



ARTÍCULO ESPECIAL

Prescripción de actividad física y ejercicio físico en atención primaria: situación actual y retos de implementación



Antoni Morral^{a,b}, Jonathan Cazorla^c, Francesc Alòs^{a,b,d,e,*},
Jordi Puig-Torregrosa^{a,b}, Marta Buella Castell^{b,f} y Montserrat Romaguera^{b,g}

^a Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna-Universitat Ramon Llull, Barcelona, España

^b Grup d'Exercici Físic i Salut, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC), Barcelona, España

^c Equip d'Atenció Primària Sabadell Sud, Atenció Primària Metropolitana Nord, Institut Català de la Salut, Sabadell, Barcelona, España

^d Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), Barcelona, España

^e Centre d'Atenció Primària Passeig de Sant Joan, Gerència Territorial de Barcelona Muntanya-Dreta, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^f Centre d'Atenció Primària Concòrdia, Atenció Primària Metropolitana Nord, Institut Català de la Salut, Sabadell, Barcelona, España

^g Centre d'Atenció Primària de Sort, Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran, Institut Català de la Salut, Sort, Lleida, España

Recibido el 9 de mayo de 2025; aceptado el 10 de mayo de 2025

Disponible en Internet el 28 de junio de 2025

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Actividad física;
Prescripción de
ejercicio;
Adherencia
terapéutica;
Salud comunitaria

Resumen Este artículo analiza el estado actual de la prescripción de actividad física en atención primaria, identificando las barreras estructurales, profesionales y sociales que dificultan su implementación clínica. Aunque la evidencia sobre los beneficios del ejercicio físico en la prevención y tratamiento de múltiples enfermedades es sólida, su integración en la práctica diaria de los equipos de atención primaria sigue siendo limitada. El artículo revisa definiciones clave, directrices internacionales, factores que condicionan la adherencia terapéutica, y casos clínicos como cáncer, sarcopenia y dolor crónico. Se identifican oportunidades para mejorar la prescripción efectiva desde atención primaria mediante estrategias interdisciplinarias, herramientas tecnológicas, guías clínicas y formación continuada. La prescripción de actividad física debe evolucionar desde una recomendación genérica hacia una intervención estructurada, individualizada y sostenida, alineada con los objetivos de salud poblacional y la Agenda 2030. Transformar esta práctica es una necesidad urgente para abordar el creciente impacto del sedentarismo en nuestra sociedad.

© 2025 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fralos.bcn.ics@gencat.cat (F. Alòs).

KEYWORDS

Primary care;
Physical activity;
Exercise prescription;
Therapeutic
adherence;
Community health

Prescription of physical activity and physical exercise in primary care: Current situation and implementation challenges

Abstract This article analyzes the current state of physical activity prescription in primary care, identifying structural, professional, and social barriers that hinder its clinical implementation. Although evidence on the benefits of physical exercise in preventing and treating multiple pathologies is strong, its integration into the daily practice of primary care teams remains limited. The article reviews key definitions, international guidelines, factors influencing therapeutic adherence, and clinical cases such as cancer, sarcopenia, and chronic pain. Opportunities to improve effective physical activity prescription in primary care are identified, including interdisciplinary strategies, technological tools, clinical guidelines, and ongoing professional training. Physical activity prescription must evolve from a generic recommendation to a structured, individualized, and sustained intervention aligned with population health goals and the 2030 Agenda. Transforming this practice is an urgent need to address the growing impact of sedentary lifestyles in our society.

© 2025 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

“If exercise could be packed into a pill, it would be the single most widely prescribed and beneficial medicine in the nation” (Si el ejercicio pudiera empaquetarse en una pastilla, sería el medicamento más recetado y beneficioso del país)

Han pasado más de 3 décadas desde que el gerontólogo estadounidense Robert Butler (1927-2010) pronunciara esta frase y la evidencia científica sobre los beneficios preventivos y terapéuticos del ejercicio físico sigue aumentando exponencialmente. Prescribir ejercicio, al igual que prescribir un fármaco, requiere una dosis, una frecuencia de administración, una duración y un objetivo terapéutico¹.

