

ORIGINAL

Análisis de la relación entre los conocimientos y el miedo-evitación del fisioterapeuta

Analysis of the relationship between fear-avoidance and the physiotherapist's knowledge

AUTORES:

Alba García Martínez¹, Arturo Such Sanz¹, Moisés Giménez Costa²

¹Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad Cardenal Herrera CEU. Valencia, España.

²Diputació de València. Valencia, España

CORRESPONDENCIA:

Arturo Such Sanz

arturosuchsan@gmail.com

RESUMEN:

Introducción: La kinesiofobia de los fisioterapeutas resulta en tratamientos más pasivos, que repercuten en el dolor y discapacidad del paciente. El objetivo del estudio es determinar si el nivel de conocimientos del fisioterapeuta se relaciona con su miedo-evitación. Los objetivos secundarios son estudiar la correlación entre experiencia clínica y experiencias previas de dolor del fisioterapeuta y su miedo-evitación, y analizar las diferencias entre sexos.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal. Se realizó una encuesta *online* (n = 573) compuesta de consentimiento informado, datos contextuales, cuestionario *Tampa Scale*

of Kinesiophobia (TSK-11) y cuestiones test de conocimientos en patología musculoesquelética.

Resultados: Se ha obtenido una correlación negativa significativa entre kinesiofobia y los conocimientos del fisioterapeuta, y correlaciones positivas entre kinesiofobia y experiencias previas de dolor, y entre kinesiofobia y experiencia clínica. Se observan mayores correlaciones en el caso de los hombres.

Discusión: La conclusión del estudio es que los conocimientos del fisioterapeuta son un factor que influye en su miedo al movimiento, y este en el abordaje del paciente. Más estudios serán necesarios para determinar qué ámbito de conocimiento se relaciona en mayor medida con el miedo a activar al paciente.

ABSTRACT:

Introduction: The effect kinesiophobia has on physiotherapists results in more passive treatments, having an impact on the patient's pain and disability. The aim of this study is to determine whether the physiotherapist's level of knowledge relates to its fear-avoidance. Secondary objectives are to study the correlation between clinical expertise and previous pain episodes, and its fear-avoidance, just as to discuss the differences among sexes.

Methods: An observational, cross-sectional, descriptive study has been conducted. An online survey has been carried out (n = 573), consisting of an informed consent, context data, the Tampa Scale of Kinesiophobia questionnaire (TSK-11) and multiple-choice questions on musculoskeletal pathology knowledge.

Results: A significant negative correlation was found between kinesiophobia and the knowledge of the physical therapist, and positive correlations between kinesiophobia and previous pain experience, and between kinesiophobia and clinical experience. Higher correlations were observed in the case of men.

Discussion: The study concluded that physiotherapist's level of knowledge is a factor that influences its fear of movement, and that, in turn, in the patient's management. Further investigation is required to determine which field of knowledge better relates to the fear of patient's activation.

Introducción

En la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) se reconoce la condición de salud como el resultado acumulativo de la salud biológica (dependiente de patología, desorden, enfermedad), influencias externas del entorno (físicas, sociales, económicas, políticas, etc.) e internas del individuo (edad, género, cultura, creencias, estrategias de afrontamiento, autoeficacia, etc.) Esta visión de la salud contrasta con el modelo biomédico, y pertenece a la corriente biopsicosocial.

El dolor es la causa del 50 % de las consultas en Atención Primaria en España (1). La misma definición actual del dolor de la *International Association for the Study of Pain* (IASP): “una sensación desagradable y experiencia emocional asociada con, o semejante a una asociada con, daño tisular actual o potencial” (2). Aspectos como la información comunicada al paciente, expectativas, experiencias previas, reputación del profesional o precio de la terapia, repercuten en la percepción del dolor (3). En 1995, se desarrolló el modelo del miedo-evitación que relacionaba la persistencia del dolor del paciente con el miedo al mismo dolor (4). Investigaciones posteriores relacionaron variables psicológicas con el comportamiento asociado al dolor del paciente (5,6). El miedo al dolor predice mejor la discapacidad asociada que el propio dolor (7). Un afrontamiento catastrofista conduce al miedo y la ansiedad por el dolor, y a la evitación del movimiento y actividad normal, lo que retroalimenta la experiencia de dolor (4). En la catastrofización influyen aspectos como la memoria de eventos pasados, las creencias o la cultura, y aspectos relacionados con la relación terapeuta-paciente, como el grado de confianza, los mensajes nocebo o el miedo-evitación del terapeuta en relación con el paciente (7). Pacientes guiados por un terapeuta con una puntuación alta en kinesiophobia levantan menos peso que guiados por uno con baja puntuación (8).

