comprender la salud, la enfermedad y la atención al paciente, es esencial para personalizar la atención y reconocer la amplia gama de factores que pueden contribuir a los síntomas que presenta el paciente. **Los factores biológicos**, como la edad, el peso, el sexo y las comorbilidades (por ejemplo, diabetes, enfermedades cardiovasculares), pueden influir en la progresión de la enfermedad y en la respuesta al tratamiento. Las limitaciones físicas o los niveles de forma física determinan aún más la viabilidad y la aceptación de ejercicios o terapias específicos. **Los factores psicológicos,** incluidas las creencias sobre el dolor, la motivación para participar en la atención y el estado de salud mental, también afectan al cumplimiento del tratamiento. Es importante identificar las barreras cognitivas, como la kinesiofobia y el comportamiento de miedo-evitación, ya que pueden exacerbar la discapacidad y dificultar la recuperación, independientemente de las barreras físicas o sociales. Por último, **factores sociales** como el acceso a la atención sanitaria, el apoyo familiar o comunitario y el equilibrio entre la vida laboral y personal, también influyen en la capacidad del paciente para seguir los planes de tratamiento. Las normas culturales y la situación socioeconómica probablemente determinen cómo los pacientes perciben y priorizan la salud musculoesquelética. Es importante destacar

que las intervenciones complejas están diseñadas para abordar factores biológicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, su eficacia depende del grado de flexibilidad individual dentro de estos ámbitos. Por ejemplo, mientras que algunos factores biológicos, como la genética, no se pueden cambiar, la forma física muscular se puede mejorar dentro de ciertos límites. Del mismo modo, se pueden desarrollar o reforzar rasgos psicológicos como la capacidad de afrontamiento y factores sociales como las relaciones de apoyo. El grado de esta flexibilidad varía entre las personas e influye en gran medida en el éxito general de una intervención.

Resumen de las diversas necesidades de los pacientes, incluyendo su estado de salud, creencias y factores relacionados con el estilo de vida. Un **enfoque personalizado** de la gestión de la salud musculoesquelética debe tener en cuenta el amplio espectro de necesidades de los pacientes, que pueden presentar síntomas que van desde leves y temporales hasta graves y crónicos y que requieren atención multidisciplinar:

- Es fundamental **abordar las creencias y actitudes**, incluyendo los conceptos erróneos sobre el dolor, el miedo al movimiento o los comportamientos de miedo-evitación, así como las estrategias de afrontamiento inadaptadas, como la dependencia excesiva de los medicamentos, ya que pueden dificultar la recuperación. Los profesionales sanitarios deben abordar estos factores mediante la educación, haciendo hincapié en los beneficios del movimiento y el automanejo, ya que esto es esencial para apoyar el progreso.
- **Comprender el estilo de vida y los niveles de actividad** también ayuda a definir las vías de atención. Por ejemplo, los pacientes muy activos, como los atletas, pueden necesitar una rehabilitación orientada al rendimiento, mientras que los pacientes sedentarios pueden beneficiarse de una planificación de la actividad incremental, la gestión de la carga y una progresión gradual. La **edad y la presencia de comorbilidades** de los pacientes también son factores importantes a tener en cuenta. Los pacientes más jóvenes suelen dar prioridad a una recuperación rápida para reincorporarse al trabajo o al deporte, mientras que los pacientes de más edad pueden dar prioridad al mantenimiento de la independencia y al control de múltiples enfermedades crónicas.

Por último, hay que tener en cuenta **las necesidades de supervisión**. Los pacientes que requieren un alto nivel de apoyo pueden beneficiarse de consultas presenciales frecuentes, mientras que aquellos con menores necesidades de supervisión pueden ser tratados de forma

más eficaz mediante planes de automanejo sólidos, que incluyan instrucciones claras, ayudas visuales y seguimiento. La gestión personalizada de la salud musculoesquelética garantiza que la atención se adapte a las circunstancias biológicas, psicológicas y sociales únicas de cada paciente. Este enfoque individualizado puede dar poder a los pacientes para que adopten un papel activo en su salud y logren mejoras significativas y duraderas en su afección.

1.3.1 ¿Qué es el automanejo?

La literatura ofrece numerosos ejemplos que demuestran que las personas que viven con dolor musculoesquelético pueden beneficiarse de aumentar su capacidad para gestionar su afección, lo que también se conoce comúnmente como estrategias de automanejo (Palsson et al., 2024). Estas estrategias abarcan una variedad de enfoques, incluida la educación impartida a través de materiales escritos (por ejemplo, folletos, prospectos, libros, páginas web y aplicaciones) y métodos verbales (por ejemplo, vídeos, teleconsultas y sesiones presenciales) (Palsson et al., 2024). Aunque el contenido de las intervenciones de automanejo varía entre los estudios, los elementos comunes incluyen la educación del paciente que incorpora estrategias para afrontar el dolor, ejercicio, dieta, medicación y otras modalidades de tratamiento, todas ellas coherentes con las guías de práctica clínica (Lin et al., 2020; Palsson et al., 2024). Dada esta diversidad, no es sorprendente que no haya un consenso sobre la definición de automanejo.

Las definiciones existentes convergen en la idea de que el automanejo representa un conjunto de habilidades que permiten a las personas con dolor musculoesquelético asumir un papel activo en el control de su afección para mejorar su función (Barlow et al., 2002; Jonkman et al., 2016). Sin embargo, algunas definiciones hacen hincapié en la independencia del paciente durante la implementación del automanejo, mientras que otras asumen un mayor grado de supervisión sanitaria. Una revisión reciente del automanejo en los trastornos musculoesqueléticos dolorosos de las extremidades definió la intervención de automanejo como aquella en la que la mayoría de las acciones son realizadas por el paciente, sin la supervisión de un profesional sanitario (Christensen et al., 2025). Si bien esta definición puede ser útil como parámetro de búsqueda en las revisiones bibliográficas, no ofrece una orientación clara para la aplicación clínica. En vista de ello, es necesario examinar las recomendaciones prácticas. Hasta que se alcance un consenso sobre la definición, el proyecto Digi4MSK ha adoptado dos categorías de trabajo: automanejo con alta y baja supervisión, respectivamente.