Definiciones clave

Aunque las expresiones ejercicio y actividad física muchas veces son intercambiadas, es importante aclarar su significado. Actividad física es cualquier movimiento del cuerpo que ejercita los músculos y requiere más energía que el metabolismo basal en reposo. Puede llevarse a cabo en un entorno doméstico, laboral, en desplazamientos activos o en el tiempo libre, y no siempre es saludable. La OMS acuñó el término «health-enhancing physical activity» para definir cualquier forma de actividad física que beneficie la salud y la capacidad funcional sin daño o riesgo. Ejercicio es un tipo de actividad física en el que el movimiento corporal está planificado, estructurado, es repetitivo y se realiza con un objetivo relacionado con la mejora de la condición física. Por otro lado, el término deporte significa una actividad motriz que se desarrolla según un reglamento establecido y con carácter competitivo. Por tanto, deporte y ejercicio son subcategorías de actividad física y los 3 términos no deben usarse como sinónimos².

La actividad física es un comportamiento complejo que engloba una gran variedad de actividades, las cuales

pueden ser clasificadas según su intensidad como actividad suave (1,5-3 MET; por ejemplo, caminar lentamente u otras actividades que no generen un aumento sustancial de la frecuencia cardíaca o respiratoria), moderada (3-6 MET; incluye actividades como la jardinería, el baile o caminar a paso ligero) o de intensidad vigorosa (>6 MET; incluye actividades como nadar rápido o correr). La unidad metabólica de reposo o MET (por sus siglas en inglés, metabolic equivalent of task,) es una medida utilizada en fisiología del ejercicio para cuantificar la cantidad de energía que se consume durante diferentes actividades físicas y permite la comparación entre ellas. El MET es la unidad de medida del índice metabólico de energía que consume un individuo en situación de reposo (sedestación) y corresponde a 3,5 ml O₂/kg × min, que es el consumo mínimo de oxígeno que el organismo necesita para mantener sus constantes vitales.

El término inactividad física se utiliza para identificar a las personas que no realizan el nivel recomendado de actividad física regular. En los países con ingresos altos, el 36% de la población es inactiva³. Por otro lado, el sedentarismo se define como permanecer más de 6 h sentado o acostado (excepto cuando se duerme) al día. Aumentar los niveles de actividad física puede ayudar a mejorar la salud y el bienestar de las personas sedentarias, incluso si continúan viviendo estilos de vida sedentarios. Es urgente promover un nivel de actividad física que mejore la salud debido al aumento de la inactividad y el sedentarismo en nuestras sociedades. Factores como la edad o enfermedades crónicas asociadas representan un obstáculo para alcanzar esos niveles en algunos grupos de población. Una estrategia para revertir esta situación es la prescripción de actividad física en entornos sanitarios, especialmente en atención primaria (AP)⁴.

Por último, abordaremos el término «prescripción». La prescripción de calidad debe incluir todos los elementos necesarios para la ejecución correcta de la actividad física: tipo de ejercicio, intensidad, duración, número de repeticiones y de series, frecuencia, periodos de descanso,



Figura 1 Recomendaciones de actividad física y comportamiento sedentario de la OMS, 2020.

criterios de progresión, evolución, etc. No es suficiente «recomendar», es importante pautar «la dosis».

Los adultos deben realizar al menos 150-300 min de actividad física de intensidad moderada a la semana, o 75 min de actividad vigorosa a la semana, o entre 8.000 y 10.000 pasos al día. La actividad física se evalúa aplicando los principios FITT: F=frecuencia, I=intensidad, T=tiempo y T=tipo. La F denota la frecuencia con la que una persona está físicamente activa, la intensidad mide qué tan vigorosa es la actividad física, y el tiempo es la duración total de la actividad. El tipo de actividad física se refiere a si la actividad es aeróbica o anaeróbica (por ejemplo, correr suave o esprintar); también puede clasificarse en 3 dominios (por ejemplo, tiempo libre, transporte y actividades relacionadas con el trabajo o el hogar). La actividad física puede realizarse de muchas maneras: caminar, nadar, bailar, practicar cualquier deporte, yoga, actividades en el trabajo o realizar tareas domésticas. Todas las formas de actividad física proporcionan beneficios para la salud. Sin embargo, cuando la actividad física se practica de forma regular, con suficiente duración e intensidad, los beneficios son mayores.

En 2020, la OMS publicó nuevas directrices sobre la actividad física y el comportamiento sedentario (fig. 1). Las pautas recomiendan al menos 150-300 min de actividad física aeróbica de intensidad moderada; o al menos 75-150 min de actividad física aeróbica de intensidad vigorosa; o una combinación equivalente de actividad de intensidad moderada y vigorosa durante toda la semana para adultos (incluidos ancianos y embarazadas) y aquellas personas con discapacidad y/o enfermedades crónicas que no presenten contraindicaciones. En el caso de los niños y adolescentes (5-17 años), las directrices exigen más actividad. No obstante, realizar pequeñas cantidades de actividad física es mejor que nada⁵.