Las guías de práctica clínica (GPC) para el dolor lumbar recomiendan la activación del paciente y desaconsejan el reposo (9), pero las creencias del profesional influyen en el tiempo de reposo recomendado y en las indicaciones de actividad (10). Por ejemplo, terapeutas con una visión biomédica del dolor recomiendan en mayor medida el abandono de las actividades diarias, respecto a aquellos con un enfoque BPS (11).

RECIBIDO: 21 / julio / 2022

ACEPTADO: 16 / noviembre / 2022

DOI: 10.20986/mpj.2023.1036/2022

Palabras clave: Miedo-evitación, conocimientos, fisioterapeuta, relación terapéutica, kinesiophobia.

Key words: Fear-avoidance, knowledge, physical therapist, therapist-patient interaction, kinesiophobia.

Además, existe evidencia de la asociación entre las creencias y actitudes del fisioterapeuta y las de los pacientes. En este caso, cuando el clínico tiene miedo al dolor y evitación, el paciente lo percibe e incorpora a su sistema de creencias (4,12). Linton y cols., mediante una encuesta, observaron que los fisioterapeutas tenían cogniciones congruentes con el miedo a activar al paciente con dolor lumbar (13).

Este trabajo profundiza en las causas de la kinesiofobia del fisioterapeuta. La hipótesis del estudio fue que el nivel de conocimientos en patología y síndromes clínicos del fisioterapeuta influyen en su miedo al movimiento. Los objetivos secundarios fueron determinar si existe alguna correlación de los resultados con los años de experiencia, la experiencia de dolor y sexo del propio fisioterapeuta.

Métodos

Diseño de estudio

Este es un estudio correlacional transversal en el cual se realizó una encuesta a fisioterapeutas. El Comité de Ética para la Investigación Biomédica de la Universidad CEU-Cardenal Herrera aprobó la realización del estudio el 20 de diciembre de 2018.

Población y muestra

Para la obtención de la muestra se contactó con los colegios profesionales de fisioterapeutas de España, explicando los objetivos del proyecto, y se pidió ayuda para la difusión de la encuesta. Los colegios que emprendieron alguna acción de difusión fueron: Il·lustre Col·legi de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana, Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia, Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya, Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Canarias, Colegio Profesional Fisioterapeutas de Castilla y León y el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España. Se consiguió, además, difusión a través de las redes sociales Facebook y Twitter.

El periodo de recogida de datos comprendió desde el 21 de enero hasta el 19 de marzo de 2019.

Se registraron 575 respuestas, de las cuales 573 fueron incluidas en el estudio. Las encuestas descartadas fueron un

consentimiento informado no aceptado y una en la que la edad del sujeto era incompatible con la obtención del título de fisioterapeuta. El sistema de *Google Forms* permitió evitar respuestas duplicadas.

Desarrollo de la encuesta

Se diseñó una encuesta con el fin de obtener información relativa a la experiencia clínica del fisioterapeuta, frecuencia de episodios previos de dolor del propio participante, creencias sobre miedo evitación (para esta parte se usó el cuestionario validado al español Tampa Scale for Kinesiofobia (TSK-11) (14) y una prueba sobre conocimientos relacionados con patología y cuadros clínicos.

El consentimiento informado se redactó de acuerdo con las características del estudio. La encuesta fue anónima y no se registró ningún tipo de dato personal o dirección de correo electrónico. Se estimó la duración de la encuesta en 5-10 minutos, con la posibilidad de abandonarla en cualquier momento.