La supervisión alta se define como un plan caracterizado por un seguimiento y un asesoramiento estrechos (por ejemplo, revisiones frecuentes, establecimiento de objetivos dirigido por el profesional sanitario, comentarios directos sobre el ritmo, la gestión de la carga y los planes para los brotes), con apoyo profesional fácilmente disponible para resolver los obstáculos. El éxito se evidencia en la transferencia progresiva de las decisiones (qué probar, cuándo avanzar o retroceder) del profesional sanitario al paciente. Del mismo modo, **la baja supervisión** se define como un plan con revisiones programadas poco frecuentes (por ejemplo, basadas en hitos), captura de datos impulsada por el paciente (registros de síntomas/funciones) y protocolos de autoajuste (por ejemplo, reglas preacordadas para el ritmo y la carga). El papel del profesional sanitario es principalmente el de facilitador/entrenador, garantizando la seguridad, la alineación con las guías clínicas y la reformulación de los problemas cuando sea necesario.

1.3.2 Recomendaciones de automanejo en las guías clínicas

El objetivo de una estrategia de automanejo para las personas con dolor musculoesquelético es aumentar sus conocimientos, habilidades y confianza en el manejo de su afección, mejorando así su calidad de vida (Babatunde et al., 2017; Lin et al., 2020; Lorig & Holman, 2003; Palsson et al., 2024). Aunque, como se ha señalado antes, actualmente no existe un consenso sobre la definición de automanejo, se pueden identificar elementos comunes en las recomendaciones clínicas (Babatunde et al., 2017; Lin et al., 2020; Lorig & Holman, 2003; Palsson et al., 2024). Dos revisiones sistemáticas de las guías clínicas sobre el tratamiento del dolor musculoesquelético (Babatunde et al., 2017; Lin et al., 2020) , incidieron en el papel fundamental de la educación del paciente como parte del automanejo. Babatunde et al. (2017) destacaron que las recomendaciones de las guías clínicas describían los consejos y la educación sobre el automanejo como importantes para mejorar la comprensión de los pacientes sobre el dolor musculoesquelético, abordar las preocupaciones sobre su gravedad, apoyar la recuperación funcional y reducir la dependencia de los profesionales sanitarios, dando poder a los pacientes para que adopten un papel activo.

Si bien la literatura respalda claramente las estrategias de automanejo, aún no está claro cómo deben implementarse. Por ejemplo, Babatunde et al. (2017) recomiendan incluir estas técnicas, pero no especifican en qué deben consistir ni su implementación. Por lo tanto, para integrar eficazmente el automanejo en la atención del dolor musculoesquelético, es necesario comprender más profundamente sus principios clave.

1.3.3 Principios del automanejo y el papel del profesional sanitario

Aunque no es posible abarcar todos los aspectos de las estrategias de automanejo descritas en la literatura, se pueden destacar algunos principios clave. Se ha sugerido que la atención de las afecciones de dolor musculoesquelético proporcionada por los profesionales sanitarios debe centrarse en el paciente, adaptarse a sus necesidades e incorporar la toma de decisiones compartida (Lin et al., 2020; Palsson et al., 2024). Pero ¿cómo se pueden traducir estos principios en la práctica a la hora de aplicar estrategias de automanejo? Lorig y Holman (2003) propusieron que el automanejo se basa esencialmente en los problemas e identificaron cinco habilidades básicas que deben incorporarse al tratamiento del dolor:

1. **Resolución de problemas**: implica definir claramente un problema, idealmente tal y como lo percibe la persona que sufre dolor (por ejemplo, una postura o un movimiento incómodos), reformular los pensamientos inútiles, identificar los hábitos diarios (dieta, estilo de vida sedentario), experimentar y generar posibles soluciones, ponerlas en práctica y evaluar los resultados. Si bien algunas personas pueden lograrlo de forma independiente o con una mínima interferencia externa, otras pueden necesitar el apoyo de familiares o amigos, o la orientación de un profesional sanitario durante el proceso. Cuando se logra, el desarrollo de esta habilidad puede capacitar a las personas para que afronten los retos cotidianos (por ejemplo, los brotes) y adapten las estrategias según sea necesario. Los profesionales sanitarios pueden apoyar la resolución de problemas guiando a los pacientes a través de ejemplos de la vida real, fomentando el aprendizaje iterativo y reforzando su confianza para gestionar los retos de forma independiente. *Ejemplo:* un paciente con dolor lumbar, agravado por estar sentado durante mucho tiempo en el trabajo (más de 30 minutos), colabora con los profesionales sanitarios para identificar el problema y buscar soluciones (tal como probar diferentes posturas, levantarse con regularidad o hacer ejercicios de movilidad). Después de una semana, el paciente informa de que tiene menos rigidez y un mayor control de los síntomas.
2. **Toma de decisiones**: Esta habilidad se refiere a la interpretación de la información disponible, cómo utilizarla y reconocer sus implicaciones. En una situación ideal, se dispondría de conocimientos suficientes y adecuados para permitir una toma de decisiones eficaz; sin embargo, las personas a menudo necesitan tomar decisiones basadas en la información de que disponen y adaptarse a medida que aprenden más sobre su afección. Por ejemplo, esto podría incluir reconocer cuándo un ejercicio o una actividad específica es la causa de una exacerbación de los síntomas, aprender a distinguir entre las adaptaciones protectoras a las lesiones (por ejemplo, cojear después de un esguince de tobillo) y las maladaptativas, o decidir cuándo acudir a un profesional sanitario en lugar de gestionarlo de forma independiente. Del mismo modo, esto puede incluir la elección de ajustes en el