¿Qué beneficios aporta la actividad física?

Los beneficios de la actividad física en la salud y el bienestar de las personas están bien documentados (fig. 2). La actividad física acumulada a lo largo del día e integrada en la rutina diaria es una herramienta de promoción de la salud, prevención y control de muchas enfermedades. Caminar, ir en bicicleta, hacer actividades cotidianas de una manera activa, practicar algún deporte, hacer gimnasia o simplemente jugar reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, cáncer de mama y de colon, y demencia, como por ejemplo el Alzheimer. También contribuye a mantener el peso y, por tanto, ayuda a evitar el sobrepeso, la obesidad y la aparición de enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia. La práctica regular de actividad física aumenta la fuerza, la agilidad, la flexibilidad y la resistencia cardiovascular.

Reduce el riesgo de osteoporosis y caídas. Aumenta la esperanza y la calidad de vida. Las personas activas viven más años que las personas inactivas, tienen más autonomía para realizar las tareas de la vida diaria y mayor capacidad para enfrentarse a los retos cotidianos. La actividad física ayuda a disminuir el insomnio y otros trastornos del sueño, favorece las relaciones sociales y fomenta valores positivos. La práctica regular de actividad física ayuda a relacionarse con los demás. Realizar actividad física en grupo inculca valores positivos, como la constancia, la cooperación y el afán de superación. Ser una persona activa mejora el estado de ánimo, reduce el estrés y ayuda a combatir la ansiedad y la depresión. La práctica regular de actividad física mejora la memoria y la capacidad de aprendizaje. Los niños que realizan actividad física tienen un mejor rendimiento escolar⁶.