En el apartado de datos contextuales se registraron las siguientes preguntas: sexo (hombre, mujer), edad (pregunta abierta), años de práctica clínica (menos de 5, entre 5 y 10, entre 10 y 20, y más de 20 años), formación de postgrado en el que el terapeuta podía elegir más de una (terapia manual, técnicas invasivas, ejercicio terapéutico, métodos de control motor, osteopatía, métodos de neurorrehabilitación [Bobath, Vojta, Perfetti, etc.] u otra), ámbito de trabajo (privado o público, en diferentes contextos: patología musculoesquelética, neurorrehabilitación geriátrica, pediatría u otros) y episodios de dolor (lumbar, cefalea u otros, indicando la frecuencia de los mismos: frecuentemente, ocasionalmente o nunca).

A continuación, se incluyó el cuestionario TSK-11 (Anexo 1), una medida autoinforme de 11 ítems en su versión validada al español y puntuados del 1 al 4 por el sujeto. Una mayor puntuación se asocia a mayor kinesiofobia, siendo la puntuación mínima de 11 puntos y la máxima de 44 puntos.

En el apartado de conocimientos se diseñaron 6 cuestiones tipo test con cuatro posibles respuestas y con una única solución correcta. Las preguntas versaban sobre patología y síndromes clínicos musculoesqueléticos (Anexo 2).

Existe evidencia de la asociación entre las creencias y actitudes del fisioterapeuta y las de los pacientes. En este caso, cuando el clínico tiene miedo al dolor y evitación, el paciente lo percibe e incorpora a su sistema de creencias

Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron analizados mediante SPSS Statistics 24 para Windows.

La estadística descriptiva fue calculada para sexo, edad, años de experiencia clínica, ámbito de trabajo, episodios previos de dolor, puntuación en TSK-11 y puntuación en conocimientos.

Mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov se determinó que las variables de dolor, TSK-11 y conocimientos no siguen una distribución normal, por tanto, para analizar los resultados obtenidos se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas.

Se calcularon las siguientes correlaciones mediante los instrumentos estadísticos Tau b de Kendall y Rho de Spearman: TSK-dolor, TSK-edad, TSK-conocimientos, TSK-experiencia y conocimientos-experiencia. Además, se calcularon las correlaciones TSK-dolor y TSK-conocimientos para la muestra de hombres y mujeres separadamente. Ambos coeficientes estudian la intensidad de la relación lineal entre dos variables cuantitativas.

Por último, se realizaron contrastes de hipótesis para determinar si los resultados de TSK-11 seguían una misma distribución en los distintos grupos de las variables de sexo, experiencia, conocimientos y dolor.

Resultados

Estadística descriptiva

573 encuestas fueron completadas correctamente. Las frecuencias de los aspectos contextuales se recogen en la Tabla I.

Se calcularon los estadísticos descriptivos para los ítems TSK-11, conocimientos y experiencias de dolor. La escala TSK-11 puede arrojar un resultado que va desde 11 puntos hasta 44. La media del estadístico ha sido 19,62 (SD = 5,28), lo que nos indica que la muestra tiende a un bajo nivel de kinesiofobia. En la variable “conocimientos” se obtiene una media de 3,17 preguntas contestadas correctamente. 284 fisioterapeutas puntúan 4 o más, y 288 menos de 4. La variable “dolor” puede oscilar entre 0 y 6 de puntuación. La media de la muestra es 2,4. El 58,3 % de los encuestados puntúan 2 o menos, indicando baja frecuencia de experiencias dolorosas propias.

Tabla I. Estadística descriptiva de los aspectos contextuales de la muestra.

n = 573		
Sexo		
	Mujer	341 (59,5 %)
	Hombre	232 (40,5 %)
Edad		
	Media	30,86 (SD = 7,25)
Años de experiencia		
	Menos de 5	258 (45 %)
	Entre 5 y 10	132 (23 %)
	Entre 10 y 20	145 (25,3 %)
	Más de 20	38 (6,7 %)
Formación postgrado		
	Terapia manual	349 (60,9 %)
	Terapias invasivas	289 (50,43 %)
	Ejercicio terapéutico	245 (42,75 %)
	Control motor	124 (21,64 %)
	Osteopatía	136 (23,73 %)
	Neurorrehabilitación	108 (18,85 %)
	Fisioterapia del deporte	21 (3,66 %)
	Suelo pélvico	29 (5,1 %)
	Pediatría	24 (4,19 %)
	Cardiorrespiratorio	17 (2,96 %)
	Ninguna formación post	47 (8,26 %)
	Entre 1 y 3	401 (70,1 %)
	Más de 3	124 (21,64 %)
Ámbito de trabajo		
	Público	78 (13,6 %)
	Privado	437 (76,3 %)
	Público y privado	55 (9,6 %)
	Sin respuesta	3 (0,5 %)