estilo de vida que sean relevantes o realistas para la afección. De esta manera, los pacientes aprenden a adaptarse y ajustar sus niveles de actividad y estilo de vida, por ejemplo, reduciendo la carga o el ritmo de las actividades, asegurando un sueño suficiente y optimizando la dieta. Los profesionales sanitarios pueden fomentar la toma de decisiones mediante una formación práctica basada en escenarios que refuerce la confianza del paciente en las decisiones **cotidianas** relacionadas con la afección. *Ejemplo:* un paciente desarrolla un dolor agudo en el hombro al final del rango de movimiento después de levantar pesas por encima de la cabeza. El profesional sanitario evalúa el contexto: no hay hinchazón, ni pérdida funcional, y el dolor es breve. Basándose en esto, se recomienda reducir temporalmente la carga y modificar el movimiento, en lugar de dejar de hacer ejercicio por completo. El paciente aprende a diferenciar entre las molestias aceptables y las señales de alerta.

3. **Utilización de recursos**: consiste en enseñar a los pacientes a encontrar y utilizar los recursos disponibles, incluidos los servicios comunitarios, los profesionales sanitarios y las herramientas digitales. Se fomenta la búsqueda activa de apoyo e información cuando sea necesario, y de otras múltiples fuentes cuando sea pertinente. Los profesionales sanitarios pueden apoyar esta iniciativa recomendando recursos fiables y accesibles, como información y herramientas en línea, mostrando su uso y animando a los pacientes a explorarlos y adoptarlos. *Ejemplo*: un paciente con dolor crónico de cuello se siente abrumado por los consejos contradictorios que encuentra en Internet. El profesional sanitario le recomienda dos recursos basados en la evidencia: una guía de práctica clínica sobre el dolor persistente y una aplicación de automanejo fiable con vídeos educativos breves. Se le muestra al paciente cómo utilizar estos recursos y se le anima a aplicar una estrategia. Por supuesto, puede encontrar más recursos en los materiales de Digi4MSK.
4. **Creación de una asociación entre el paciente y el proveedor**: Es importante que exista una comunicación y una colaboración eficaces entre los pacientes y los profesionales sanitarios. En las afecciones dolorosas crónicas, el papel del profesional sanitario como compañero de apoyo es fundamental para aplicar una estrategia de automanejo. El asesoramiento y el apoyo personalizados, la formación en comunicación y el hecho de garantizar que los pacientes se sientan escuchados y respetados durante las consultas pueden aumentar la motivación y mejorar los resultados de la rehabilitación. *Ejemplo:* un paciente se siente desanimado después de seguir un plan de tratamiento sin experimentar ninguna mejora. En lugar de prescribir nuevas instrucciones, el profesional sanitario reconoce el esfuerzo del paciente, valida su frustración y adapta el plan a las necesidades y preferencias actuales, reforzando la flexibilidad y la colaboración.

5. **Tomar medidas**: esta habilidad implica crear y llevar a cabo planes específicos y realistas a corto plazo. Estos deben centrarse en el comportamiento y estar diseñados para generar confianza a través de objetivos alcanzables. Un componente fundamental de este proceso es la personalización, en la que los pacientes aplican las habilidades aprendidas a sus circunstancias particulares. Los ejercicios de planificación de acciones, guiados por los comentarios de los profesionales sanitarios, ayudan a los pacientes a establecer dichos objetivos alcanzables centrados en la recuperación gradual de la función y a lograrlos con éxito, lo que refuerza su sensación de autoeficacia. Para algunos, esto también puede requerir modificaciones estructuradas en su estilo de vida, por ejemplo, mejorar la calidad del sueño y reducir el estrés. A modo de guía, se podría pedir al paciente que elabore un plan de acción para una tarea específica, sencilla y alcanzable, que luego se pueda poner en práctica y evaluar posteriormente. *Ejemplo:* un paciente con dolor generalizado y baja motivación que quiere mejorar su actividad física. Junto con el profesional sanitario, elabora un plan de acción de una semana: caminar 5 minutos después del desayuno, cinco días a la semana. El paciente realiza un seguimiento de su progreso utilizando un calendario y reflexiona sobre su energía y su dolor. La simplicidad y la especificidad de la tarea aumentan la adherencia y las posibilidades de éxito.

Aunque se describen por separado, estas habilidades son interdependientes y complementarias. Por ejemplo, la resolución de problemas puede requerir el uso de recursos para identificar soluciones, mientras que la toma de decisiones o la adopción de medidas dependen de la información disponible. El dominio de una habilidad suele reforzar las demás. Como se ha sugerido, una estrategia de automanejo debe centrarse en el paciente y adaptarse a sus necesidades individuales. El nivel de apoyo necesario varía: algunos pacientes pueden necesitar inicialmente un apoyo y una supervisión estrechos, que pueden reducirse a medida que desarrollan habilidades de automanejo más sólidas. Por lo tanto, las estrategias de automanejo podrían clasificarse como enfoques de alta y baja supervisión con el objetivo de reducir la dependencia de los profesionales sanitarios a lo largo del tiempo. En conjunto, el automanejo difiere de los modelos biomédicos tradicionales, que hacen hincapié principalmente en el diagnóstico y la cura, con el paciente en un papel pasivo. En cambio, el automanejo cambia el enfoque hacia el empoderamiento de los pacientes para que gestionen activamente su enfermedad en el día a día, independientemente de los profesionales sanitarios (Lorig y Holman, 2003; Palsson et al., 2024).

1.3.4 ¿Por qué es importante el automanejo?