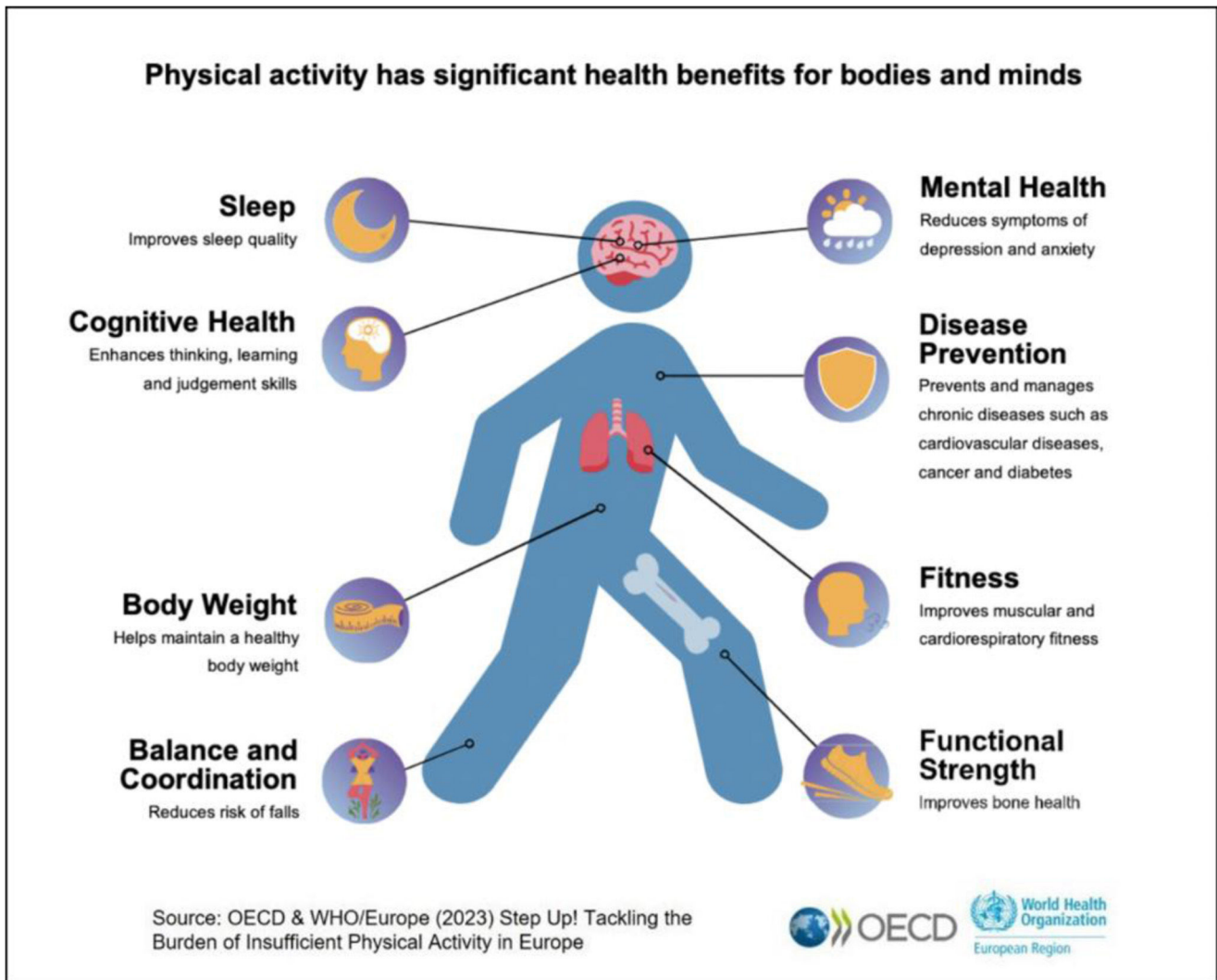


Figura 2 Beneficios de la actividad física en la salud.

Estado actual de la prescripción

Aunque la evidencia científica y las Guías de Práctica Clínica recomiendan el ejercicio para prevenir y tratar numerosas enfermedades, en la mayoría de los centros de AP de nuestro país existe una gran brecha entre el conocimiento de los beneficios de la prescripción de ejercicio físico y su implementación. Un estudio evaluó la autopercepción de enfermeros/as y médicos/as de AP para implementar la promoción de actividad física y la prescripción de ejercicio físico en los centros de AP de Madrid. El estudio concluye que los enfermeros/as y médicos/as de los centros de AP son conscientes de los beneficios de la actividad física, pero adolecen de falta de conocimiento y concienciación para colaborar con otros profesionales y utilizar los recursos comunitarios disponibles para prescribir ejercicio físico⁷.

En la misma línea, una revisión sistemática a partir de 40 estudios realizados en 17 países concluyó que la prescripción de actividad física en AP es baja y que se lleva a cabo con mayor frecuencia en personas con diabetes, hipertensión o sobrepeso/obesidad⁸.

A pesar de que la prescripción de ejercicio físico es un pilar fundamental en el abordaje preventivo y terapéutico de varias entidades clínicas, los profesionales de AP muestran resistencia a implementarla. Entre las barreras reportadas por los profesionales para la prescripción de actividad física o ejercicio, se han descrito las siguientes: falta de protocolos adecuados, falta de conocimiento y seguridad en sí mismos para la prescripción de ejercicio físico, deficiencias en las habilidades de asesoramiento, creencias sobre la baja efectividad e ineficiencia de la prescripción de ejercicio físico y tendencia a desconfiar de la capacidad de los pacientes para mantener cambios en el estilo de vida. En este sentido, muchos médicos/as y enfermeros/as consideran importante la motivación del paciente para realizar ejercicio físico y creen que la prescripción del ejercicio físico debe ser realizada por otros profesionales, como los fisioterapeutas. En consecuencia, a pesar de que los profesionales consideran importante aumentar los niveles de actividad física para mejorar la salud de la población, la prescripción de ejercicio físico no se está llevando a cabo en AP. El estudio RedExAP aborda estas barreras y propone

el desarrollo de una guía de práctica clínica para facilitar la prescripción de ejercicio en AP, destacando la colaboración transdisciplinar y la participación del paciente como elementos clave⁹.

Estos cambios redundarían en una mejor salud de la población y un mayor bienestar social, objetivo clave de la Agenda 2030, que se basa en los principios de sostenibilidad, equidad, inclusión y respeto a los derechos humanos, promoviendo la salud y el bienestar de la población, donde la promoción del ejercicio físico es un apoyo fundamental¹⁰.