Las experiencias dolorosas previas propias del fisioterapeuta influyen en su nivel de kinesiofobia. El clínico con una historia de dolor sería más conservador en cuanto a la reactivación del paciente, alejándose de las GPC

Al aplicar los test de correlación se obtuvieron los resultados expuestos en la Tabla II. Aunque son débiles, las correlaciones marcadas con asterisco son estadísticamente significativas al nivel 0,01 (bilateral). La correlación más fuerte la encontramos al estudiar TSK-11 y dolor (a mayor frecuencia de episodios de dolor, mayor kinesiofobia), seguida de la relación entre TSK-11 y conocimientos (a menor puntuación en conocimientos, mayor kinesiofobia). Cabe destacar que la correlación entre conocimientos y experiencia es casi nula.

Las correlaciones TSK-conocimientos y TSK-dolor se estudiaron diferenciando la muestra según el sexo (Tabla III). Al igual que las anteriores, las correlaciones fueron débiles, aunque estadísticamente significativas. Los resultados nos indican que existe una correlación más fuerte en el hombre en ambos estadísticos. La mayor diferencia aparece en la correlación entre TSK y dolor, denotando que en la mujer las experiencias previas de dolor se correlacionan en menor medida con su kinesiofobia.

Los resultados en TSK-11 en función de aprobar o no la prueba de conocimientos (4 o más respuestas acertadas) siguen la misma distribución en ambos grupos. Se encuentran distribuciones de TSK-11 significativamente diferentes en cada rango de experiencia clínica. Cuando este contraste es calculado dividiendo la muestra por sexos, se obtienen distribuciones diferentes en los rangos de experiencia de los hombres. Sin embargo, en las mujeres, la distribución del nivel de kinesiofobia no difiere en cada rango de experiencia. Los años de práctica clínica es un factor que interviene en la kinesiofobia de los hombres, pero no tanto en la de las mujeres. Respecto a la variable “dolor”, se encontraron distribuciones de kinesiofobia diferentes en cada grupo. La frecuencia de experiencias dolorosas previas influye en el nivel de kinesiofobia del fisioterapeuta.

Discusión

Los resultados sugieren una correlación positiva entre los conocimientos del fisioterapeuta y sus experiencias de dolor y su nivel de kinesiofobia. Esta correlación se da en mayor medida entre las experiencias previas de dolor y la kinesiofobia, lo que podría condicionar que el terapeuta con más experiencias de dolor fuese

Tabla II. Coeficientes de correlación obtenidos con el estadístico Spearman.

SPEARMAN (0,01)	Conocimientos	Experiencia	Edad	Dolor
TSK-11	-0,181*	-0,056	0,136*	0,246*
Conocimientos		-0,056		

* = la correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tabla III. Coeficientes de correlación para hombre y mujeres obtenidos con el estadístico Spearman (0,01).

	Conocimientos		Dolor	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
TSK-11	-0,136*	-0,208*	0,183*	0,284*
	Diferencia: 0,072		Diferencia: 0,101	

* = la correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

más conservador y prudente en los procesos de recuperación y reactivación del paciente, alejándose de las recomendaciones de las GPC.

En médicos, tanto el miedo al movimiento como los episodios previos de dolor se relacionan con un menor ajuste del tratamiento a las GPC en dolor lumbar (22). En la revisión sistemática de Darlow y cols. (12) se propuso el desarrollo de intervenciones de tipo cognitivo-conductuales similares a las utilizadas en pacientes de dolor crónico complejo para dar respuesta a esta situación. Uno de los objetivos de estas actuaciones es modificar los comportamientos mediante un trabajo cognitivo. El hecho de que conocimientos y experiencia tengan una correlación casi nula apunta a la necesaria intervención didáctica, ya que la experiencia clínica no va a ajustar esa carencia. Teniendo en cuenta que los conocimientos en patología del fisioterapeuta se relacionan de forma inversa con su kinesiofobia, tendría sentido afianzar estos conocimientos para activar en mayor medida al paciente, siguiendo las GPC.