En consonancia con la bibliografía, las estrategias de automanejo deben integrarse en la atención de las afecciones musculoesqueléticas (Babatunde et al., 2017; Lin et al., 2020; Lorig & Holman, 2003; Palsson et al., 2024). Una ventaja clave de la implementación de estrategias de automanejo, como se ha señalado anteriormente, es la reducción gradual de la dependencia de los profesionales sanitarios, lo que para algunos pacientes puede conducir a una independencia total. La bibliografía indica que, en la mayoría de los estudios, las estrategias de automanejo, ya sea como intervenciones independientes o en combinación con otros enfoques terapéuticos, producen resultados similares o mejores en términos de dolor, discapacidad y/o calidad de vida en comparación con las condiciones de control, como la atención habitual, el control de la lista de espera, los ejercicios supervisados, los ejercicios en grupo, telerehabilitación, tratamiento por fisioterapeutas, médicos generales o tratamiento ortopédico (Palsson et al., 2024). Teniendo en cuenta estos resultados, no es de extrañar que estas estrategias sean a menudo rentables (Boyers et al., 2013; Hernon et al., 2017). Sin embargo, los resultados contradictorios y la heterogeneidad entre los estudios dificultan las comparaciones directas (Hernon et al., 2017). En conjunto, la posibilidad de reducir la dependencia de los profesionales sanitarios y, al mismo tiempo, lograr resultados similares o mejores en comparación con los enfoques tradicionales, aliviando así la carga del sistema sanitario, hace que el mayor interés por la implementación de estrategias de automanejo sea una razón de peso para dar prioridad a su integración en la práctica clínica.

1.3.5 Alfabetización sanitaria: la clave para el automanejo

El concepto de **alfabetización sanitaria** se refiere a los conocimientos y habilidades que determinan la capacidad de una persona para comprender, evaluar y aplicar la información sanitaria (Nutbeam & Kickbusch, 1998). Un principio fundamental de Digi4SMK y sus cursos educativos es que un nivel adecuado de alfabetización sanitaria es esencial para la implementación exitosa del automanejo en pacientes con dolor musculoesquelético. Este principio concuerda con las investigaciones que indican que una alfabetización sanitaria adecuada es un requisito previo para comportamientos saludables (Visscher et al., 2018) , como los que se incluyen en el automanejo adecuado de las enfermedades crónicas (Olesen 2017). Dada la naturaleza persistente de muchas afecciones de dolor musculoesquelético, no es de extrañar que los bajos niveles de alfabetización sanitaria se hayan asociado con una peor función física en personas con dolor musculoesquelético (Lacey 2018). Los capítulos 4 y 5 están dedicados a la evaluación y la mejora de los conocimientos sobre salud musculoesquelética, reconociéndolos como un requisito previo para el automanejo con poca supervisión.

Cofinanciado por la Unión Europea

1.3.6 Desarrollo de habilidades para la resolución de problemas

Sobre la base de lo anterior, la colaboración con los profesionales sanitarios, la identificación y el uso de información fiable y personalizada pueden ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, lo que les permite gestionar su enfermedad de forma más independiente. Scholz et al. (Scholz et al., 2024) y Moman et al. (Moman et al., 2019) descubrieron que las intervenciones digitales de automanejo proporcionan habilidades esenciales para abordar los episodios de dolor y desarrollar la resiliencia psicológica. Los programas que se centran en mejorar la autoeficacia y reducir los comportamientos de evitación por miedo a través de la educación y las herramientas de salud móviles son especialmente eficaces (Nicholl et al., 2017). A continuación, se describen tres ejemplos de desarrollo de habilidades:

1. **Identificar y cuestionar los pensamientos negativos**: Los pacientes aprenden a replantearse, identificar y cuestionar los pensamientos negativos sobre el dolor, por ejemplo, sustituyendo pensamientos negativos como *«Este dolor de espalda al moverme significa que me estoy dañando la* espalda» por interpretaciones más precisas y constructivas, como *«Este brote es incómodo, pero no significa que haya un daño grave*».
2. **Regular las actividades diarias:** los pacientes adquieren la habilidad de equilibrar la actividad y el descanso. Esta competencia ayuda evitando tanto el esfuerzo excesivo como la inactividad prolongada, manteniendo así la función y previniendo los ciclos de actividad «boom-and-bust».
3. **Buscar y aplicar información sanitaria fiable:** los pacientes desarrollan la capacidad de localizar, evaluar y aplicar información sanitaria fiable, por ejemplo, utilizando sitios web fiables o aplicaciones, como la herramienta Digi4MSK "actividad", para obtener orientación sobre ejercicios adecuados o estrategias de estilo de vida, en lugar de confiar en fuentes no verificadas, como las redes sociales o los tratamientos pasivos.

1.4 El papel del profesional sanitario

Tradicionalmente, los profesionales sanitarios han sido formados para centrarse en identificar problemas que pueden "solucionarse", como la debilidad muscular o la mala postura, ayudando así a los pacientes a reducir su discapacidad. Sin embargo, este enfoque prescriptivo tiene un valor limitado en el contexto del automanejo. En su lugar, los profesionales deben emplear herramientas que faciliten **el cambio de comportamiento** (Linton et al., 2024).

Mientras que los episodios agudos de dolor suelen resolverse en cuestión de días o semanas (de Campos et al., 2023) , el dolor que persiste durante 3-6 meses parece seguir una trayectoria más estable (Artus et al., 2010; Glette et al., 2020). En consecuencia, las estrategias de gestión también deben cambiar, haciendo mayor hincapié en aquellas que den poder a los pacientes para que puedan gestionar su dolor y/o discapacidades y así poder seguir participando en el trabajo y otras actividades diarias. Para cumplir esta función, los profesionales sanitarios deben ir más allá de simplemente conocer las recomendaciones y transmitirlas a los pacientes. El enfoque debe centrarse en proporcionar oportunidades para que los pacientes practiquen, fracasen y adapten estrategias hasta que se conviertan en las suyas propias (Kent et al., 2023).