Desafíos en la adherencia al ejercicio físico

La adherencia a un programa de actividad física es siempre un desafío. Para mejorar la adherencia de los pacientes a los programas de ejercicio físico, es fundamental considerar múltiples factores que influyen en esta. Se han propuesto muchas teorías y modelos desde diferentes disciplinas para explicar el fenómeno de la adherencia. Algunos autores han planteado la necesidad de una intervención psicológica paralela, además del programa de ejercicios, para ayudar en el cambio de comportamiento¹¹. Otros han propuesto aumentar la motivación de los participantes incidiendo en 3 necesidades psicológicas básicas: autonomía, competencia y relación. Siempre existen barreras y facilitadores. En personas que padecen hipertensión, la evidencia científica disponible muestra que el éxito en el diseño y la implementación de programas de actividad física depende de 3 factores: programas individualizados, apoyo social y motivación a partir de experiencias positivas¹².

Un estudio¹³ recopiló 55 revisiones sistemáticas e identificó 14 factores clave que influyen en la adherencia al ejercicio físico en pacientes con enfermedades crónicas (tabla 1).

Casos clínicos relevantes (cáncer, sarcopenia, dolor)

El ejercicio físico puede beneficiar a los pacientes de varias dolencias crónicas, especialmente en el contexto de una mayor esperanza de vida y la prevalencia de enfermedades como el cáncer, la sarcopenia y el dolor crónico.

Cáncer y ejercicio físico

Los avances recientes en la detección temprana y el tratamiento del cáncer han mejorado significativamente las tasas de supervivencia. En los países nórdicos, la supervivencia a 5 años para cánceres comunes como el de mama y próstata es aproximadamente del 90%. Otros cánceres muestran una supervivencia a 5 años superior al 60%¹⁴.

El ejercicio físico tiene múltiples beneficios para los pacientes oncológicos. Puede incorporarse incluso durante el tratamiento oncológico, con adaptaciones individuales basadas en la condición del paciente y bajo la supervisión adecuada.

Según las guías de la American Society of Clinical Oncology, el ejercicio aeróbico y de resistencia durante el tratamiento del cáncer mejora significativamente la aptitud cardiorrespiratoria y reduce síntomas como la fatiga.

Tabla 1 Factores clave para la adherencia al ejercicio físico en pacientes

N.º	Factor clave
1	Características, estructura y diseño del programa de ejercicio
2	Colaboración interdisciplinar entre profesionales
3	Supervisión regular por parte de profesionales de la salud
4	Uso de herramientas tecnológicas (apps móviles, etc.)
5	Exploración inicial de barreras y facilitadores (ej. horarios, cargas familiares)
6	Información clara sobre expectativas, riesgos y beneficios
7	Establecimiento de metas claras y alcanzables
8	Ejercicio agradable y ausencia de experiencias negativas
9	Facilitar integración del ejercicio en la vida diaria
10	Apoyo social de familiares y amigos
11	Provisión de información continua y retroalimentación
12	Monitorización y comunicación de progresos
13	Fomento de la confianza y percepción de competencia
14	Participación activa del paciente en su propio proceso

Además, el ejercicio ayuda a mantener la función física y la fuerza, y mejora la calidad de vida y el estado de ánimo de los pacientes.

Aunque la evidencia no es concluyente en cuanto a la mejora de las tasas de finalización de la quimioterapia o la reducción del riesgo de recurrencia o mortalidad del cáncer, los beneficios en la reducción de toxicidades del tratamiento y el apoyo general al bienestar del paciente son claros. La American Society of Clinical Oncology recomienda que el ejercicio se incorpore de manera rutinaria en el tratamiento de los adultos durante la terapia activa. Es importante destacar que los programas de ejercicio supervisados por profesionales han mostrado pocos eventos adversos, lo que demuestra que la implementación de estas intervenciones es segura y beneficiosa¹⁵.

Además de las recomendaciones de la American Society of Clinical Oncology, la evidencia a partir de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas respalda los beneficios del ejercicio físico en pacientes oncológicos. Un metaanálisis demostró que el ejercicio mejora significativamente la calidad de vida, reduce la fatiga, el insomnio y la disnea, y mejora la función física y social en pacientes con cáncer en estado avanzado¹⁶.

Asimismo, un ensayo clínico que incluyó pacientes con cáncer de mama metastásico mostró que un programa de ejercicio supervisado durante 9 meses resultó en una reducción significativa de la fatiga física y una mejora en la calidad de vida¹⁷.

Una revisión sistemática destaca que la terapia de ejercicio es efectiva para mejorar la ansiedad, la depresión, la fatiga, la función física y el linfedema secundario al cáncer de mama¹⁸.

En esa misma línea, la American Cancer Society recomienda la actividad física durante y después del tratamiento del cáncer para mejorar la ansiedad, la depresión, la función física y el linfedema¹⁹.