El tipo de conocimientos evaluados en este tipo de encuestas puede condicionar la relación de estos con las variables estudiadas. En este caso se pretendía relacionar los conocimientos en

Los resultados sugieren que existen factores dependientes del género en el miedo al movimiento del fisioterapeuta. Tanto las experiencias de dolor previas, como los conocimientos se correlacionan en mayor medida con la kinesiofobia en el caso del hombre

patología musculoesquelética. Sin embargo, la cuestión contestada incorrectamente con más frecuencia estaba relacionada con los mecanismos de dolor. En nuevos estudios se podría evaluar la correlación entre las variables de kinesiophobia y experiencias dolorosas previas, y el nivel de conocimiento en neurofisiología del dolor de los fisioterapeutas.

Los estudios previos también han mostrado que aquellos terapeutas con una visión más biomédica del dolor tienden a recomendar más reposo que aquellos con una perspectiva más biopsicosocial (23). Esta cuestión también apunta a evaluar los conocimientos en mecanismos del dolor por la naturaleza BPS de este.

Los resultados sugieren que existen diferencias en el nivel de miedo al movimiento solo por el hecho de ser hombre o mujer, indicando la influencia de factores dependientes del género. Tanto las experiencias de dolor previas, como los conocimientos se correlacionan en mayor medida con la kinesiophobia en el caso del hombre.

Las diferencias de género respecto al dolor han sido estudiadas ampliamente. Samulowitz y cols. (24), en su revisión de 2018, ponen en relieve la influencia que tiene la cultura hegemónicamente masculina de los sistemas de salud y los sesgos de género que tradicionalmente ha habido en el tratamiento del dolor crónico. Al hombre se le ha considerado históricamente más estoico, y a la mujer más sensible al dolor y con mayor predisposición para buscar ayuda. Los cuadros clínicos en los que el dolor es el único síntoma están copados por mujeres, y han sido tradicionalmente invisibilizadas y cuestionadas por los profesionales. La feminización del dolor condiciona las estrategias de afrontamiento de los hombres, que niegan o rechazan su condición. Toda la cultura de género relacionada con el dolor permite entender las diferencias actuales en actitudes y creencias. Otro estudio reportó que las mujeres mantenían mayores niveles de actividad, aceptación y apoyo social, mientras que los hombres disminuían el nivel de actividad y mostraban mayor kinesiophobia (25).

Respecto a los conocimientos, algunos estudios en medicina han mostrado que las doctoras se mantienen más próximas a las guías de práctica clínica (26) y a la medicina basada en la evidencia (MBE) (27). Este tipo de estudios no han sido llevados a cabo en fisioterapia. Esta situación concuerda con los resultados

de estudios sobre diferencias de género en la toma de decisiones. Las mujeres deciden en escenarios de incertidumbre desde conductas de aversión al riesgo y beneficios a largo plazo (28), lo que podría motivarlas a reciclar sus conocimientos. Sin embargo, al mismo tiempo, sería lógico pensar que tendrán conductas de miedo-evitación en relación con el riesgo percibido, mientras que los hombres son más impulsivos y asumen más riesgos (28). Los factores que pueden estar influyendo en la mayor correlación negativa entre kinesiophobia y conocimientos de los hombres pueden ser de naturaleza diversa. El miedo es una emoción regulada por el sistema límbico, que participa en los procesos de pensamiento instintivo y automático (29). El estudio de Van den Bosy cols. (30) destaca que hombres y mujeres difieren en la forma en la que el control cognitivo regula respuestas a sucesos emocionales, mostrando ligeramente un mayor control cognitivo en el caso de los hombres, que justificaría la relación entre conocimiento y miedo al movimiento.