Las competencias clave para los profesionales sanitarios incluyen la capacidad de comprender y aplicar las habilidades de comunicación pertinentes, y de crear una explicación coherente y significativa para el paciente, es decir, ayudar al paciente a comprender *por qué le duele* y, a continuación, estructurar la terapia (apoyo) en torno a esta narrativa. Desarrollar narrativas significativas no es tan sencillo como se creía. Se han realizado muchos intentos para explicar el dolor a los pacientes utilizando narrativas genéricas basadas en principios establecidos de la ciencia básica (por ejemplo, la sensibilización central) o en las mejores prácticas clínicas (Djurtoft et al., 2024; Martínez-Calderón et al., 2023). Sin embargo, estos enfoques no han dado lugar a mejoras a largo plazo a nivel de grupo para las personas con dolor musculoesquelético crónico (Bülow et al., 2021). En cambio, las pruebas emergentes sugieren que las narrativas individualizadas, basadas en la propia historia del paciente, son más eficaces (Kent et al., 2023). Por lo tanto, escuchar atentamente, comprender y evaluar críticamente la historia de los pacientes de una manera que se perciba como solidaria, significativa y respetuosa es una habilidad profesional esencial. Durante el proceso de entrevista, el profesional debe esforzarse por comprender la perspectiva del paciente, por ejemplo, por qué cree que sigue sintiendo dolor, qué cree que lo ha causado, cómo él u otras personas podrían gestionarlo y qué teme que suceda si la situación no cambia (Kragting et al., 2024).

Los objetivos claros son otro elemento esencial dentro del automanejo. Juntos, el paciente y el profesional sanitario, deben establecer qué problema o problemas puede y quiere resolver el paciente, determinar las formas de alcanzar los objetivos fijados,

proporcionar un pronóstico o un calendario y, lo que es más importante, describir cómo puede el paciente medir si se han alcanzado estos objetivos (Kent et al., 2023). La reducción del dolor o su alivio completo son objetivos comunes de los pacientes. Sin embargo, los profesionales deben evaluar continuamente si dichos objetivos son realistas y alcanzables. Un marco útil para establecer objetivos adecuados es el SMART (específico, medible, alcanzable, relevante y con un plazo determinado) (Gregersen et al., 2024). Definir objetivos alcanzables puede ser un reto. En primer lugar, la experiencia vivida del dolor puede verse empañada por los contrastes en la calidad de vida antes y ahora (es decir, puede ser muy difícil aceptar la separación entre la intensidad del dolor y la calidad de vida porque se sienten inseparables). Esto contrasta con nuestra comprensión contemporánea de las afecciones de dolor crónico: no tenemos cura, pero para muchos es posible llevar una vida normal a pesar del dolor (episodios recurrentes). En segundo lugar, incluso si los pacientes aceptan estas limitaciones, es posible que no estén dispuestos a renunciar a objetivos a largo plazo, como la ausencia de dolor, o que pierdan la esperanza y visualicen un futuro dominado por la discapacidad, la desesperación y la estigmatización. Esto no significa que los profesionales deban ignorar las frustraciones de los pacientes diciéndoles simplemente que "vivan con su dolor". En cambio, deben escuchar con empatía, reconocer las frustraciones y ayudar a los pacientes a reconceptualizar lo que significa su dolor (Linton et al., 2024). Los profesionales sanitarios pueden utilizar técnicas con base psicológica, como la psicoeducación, la determinación de valores y la formulación de problemas, para facilitar este proceso (Vase et al., 2025).

En resumen, los profesionales sanitarios deben tener un conocimiento profundo de los factores de riesgo, el pronóstico, las opciones de tratamiento y su eficacia, así como la capacidad de aplicar estos conocimientos a la historia particular de cada paciente, proporcionando así una orientación individualizada, significativa y constructiva.

1.4.1 Barreras y facilitadores del automanejo

La tabla 1 (barreras) y la tabla 2 (facilitadores) proporcionan ejemplos de factores que pueden apoyar o dificultar la colaboración entre el profesional y el paciente en la implementación del automanejo. Ser consciente de las posibles barreras y facilitadores, y reconocer sus signos, puede ser útil en la práctica diaria.

Tabla 1: Barreras para la implementación del automanejo

Barreras	Ejemplos	
	En el ámbito profesional	**Dentro del paciente**
Lagunas de conocimiento	• Incapacidad para comprender las diferencias entre el dolor agudo y el crónico, y cómo este último afecta al individuo.	• Creencia de que todo dolor tiene una única causa y que el tratamiento adecuado puede curar todo dolor. • Desconocimiento de la influencia de los factores contextuales y del estilo de vida, y de su papel en el éxito del tratamiento.
Lagunas en las habilidades	• Incapacidad para establecer (o desconocimiento de la importancia de) una alianza terapéutica. • Incapacidad para apoyar al paciente (por ejemplo, proporcionarle motivación, esperanza o consuelo). • Incapacidad para descartar patologías o lesiones.	• Incapacidad para explicar cómo experimentan el dolor o lo que sienten, por ejemplo, incapacidad para separar lo que el dolor le hace a la persona de lo que creen que lo está causando. • Incapacidad para adherirse a un plan o comprometerse con un objetivo específico.
Incertidumbre	• Incapacidad para comenzar el tratamiento hasta que se haya establecido la causa del dolor. • Incapacidad para crear estrategias de tratamiento basadas en la probabilidad y en tratamientos basados en la evidencia.	• Sentimiento de incertidumbre sobre las intenciones del profesional (por ejemplo, «¿merezco su tiempo?» o «¿sabe realmente cuál es mi problema?»).
Falta de experiencia	• Sin experiencia en el seguimiento y tratamiento a largo plazo de dolencias musculoesqueléticas crónicas.	• Experiencias nulas o infructuosas con el automanejo. • Desconfianza o desconocimiento de las soluciones de salud digital (eSalud).
Incapacidad para controlar los brotes de dolor	• Desconocimiento de las estrategias de automanejo o las intervenciones terapéuticas que pueden ayudar al paciente durante los brotes.	• Preocupación por el dolor relacionado con la incapacidad de controlar los brotes (por ejemplo, evitar el movimiento o el trabajo por miedo a que el dolor se vuelva incontrolable).
Agotamiento de recursos	• No disponer de tiempo suficiente para escuchar al paciente y establecer una buena relación con él. • Realizar entrevistas al final del día, cuando la atención puede haber disminuido.	• Sentirse agotado e incapaz de realizar cambios en su vida (por ejemplo, debido a la falta de sueño, la inestabilidad financiera, el dolor o la preocupación).