Sarcopenia y ejercicio físico

El ejercicio físico tiene múltiples beneficios en pacientes con sarcopenia, una condición caracterizada por la pérdida de masa muscular, fuerza y función física asociada al envejecimiento.

Los ejercicios de resistencia, como el entrenamiento con pesas, han demostrado ser efectivos para aumentar la fuerza muscular, incluyendo la fuerza de agarre en extremidad superior y la fuerza de extensión de rodilla. Aunque los efectos del ejercicio sobre la masa muscular pueden ser variables, algunos estudios han mostrado que el entrenamiento de resistencia puede aumentar la masa muscular y disminuir el porcentaje de grasa, especialmente cuando se combina con intervenciones nutricionales. El ejercicio, especialmente los programas que combinan resistencia, equilibrio y entrenamiento aeróbico, mejora significativamente la velocidad de la marcha, la movilidad funcional y la calidad de vida.

La evidencia científica disponible muestra que los programas de ejercicio supervisados y en grupo, que incluyen entrenamiento de resistencia y ejercicios multicomponentes, son altamente recomendados para la prevención y tratamiento de la sarcopenia en personas mayores de 60 años^{20,21}.

Dolor crónico y ejercicio físico

El dolor crónico es un reto sanitario y social que afecta a millones de personas en todo el mundo. El ejercicio físico es una intervención eficaz y segura para el tratamiento del dolor crónico. La eficacia aumenta si el ejercicio físico se combina con un programa de educación en neurociencia del dolor. La educación en neurociencia del dolor implica enseñar a los pacientes sobre la naturaleza biopsicosocial del dolor. El objetivo principal es re-conceptualizar la percepción del dolor como una experiencia menos amenazante, ayudando a los pacientes a entender que el dolor no siempre está relacionado con daño tisular. Los recursos pedagógicos son muy creativos y permiten entender conceptos complejos como sensibilización central, hiperalgesia y alodinia. Los pacientes modifican sus creencias sobre el dolor facilitando la adquisición de estrategias de afrontamiento activas. Esto incluye explicar como los pensamientos, emociones y experiencias pueden influir en la percepción del dolor²².

Añadir educación en neurociencia del dolor a un programa de ejercicio físico proporciona beneficios adicionales, mejorando la intensidad del dolor, la funcionalidad, la kinesiofobia (miedo al movimiento) y la catastrofización (tendencia a magnificar la amenaza del dolor), así como la calidad de vida de los pacientes. El ejercicio regular tam-

bién puede tener un impacto positivo en la salud mental de las personas que padecen dolor crónico: ayuda a reducir el estrés y la ansiedad, mejora la calidad del sueño y aumenta la sensación de bienestar general^{23,24}.

La elección del tipo de ejercicio debe basarse en las preferencias del paciente y la experiencia del terapeuta. Los tipos de ejercicios más efectivos para pacientes con dolor crónico incluyen: pilates, ejercicios de estabilización/control motor, ejercicios de resistencia, ejercicios de fuerza, ejercicios aeróbicos (como andar y nadar) y ejercicios cuerpo-mente (como por ejemplo, yoga y taichí)²⁵. Los ejercicios no son excluyentes y pueden combinarse. De hecho, no hay evidencia clara de superioridad de un tipo de ejercicio sobre otro cuando se comparan directamente los protocolos. En general, es crucial individualizar los programas de ejercicio, tener en cuenta las preferencias y considerar las características específicas de cada paciente, incluyendo la probable presencia de sensibilización central. La American Physical Therapy Association recomienda un enfoque progresivo y supervisado para evitar exacerbaciones del dolor²⁶.

El ejercicio físico tiene efectos beneficiosos en pacientes con fibromialgia y debería ser considerado como parte integral del tratamiento de esta dolencia. El ejercicio aeróbico, de resistencia y de estiramiento puede reducir el dolor, la depresión y mejorar la calidad de vida en estos pacientes^{27,28}. El entrenamiento de resistencia ha demostrado mejorar la función física, el dolor, la sensibilidad y la fuerza muscular en mujeres con fibromialgia. Además, el ejercicio mixto, que incluye componentes aeróbicos, de resistencia y de flexibilidad, también ha mostrado mejoras en la calidad de vida relacionada con la salud, la función física y la fatiga. En pacientes con fibromialgia, se aboga por ejercicios globales que combinen trabajo aeróbico, fuerza, flexibilidad, coordinación y técnicas de relajación, en 2 o 3 sesiones semanales de 50 min de duración y durante un periodo de 3 a 4 meses. Durante las sesiones es importante recordar los puntos clave aprendidos en las clases previas de educación en neurociencia del dolor; en especial, que el dolor no implica siempre lesión en los tejidos. Una vez finalizado el programa formal, es importante continuar con el ejercicio físico integrándolo en la vida cotidiana²⁹.