Limitaciones

El presente estudio presenta limitaciones propias del diseño. Al ser una encuesta *online* no podemos estar seguros de que todos los encuestados cumplan con los criterios de inclusión, ni tampoco que no la hayan realizado consultando bibliografía en el apartado de conocimientos. Presenta un sesgo de selección, pues la muestra no es representativa de los fisioterapeutas en España, sino de los fisioterapeutas que participan en las redes sociales de manera habitual. En consecuencia, suelen ser jóvenes, con poca experiencia y grandes habilidades e interés en el uso de la tecnología. De este modo, sin embargo, ha sido posible adquirir una muestra amplia con facilidad y bajo coste. Sería recomendable que en posteriores estudios se obtuviera una gran muestra sin el sesgo de selección.

La escala utilizada en el estudio (TSK-11) es una versión validada en español, y estudia la kinesiophobia de la persona que la contesta. Sería recomendable para futuros estudios que se empleara la escala TSK-HC (Tampa Scale of Kinesiophobia for Health Care Practitioners), que estudia el miedo del profesional a activar al paciente, y cuya versión en español no está aún validada. No fue utilizada en este estudio por cuestiones cronológicas en relación a su traducción y validación.

Dirigir esfuerzos a la mejora del nivel teórico de los fisioterapeutas y a cambiar sus actitudes y creencias acerca del dolor repercutirá en un aumento de la calidad asistencial

En conclusión, los fisioterapeutas con menor nivel de conocimientos y mayor frecuencia de experiencias previas de dolor presentan más kinesiofobia. Dirigir esfuerzos a la mejora del nivel teórico de los fisioterapeutas y a cambiar sus actitudes y creencias acerca del dolor repercutirá en un aumento de la calidad asistencial, acercando su manejo del paciente a las GPC y disminuyendo así el dolor y la discapacidad asociados de este.

Los factores dependientes del género denotan las diferencias existentes en los procesos de toma de decisiones clínicas entre hombre y mujeres, y podrán ser tenidos en cuenta en el entrenamiento del razonamiento clínico de los fisioterapeutas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexos

Anexo 1

Cuestionario TSK-11 adaptado al español obtenido de: Gómez-Pérez L, López-Martínez AE, Ruiz-Párraga GT. Psychometric Properties of the Spanish Version of the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK). J Pain. 2011;12(4):425-35. DOI: 10.1016/j.jpain.2010.08.004.

Instrucciones: a continuación, se enumeran una serie de afirmaciones. Lo que Ud. ha de hacer es puntuar del 1 al 4 cada afirmación según la siguiente escala:

1 = Totalmente en desacuerdo.

4 = Totalmente de acuerdo.

1. Tengo miedo de lesionarme si hago ejercicio físico.
2. Si me dejara vencer por el dolor, el dolor aumentaría.

3. Mi cuerpo me está diciendo que tengo algo serio.
4. Tener dolor siempre quiere decir que en el cuerpo hay una lesión.
5. Tengo miedo a lesionarme sin querer.
6. Lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios.
7. No me dolería tanto si no tuviese algo serio en mi cuerpo.
8. El dolor me dice cuándo debo parar la actividad para no lesionarme.
9. No es seguro para una persona con mi enfermedad hacer actividades físicas.
10. No puedo hacer todo lo que la gente normal hace porque me podría lesionar con facilidad.
11. Nadie debería hacer actividades físicas cuando tiene dolor.

Anexo 2

Cuestionario sobre conocimientos del terapeuta sobre patología musculoesquelética. La respuesta correcta aparece subrayada.

1. El diagnóstico de una tendinopatía se establece en base a:

- a) Demostración ecográfica de una alteración estructural en el tendón.
- b) Dolor localizado en el tendón que aumenta con la carga (15).
- c) Dolor alrededor del tendón que mejora con el ejercicio.
- d) Imagen ecográfica anormal sumado a un dolor localizado.

Los factores dependientes del género denotan las diferencias existentes en los procesos de toma de decisiones clínicas entre hombres y mujeres

2. Son características de un síndrome discogénico:

- a) Dolor lateral en la columna, que se mantiene siempre al mismo lado, en sujetos mayores de 55 años.
- b) Dolor al pasar de sedestación a bipedestación. Especialmente en gente mayor de 55 años.
- c) Dolor central lumbar, al pasar de sedestación a bipedestación, en sujetos en la edad media de la vida (16,17).
- d) Dolor lateral en la columna, que se mantiene siempre al mismo lado, en sujetos en edad media de la vida.