Cofinanciado por la Unión Europea

Tabla 2: Facilitadores para la implementación del automanejo

Facilitadores	Ejemplos	
	Dentro del ámbito profesional	**Dentro del paciente**
Experiencia	• Sentirse competente para detener o reducir evaluaciones innecesarias (por ejemplo, exploraciones), tratamientos perjudiciales o no recomendados (por ejemplo, cirugía o medicamentos basados en opioides para el dolor lumbar) o tratamientos ineficaces (es decir, tratamientos que pueden funcionar para algunos, pero que han demostrado ser ineficaces para este paciente). • Tener suficiente experiencia con el dolor crónico para saber que los brotes son temporales y ser capaz de apoyar al paciente y ayudarle a no perder la esperanza.	• Tener experiencia con el dolor (por ejemplo, comprender su naturaleza fluctuante o que el dolor puede cambiar sin motivo aparente, pero que suele volver al "nivel basal"). • Conocer la diferencia entre controlar los brotes agudos e implementar cambios de comportamiento para minimizar el impacto del dolor en la vida diaria.
Actividad física	• Ser capaz de apoyar al paciente en la elección de cualquier actividad física que pueda realizar regularmente sin provocar un brote de dolor. • Saber que la actividad física es importante y que, aunque no todo el mundo siente un alivio inmediato del dolor al realizarla, sigue siendo beneficiosa.	• Realizar actividad física con regularidad. • Comprender que la actividad física no siempre tiene que "sentirse bien" para ser beneficiosa. • Saber cuándo "retroceder" o cómo controlar el dolor durante o después de la actividad física.
Trabajo	• Comprender la importancia del trabajo como una "herramienta múltiple" que favorece las interacciones sociales, la estabilidad financiera, los beneficios personales y mucho más. • Incorporar consideraciones laborales en las estrategias de automanejo en situaciones laborales (así como en otras situaciones cotidianas). • Implementar el trabajo desde las etapas iniciales de la gestión.	• Ser capaz de trabajar a pesar del dolor. • Disponer de flexibilidad en el lugar de trabajo que permita el automanejo (por ejemplo, descansar durante la jornada). • Ser capaz de explicar qué les provoca el dolor, cómo lo gestionan y por qué/cuándo/cómo pueden mostrar su apoyo de la mejor manera posible otras personas (directivos, compañeros de trabajo).
Sueño	• Conocer estrategias para mejorar u optimizar el sueño. • Ser capaz de evaluar la influencia de un sueño deficiente frente a un sueño mejorado en la capacidad del paciente para participar en el automanejo.	• Ser consciente del papel que el sueño puede tener en su funcionamiento y/o dolor. • Ser capaz de dormir adecuadamente. • Contar con estrategias para mejorar u optimizar el sueño, si ello les ayuda a alcanzar sus objetivos.

Estrategias de cambio de comportamiento	• Ser capaz de identificar estrategias que el paciente haya utilizado anteriormente con éxito para cambiar su comportamiento. • Ser capaz de identificar estrategias infructuosas o intentos fallidos de cambiar el comportamiento. • Ser capaz de discutir los valores y el planteamiento del problema con el paciente.	• Ser consciente tanto de los intentos exitosos como de los fallidos para cambiar el comportamiento. • Comprender el potencial del cambio de comportamiento como medio para gestionar el impacto del dolor en aspectos específicos de la vida.
Confianza	• Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar el dolor (por ejemplo, permitir que el paciente pruebe diferentes actividades para establecer una base de referencia y sus limitaciones, al tiempo que se le proporciona el apoyo suficiente para que se sienta cómodo).	• Sentir confianza en el profesional (es decir, alianza terapéutica). • Sentirse cómodo al abordar los problemas en los planes de gestión, compartir los intentos fallidos para alcanzar los objetivos acordados y revelar factores personales (por ejemplo, preocupaciones).
Guías clínicas	• Conocer y cumplir las guías clínicas. • Ser capaz de identificar los tratamientos que no se basan en las guías clínicas (atención de bajo valor) y discutirlos de manera constructiva con el paciente y otros proveedores de atención médica. • Saber que algunos tratamientos se recomiendan en las guías clínicas porque suelen ser útiles, mientras que otros son inferiores a no recibir ningún tratamiento.	• Comprender y/o aceptar que es poco probable que el alivio del dolor a corto plazo cure el dolor crónico (aunque puede formar parte de un plan más amplio). • Comprender que el automanejo es esencial para el tratamiento contemporáneo del dolor crónico y que las habilidades de automanejo se pueden aprender y mejorar con el tiempo.

1.5 Resumen de los mensajes clave

- El automanejo puede definirse como un conjunto de habilidades y estrategias centradas en el paciente que permiten a las personas con dolor musculoesquelético desempeñar un papel activo en el tratamiento de su afección, incluyendo el afrontamiento, el estilo de vida y las decisiones sobre la atención sanitaria, con distintos niveles de supervisión sanitaria, con el objetivo de mejorar la función, la independencia y la calidad de vida.
- Las estrategias de automanejo deben estar dirigidas a las historias, experiencias y recursos individuales, y basarse en ellos.
- El éxito de su aplicación depende de una buena alianza terapéutica, una definición clara de los problemas que se pretenden abordar con la estrategia y el establecimiento de objetivos alcanzables.
- Se pueden identificar barreras y facilitadores tanto en el profesional como en el paciente y, lo ideal, es que se tengan en cuenta ambos a lo largo del periodo de tratamiento.