Un ensayo clínico aleatorizado, realizado en 12 centros de AP en España, evaluó un programa que combinaba educación en neurociencia del dolor y ejercicio físico en pacientes con dolor crónico en la columna vertebral. Los resultados mostraron mejoras significativas en la calidad de vida, el catastrofismo, la kinesiofobia, la sensibilización central, la discapacidad, la intensidad del dolor y los umbrales de dolor a la presión en comparación con el tratamiento fisioterapéutico habitual. Estas mejoras se mantuvieron a los 6 meses³⁰.

Otro estudio realizado en AP encontró que las reducciones en la kinesiofobia y el estrés relacionado con la sensibilización central en pacientes con dolor crónico fueron determinantes en la mejora de la discapacidad, la calidad de vida y el consumo de medicación a los 6 meses de seguimiento²⁴.

Estos estudios subrayan la importancia de integrar la educación en neurociencia del dolor y el ejercicio físico en AP para el manejo del dolor crónico, destacando mejoras tanto en aspectos físicos como psicológicos.

Conclusión

El ejercicio físico tiene beneficios significativos y comprobados en la prevención y tratamiento de diversas enfermedades, pero su prescripción en el ámbito de la AP sigue siendo limitada. Hay una gran brecha entre el conocimiento y su integración en la práctica clínica. Existen barreras que dificultan su implementación, como la falta de tiempo durante las consultas y la necesidad de formación adicional. La prescripción de actividad física necesita ser apoyada por Guías de Práctica Clínica y formación adecuada para los profesionales de la salud.

Financiación

Ninguna.

Consideraciones éticas

El artículo no ha conllevado la participación de personas o animales, motivo por el cual no se ha requerido obtener el consentimiento de un comité de ética.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Bibliografía