3. Una claudicación neurológica:

- a) Se caracteriza por dolor en piernas durante la marcha, mejora con la extensión lumbar.
- b) Dolor durante la marcha en las piernas, que mejora con el reposo.
- c) Dolor durante la marcha en las piernas, que mejora con la flexión lumbar (18).
- d) Dolor generalizado en miembros inferiores durante la sedestación.

4. El dolor referido es:

- a) El dolor percibido en una región inervada por nervios distintos a los que inervan la estructura causante del dolor (19).
- b) Dolor evocado por la estimulación de estructuras inervadas.
- c) Dolor evocado por descargas ectópicas.
- d) Dolor relacionado con la pérdida de sensibilidad.

5. El diagnóstico de síndrome de túnel del carpo se establece por:

- a) Pérdida de sensibilidad en los dedos 1-3 de la mano, parestesias nocturnas y pérdida de fuerza del abductor pollicis brevis (20).

- b) Pérdida de fuerza del abductor pollicis brevis, test neurodinámico 1 positivo y dolor en la mano afecta.
- c) Test neurodinámico 1 positivo, pérdida de sensibilidad en la mano derecha y mejora con la flexión de codo.
- d) Dolor en la mano afecta, más pérdida de fuerza en la eminencia tenar, test neurodinámico 1 negativo.

6. La fascitis plantar:

- a) Cursa con dolor los primeros pasos por la mañana, después mejora y da dolor nocturno.
- b) Cursa con dolor los primeros pasos por la mañana, después mejora y vuelve a empeorar al final del día si el paciente realiza mucha bipedestación (21).
- c) Cursa con dolor los primeros pasos por la mañana, según avanza el día, el paciente puede percibir parestesias en la planta del pie.
- d) Cursa con dolor localizado en el centro de la cara plantar del calcáneo cada vez que se apoya el pie, independientemente de la hora del día.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abril Belchí E. I Jornada de Fisioterapia en Atención Primaria. Asociación Española de Fisioterapeutas de Atención Primaria y Salud Comunitaria; 2008.
2. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. IASP Press; 1994.
3. Moerman DE. Against the “placebo effect”: A personal point of view. *Complement Ther Med*. 2013;21(2):125-30. DOI: 10.1016/j.ctim.2013.01.005.
4. Vlaeyen WS, Kole-Snijders MJ, Boeren GB, van Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*. 1995;62(3):363-72. DOI: 10.1016/0304-3959(94)00279-N.
5. Roelofs J, Peters M, Vlaeyen JW. Selective attention for pain-related information in healthy individuals: the role of pain and fear. *Eur J Pain*. 2002;6(6):331-9. DOI: 10.1016/S1090-3801(02)00021-6.
6. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000;85(3):317-32. DOI: 10.1016/S0304-3959(99)00242-0.
7. Zale EL, Lange KL, Fields SA, Ditte JW. The relation between pain-related fear and disability: a meta-analysis. *J Pain*. 2013;14(10):1019-30. DOI: 10.1016/j.jpain.2013.05.005.
8. Lakke SE, Soer R, Krijnen W, van der Schans A, Reneman MF, Geertzen J. Influence of Physical Therapists’ Kinesiophobic Beliefs on Lifting Capacity in Healthy Adults. *Phys Ther*. 2015;95(9):1224-33. DOI: 10.2522/ptj.20130194.
9. Koes BW, van Tulder M, Ostelo R, Kim B, Waddell G. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. *Spine*. 2001;26(22):2504-14. DOI: 10.1097/00007632-200111150-00022.
10. Poitras S, Durand M, Cote A, Tousignant M. Guidelines on low back pain disability: interprofessional comparison of use between general practitioners, occupational therapists, and physiotherapists. *Spine*. 2012;37(14):1252-9. DOI: 10.1097/BRS.0b013e31824b6adf.
11. Houben R, Ostelo R, Vlaeyen J, Wolters P, Peters M, Berg S. Health care providers’ orientations towards common low back pain predict perceived harmfulness of physical activities and recommendations regarding return to normal activity. *Eur J Pain*. 2005;9(2):173-83. DOI: 10.1016/j.ejpain.2004.05.002.
12. Darlow B, Fullen B, Dean S, Hurley DA, Hurley D, Baxter G, et al. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *Eur J Pain*. 2012;16(1):3-17. DOI: 10.1016/j.ejpain.2011.06.006.
13. Linton SJ, Vlaeyen J, Ostelo R. The back pain beliefs of health care providers: are we fear-avoidant? *J Occup Rehabil*. 2002;12(4):223-32. DOI: 10.1023/A:1020218422974.
14. Gómez-Pérez L, López-Martínez AE, Ruiz-Párraga GT. Psychometric Properties of the Spanish Version of the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK). *J Pain*. 2011;12(4):425-35. DOI: 10.1016/j.jpain.2010.08.004.
15. Vicenzino B. Tendinopathy: Evidence-Informed Physical Therapy Clinical Reasoning. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2015;45(11):816-8. DOI: 10.2519/jospt.2015.0110.
16. Kallewaard JW, Terheggen MAMB, Groen GJ, Sluifjter ME, Derby R, Kapural L, et al. 15. Discogenic Low Back Pain. *Pain Pract*. 2010;10(6):560-79. DOI: 10.1111/j.1533-2500.2010.00408.x.
17. DePalma MJ, Ketchum JM, Trussell BS, Saullo TR, Slipman CW. Does the location of low back pain predict its source? *PM R*. 2011;3(1):33-9. DOI: 10.1016/j.pmrj.2010.09.006.
18. Bardin LD, King P, Maher CG. Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care. *Med J Aust*. 2017;206(6):268-73. DOI: 10.5694/mja16.00828.
19. Bogduk N. On the definitions and physiology of back pain, referred pain, and radicular pain. *Pain*. 2009;147(1-3):17-9. DOI: 10.1016/j.pain.2009.08.020.
20. Graham B, Regehr G, Naglie G, Wright JG. Development and validation of diagnostic criteria for carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg Am*. 2006;31(6):919-24. DOI: 10.1016/j.jhsa.2006.03.005.
21. Buchbinder R. Clinical practice. Plantar fasciitis. *N Engl J Med*. 2004;350(21):2159-66. DOI: 10.1056/NEJMcp032745.
22. Gremeaux V, Coudeyre E, Viviez T, Bousquet PJ, Dupeyron A. Do Teaching General Practitioners’ Fear-Avoidance Beliefs