Cofinanciado por la Unión Europea

Referencias

Artus, M., van der Windt, D. A., Jordan, K. P., & Hay, E. M. (2010). Low back pain symptoms show a similar pattern of improvement following a wide range of primary care treatments: a systematic review of randomized clinical trials. *Rheumatology (Oxford)*, *49*(12), 2346-2356. https://doi.org/10.1093/rheumatology/keq245

Babatunde, O. O., Jordan, J. L., Van der Windt, D. A., Hill, J. C., Foster, N. E., & Protheroe, J. (2017). Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence. *PLoS One*, *12*(6), e0178621. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178621

Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns*, *48*(2), 177-187. https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00032-0

Boyers, D., McNamee, P., Clarke, A., Jones, D., Martin, D., Schofield, P., & Smith, B. H. (2013). Cost-effectiveness of self-management methods for the treatment of chronic pain in an aging adult population: a systematic review of the literature. *Clin J Pain*, *29*(4), 366-375. https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e318250f539

Buchbinder, R., van Tulder, M., Oberg, B., Costa, L. M., Woolf, A., Schoene, M., Croft, P., & Lancet Low Back Pain Series Working, G. (2018). Low back pain: a call for action. *Lancet*, *391*(10137), 2384-2388. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30488-4

Bülow, K., Lindberg, K., Vaegter, H. B., & Juhl, C. B. (2021). Effectiveness of Pain Neurophysiology Education on Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Med*, *22*(4), 891-904. https://doi.org/10.1093/pm/pnaa484

Chowdhury, S. R., Chandra Das, D., Sunna, T. C., Beyene, J., & Hossain, A. (2023). Global and regional prevalence of multimorbidity in the adult population in community settings: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, *57*, 101860. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101860

Christensen, S. W. M., Travers, M., Ingemann-Molden, S., & Palsson, T. (2025). The effectiveness of self-management strategies on pain, disaibility and health-related quality of life for patients with pain from the extremities - A systematic review. *(In process)*. https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD42024569340

Cohen, S. P., Vase, L., & Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*, *397*(10289), 2082-2097. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7

de Campos, T. F., da Silva, T. M., Maher, C. G., Pocovi, N. C., & Hancock, M. J. (2023). Prognosis of a new episode of low-back pain in a community inception cohort. *Eur J Pain*, *27*(5), 602-610. https://doi.org/10.1002/ejp.2083

Djurtoft, C., Bruun, M. K., Riel, H., Hoegh, M. S., Darlow, B., & Rathleff, M. S. (2024). How do we explain painful non-traumatic knee conditions to adolescents? A multiple-method study to develop credible explanations. *Eur J Pain*, *28*(4), 659-672. https://doi.org/10.1002/ejp.2210

Ferreira, M. L., de Luca, K., Haile, L. M., Steinmetz, J. D., Culbreth, G. T., Cross, M., Kopec, J. A., Ferreira, P. H., Blyth, F. M., Buchbinder, R., Hartvigsen, J., Wu, A.-M., Safiri, S., Woolf, A. D., Collins, G. S., Ong, K. L., Vollset, S. E., Smith, A. E., Cruz, J. A.,…March, L. M. (2023). Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*, *5*(6), e316-e329. https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00098-X

Gill, T. K., Mittinty, M. M., March, L. M., Steinmetz, J. D., Culbreth, G. T., Cross, M., Kopec, J. A., Woolf, A. D., Haile, L. M., Hagins, H., Ong, K. L., Kopansky-Giles, D. R., Dreinhoefer, K. E., Betteridge, N., Abbasian, M., Abbasifard, M., Abedi, k., Adesina, M. A., Aithala, J. P.,…Brooks, P. M. (2023). Global, regional, and national burden of other musculoskeletal disorders, 1990–2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*, *5*(11), e670-e682. https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00232-1

Glette, M., Stiles, T. C., Borchgrevink, P. C., & Landmark, T. (2020). The Natural Course of Chronic Pain in a General Population: Stability and Change in an Eight-Wave Longitudinal Study Over Four Years (the HUNT Pain Study). *J Pain*, *21*(5-6), 689-699. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.10.008

Gregersen, M. H. M., Nielsen, K. R., Lynge, N. H., Heiberg, B. D., Hartvigsen, J., Kawchuk, G., & Kongsted, A. (2024). Goal setting in people with low back pain attending an education and exercise program (GLA:D Back) and the impact of demographic factors. *BMC Musculoskelet Disord*, *25*(1), 339. https://doi.org/10.1186/s12891-024-07450-w

Hernon, M. J., Hall, A. M., O'Mahony, J. F., Normand, C., & Hurley, D. A. (2017). Systematic Review of Costs and Effects of Self-Management Interventions for Chronic Musculoskeletal Pain: Spotlight on Analytic Perspective and Outcomes Assessment. *Phys Ther*, *97*(10), 998-1019. https://doi.org/10.1093/ptj/pzx073

Jonkman, N. H., Schuurmans, M. J., Jaarsma, T., Shortridge-Baggett, L. M., Hoes, A. W., & Trappenburg, J. C. (2016). Self-management interventions: Proposal and validation of a new operational definition. *J Clin Epidemiol*, *80*, 34-42. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.08.001

Kamper, S. J., Logan, G., Copsey, B., Thompson, J., Machado, G. C., Abdel-Shaheed, C., Williams, C. M., Maher, C. G., & Hall, A. M. (2020). What is usual care for low back pain? A systematic review of health care provided to patients with low back pain in family practice and emergency departments. *Pain*, *161*(4), 694-702. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001751

Kawai, K., Kawai, A. T., Wollan, P., & Yawn, B. P. (2017). Adverse impacts of chronic pain on health-related quality of life, work productivity, depression and anxiety in a community-based study. *Fam Pract*, *34*(6), 656-661. https://doi.org/10.1093/fampra/cmx034