- Butler RN, Davis R, Lewis CB, Nelson ME, Strauss E. Physical fitness: Exercise prescription for older adults. 3. *Geriatrics*. 1998;53:45–6, 49–50, 52–4.
- Romaguera Bosch M, Santasusagna Terradas L, Morral Fernández A. Papel de la Atención Primaria en el manejo y prevención de lesiones frecuentes por disciplina deportiva. *AMF*. 2023;19:557–61.
- World Health Organization. Global status report on physical activity 2022. Geneva: WHO; 2022.
- Strain T, Flaxman S, Guthold R, Semenova E, Cowan M, Riley LM, et al., Country Data Author Group. National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: A pooled analysis of 507 population-based surveys with 5·7 million participants. *Lancet Glob Health*. 2024;12:e1232–43.
- OECD/WHO. Step up! Tackling the burden of insufficient physical activity in Europe. Paris: OECD Publishing; 2023 [consultado 10 Abr 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/500a9601-en>
- Generalitat de Catalunya. Canal Salut. Quins beneficis té l'activitat física? Barcelona: Gencat; 2024 [consultado 10 Abr 2025]. Disponible en: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/activitat-fisica/beneficis/>
- Calonge-Pascual S, Gómez MÁ, Belmonte-Cortés S, Casajús Mallén JA, González-Gross M, EXERNET Study Group. Analysis of Madrid Primary Health-Care staff for the implementation of exercise prescription. *Aten Primaria*. 2024;56:102946.
- Wattanapisit A, Lapmanee S, Chaovalit S, Lektip C, Chotsiri P. Prevalence of physical activity counseling in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Health Promot Perspect*. 2023;13:254–66.
- Saz-Lara A, Martínez Hortelano JA, Medrano M, Luengo-González R, Miguel MG, García-Sastre M, et al. Exercise prescription for the prevention and treatment of chronic diseases in primary care: Protocol of the RedExAP study. *PLoS One*. 2024;19, e0302652.
- United Nations. Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: UN; 2015.
- Spring B, Champion KE, Acabchuk R, Hennessy EA. Self-regulatory behaviour change techniques in interventions to promote healthy eating, physical activity, or weight loss: A meta-review. *Health Psychol Rev*. 2021;15:508–39.
- Li Q, Jiang J, Duan A, Hu J, Li L, Chen W. Physical activity experience of patients with hypertension: A systematic review and synthesis of qualitative literature. *BMC Public Health*. 2024;24:2826.
- Collado-Mateo D, Lavín-Pérez AM, Peñacoba C, del Coso J, Leyton-Román M, Luque-Casado A, et al. Key factors associated with adherence to physical exercise in patients with chronic diseases and older adults: An umbrella review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:2023.
- Hemminki J, Försti A, Hemminki A, Hemminki K. Survival trends in solid cancers in the Nordic countries through 50 years. *Eur J Cancer*. 2022;175:77–85.
- Ligibel JA, Bohlke K, Alfano CM. Exercise, diet, and weight management during cancer treatment: ASCO guideline summary and Q&A. *JCO Oncol Pract*. 2022;18:695–7.
- Chen YJ, Li XX, Ma HK, Zhang X, Wang BW, Guo TT, et al. Exercise training for improving patient-reported outcomes in patients with advanced-stage cancer: A systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage*. 2020;59:734–49.e10.
- Hiensch AE, Depenbusch J, Schmidt ME, Monnikhof EM, Pelaez M, Clauss D, et al. Supervised, structured and individualized exercise in metastatic breast cancer: A randomized controlled trial. *Nat Med*. 2024;30:2957–66.
- Baumann FT, Jensen W, Berling-Ernst A, Theurich S, Leitzmann M, Götte M. Exercise therapy in oncology—The impact on quality of life and side effects. *Dtsch Arztebl Int*. 2024;121:331–7.
- Rock CL, Thomson CA, Sullivan KR, Howe CL, Kushi LH, Caan BJ, et al. American Cancer Society nutrition and physical activity guideline for cancer survivors. *CA Cancer J Clin*. 2022;72:230–62.
- Shen Y, Shi Q, Nong K, Li S, Yue J, Huang J, et al. Exercise for sarcopenia in older people: A systematic review and network meta-analysis. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2023;14:1199–211.
- Geng Q, Zhai H, Wang L, Wei H, Hou S. The efficacy of different interventions in the treatment of sarcopenia in middle-aged and elderly people: A network meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102:e34254.
- Lorimer Moseley G, Leake HB, Beetsma AJ, Watson JA, Butler DS, van der Mee A, et al. Teaching patients about pain: The emergence of pain science education, its learning frameworks and delivery strategies. *J Pain*. 2024;25:104425.
- Siddall B, Ram A, Jones MD, Booth J, Perriman D, Summers SJ. Short-term impact of combining pain neuroscience education with exercise for chronic musculoskeletal pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2022;163:e20–30.
- Murillo C, Galán-Martín MÁ, Montero-Cuadrado F, Lluch E, Meeus M, Loh WW. Reductions in kinesophobia and distress after pain neuroscience education and exercise lead to favourable outcomes: A secondary mediation analysis of a randomized controlled trial in primary care. *Pain*. 2023;164:2296–305.
- Fernández-Rodríguez R, Álvarez-Bueno C, Cervero-Redondo I, Torres-Costoso A, Pozuelo-Carrascosa DP, Reina-Gutiérrez S, et al. Best exercise options for reducing pain and disability in adults with chronic low back pain: Pilates, strength, core-based, and mind-body. A network meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2022;52:505–21.

26. Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Malmivaara A, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;9:CD009790.
27. Rodríguez-Almagro D, del Moral-García M, López-Ruiz MC, Cortés-Pérez I, Obrero-Gaitán E, Lomas-Vega R. Optimal dose and type of exercise to reduce pain, anxiety and increase quality of life in patients with fibromyalgia. A systematic review with meta-analysis. *Front Physiol.* 2023;14:1170621.
28. Couto N, Monteiro D, Cid L, Bento T. Effect of different types of exercise in adult subjects with fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *Sci Rep.* 2022;12:10391.
29. Ferro Moura Franco K, Lenoir D, dos Santos Franco YR, Jandre Reis FJ, Nunes Cabral CM, Meeus M. Prescription of exercises for the treatment of chronic pain along the continuum of nociplastic pain: A systematic review with meta-analysis. *Eur J Pain.* 2021;25:51–70.
30. Galan-Martin MA, Montero-Cuadrado F, Lluch-Girbes E, Coca-López MC, Mayo-Iscar A, Cuesta-Vargas A. Pain neuroscience education and physical therapeutic exercise for patients with chronic spinal pain in Spanish physiotherapy primary care: A pragmatic randomized controlled trial. *J Clin Med.* 2020;9:1201.