- Influence Their Management of Patients with Low Back Pain? Pain Pract. 2015;15(8):730-7. DOI: 10.1111/papr.12248.
23. Gardner T, Refshauge K, Smith L, McAuley J, Hübscher M, Goodall S. Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. J Physiother. 2017;63(3):132-143. DOI: 10.1016/j.jphys.2017.05.017.
 24. Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, Hensing G. "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. Pain Res Manag. 2018;2018:6358624. DOI: 10.1155/2018/6358624.
 25. Rovner G, Sunnerhagen KS, Bjorkdahl A, Gerdle B, Borsbo B, Johansson F, et al. Chronic pain and sex-differences; women accept and move, while men feel blue. PLoS One. 2017;12(4):e0175737. DOI: 10.1371/journal.pone.0175737.
 26. Baumhakel M, Muller UF, Bohm M. Influence of gender of physicians and patients on guideline-recommended treatment of chronic heart failure in a cross-sectional study. Eur J Heart Fail. 2009;11(3):299-303. DOI: 10.1093/eurjhf/hfn041.
 27. Berthold HK, Gouni-Berthold I, Bestehorn K.P., Bestehorn KP, Bohm M, Krone W. Physician gender is associated with the quality of type 2 diabetes care. J Intern Med. 2008;264(4):340-50. DOI: 10.1111/j.1365-2796.2008.01967.x.
 28. Orsini CA, Setlow B. Sex differences in animal models of decision making. J Neurosci Res. 2017;95(1-2):260-9. DOI: 10.1002/jnr.23810.
 29. Kahneman D. Pensar rápido, pensar despacio. Le Libros; 2011.
 30. Van den Bos R, Homberg J, de Visser L. A critical review of sex differences in decision-making tasks: focus on the Iowa Gambling Task. Behav Brain Res. 2013;238:95-108. DOI: 10.1016/j.bbr.2012.10.002.