Kent, P., Haines, T., O'Sullivan, P., Smith, A., Campbell, A., Schutze, R., Attwell, S., Caneiro, J. P., Laird, R., O'Sullivan, K., McGregor, A., Hartvigsen, J., Lee, D. A., Vickery, A., & Hancock, M. (2023). Cognitive functional therapy with or without movement sensor biofeedback versus usual care for chronic, disabling low back pain (RESTORE): a randomised, controlled, three-arm, parallel group, phase 3, clinical trial. *Lancet*, *401*(10391), 1866-1877. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)00441-5

Kragting, M., Pool-Goudzwaard, A. L., Coppieters, M. W., O'Sullivan, P. B., & Voogt, L. (2024). Illness perceptions in people with chronic and disabling non-specific neck pain seeking primary healthcare: a qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord*, *25*(1), 179. https://doi.org/10.1186/s12891-024-07302-7

Lacey, R. J., Campbell, P., Lewis, M., & Protheroe, J. (2018). The Impact of Inadequate Health Literacy in a Population with Musculoskeletal Pain. *Health Lit Res Pract*, *2*(4), e215-e220. https://doi.org/10.3928/24748307-20181101-01

Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., Straker, L., Maher, C. G., & O'Sullivan, P. P. B. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med*, *54*(2), 79-86. https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878

Linton, S. J., O'Sullivan, P. B., Zetterberg, H. E., & Vlaeyen, J. W. S. (2024). The "future" pain clinician: Competencies needed to provide psychologically informed care. *Scand J Pain*, *24*(1). https://doi.org/10.1515/sjpain-2024-0017

Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*, *26*(1), 1-7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01

Lynch, M. E., Campbell, F., Clark, A. J., Dunbar, M. J., Goldstein, D., Peng, P., Stinson, J., & Tupper, H. (2008). A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. *Pain*, *136*(1-2), 97-116. https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.06.018

Martinez-Calderon, J., Ho, E. K., Ferreira, P. H., Garcia-Muñoz, C., Villar-Alises, O., & Matias-Soto, J. (2023). A Call for Improving Research on Pain Neuroscience Education and Chronic Pain: An Overview of Systematic Reviews. *J Orthop Sports Phys Ther*, *53*(6), 353–368. https://doi.org/10.2519/jospt.2023.11833

Moman, R. N., Dvorkin, J., Pollard, E. M., Wanderman, R., Murad, M. H., Warner, D. O., & Hooten, W. M. (2019). A Systematic Review and Meta-analysis of Unguided Electronic and Mobile Health Technologies for Chronic Pain-Is It Time to Start Prescribing Electronic Health Applications? *Pain Med*, *20*(11), 2238-2255. https://doi.org/10.1093/pm/pnz164

Nicholl, B. I., Sandal, L. F., Stochkendahl, M. J., McCallum, M., Suresh, N., Vasseljen, O., Hartvigsen, J., Mork, P. J., Kjaer, P., Søgaard, K., & Mair, F. S. (2017). Digital Support Interventions for the Self-Management of Low Back Pain: A Systematic Review. *J Med Internet Res*, *19*(5), e179. https://doi.org/10.2196/jmir.7290

Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*, *13*(4), 349-364.

Olesen, K., AL, F. R., Joensen, L., Ridderstrale, M., Kayser, L., Maindal, H. T., Osborne, R. H., Skinner, T., & Willaing, I. (2017). Higher health literacy is associated with better glycemic control in adults with type 1 diabetes: a cohort study among 1399 Danes. *BMJ Open Diabetes Res Care*, *5*(1), e000437. https://doi.org/10.1136/bmjdrc-2017-000437

Palsson, T. S., Christensen, S. W. M., Bellosta-López, P., & Doménech-García, V. (2024). *Synthesis of current evidence on self-management for musculoskeletal painful disorders*. Digi4MSK. https://digi4msk.eu/wp-content/uploads/2024/10/Digi4MSK-D3.1_Synthesis-of-current-evidence-on-self-management-for-musculoskeletal-painful-disorders.pdf

Pearson-Stuttard, J., Ezzati, M., & Gregg, E. W. (2019). Multimorbidity-a defining challenge for health systems. *Lancet Public Health*, *4*(12), e599-e600. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30222-1

Scholz, C., Schmigalle, P., Plessen, C. Y., Liegl, G., Vajkoczy, P., Prasser, F., Rose, M., & Obbarius, A. (2024). The effect of self-management techniques on relevant outcomes in chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Pain*, *28*(4), 532-550. https://doi.org/10.1002/ejp.2221

Skou, S. T., Mair, F. S., Fortin, M., Guthrie, B., Nunes, B. P., Miranda, J. J., Boyd, C. M., Pati, S., Mtenga, S., & Smith, S. M. (2022). Multimorbidity. *Nat Rev Dis Primers*, *8*(1), 48. https://doi.org/10.1038/s41572-022-00376-4

Vase, L., Wager, T. D., & Eccleston, C. (2025). Opportunities for chronic pain self-management: core psychological principles and neurobiological underpinnings. *Lancet*, *405*(10491), 1781-1790. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(25)00404-0

Visscher, B. B., Steunenberg, B., Heijmans, M., Hofstede, J. M., Deville, W., van der Heide, I., & Rademakers, J. (2018). Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. *BMC Public Health*, *18*(1), 1414. https://doi.org/10.1186/s12889-018-6331-7

Wu, A.-M., Cross, M., Elliott, J. M., Culbreth, G. T., Haile, L. M., Steinmetz, J. D., Hagins, H., Kopec, J. A., Brooks, P. M., Woolf, A. D., Kopansky-Giles, D. R., Walton, D. M., Treleaven, J. M., Dreinhoefer, K. E., Betteridge, N., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, Z., Addo, I. Y., Adesina, M. A.,…March, L. M. (2024). Global, regional, and national burden of neck pain, 1990–2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*, *6*(3), e142-e155. https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00321-1

Digi4 MSK

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.