



ORIGINAL

Factores clínico-demográficos asociados al miedo-evitación en sujetos con lumbalgia crónica inespecífica en atención primaria: análisis secundario de estudio de intervención



Juan Luis Díaz-Cerrillo^{a,*}, Antonio Rondón-Ramos^{b,d}, Susana Clavero-Cano^a, Rita Pérez-González^c, Javier Martínez-Calderon^d y Alejandro Luque-Suarez^d

^a Unidad de Fisioterapia, UGC Las Albarizas, Distrito Sanitario Costa del Sol, Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía, Marbella, España

^b Unidad de Fisioterapia, UGC Las Lagunas, Distrito Sanitario Costa del Sol, Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía, Mijas-Costa, España

^c Unidad AME (IBIMA-FIMABIS), Málaga, España

^d Departamento de Fisioterapia, Universidad de Málaga, Málaga, España

Recibido el 3 de abril de 2017; aceptado el 27 de julio de 2017

Disponible en Internet el 1 de febrero de 2018

PALABRAS CLAVE

Lumbalgia;
Miedo;
Atención primaria;
Fisioterapia

Resumen

Objetivo: Describir algunas características sociodemográficas y clínicas de los sujetos con lumbalgia crónica inespecífica (LCI) atendidos habitualmente en atención primaria (AP), así como investigar su asociación con el miedo-evitación (ME).

Diseño: Descriptivo transversal. Análisis secundario de estudio de intervención.

Emplazamiento: Zonas Básicas de Salud del Distrito Sanitario de AP Costa del Sol (Málaga).

Participantes: Un total de 147 sujetos con LCI extraídos de la base de datos de un estudio de intervención previo en fisioterapia de AP. Características: edad, 18-65 años; comprensión del idioma español; ausencia de deterioro cognitivo, ausencia de fibromialgia, ausencia de cirugía dorsolumbar, y tolerancia al ejercicio físico.

Mediciones principales: La variable principal fue el ME (FABQ y subescalas FABQ-PA y FABQ-W); las variables clínicas incluyeron: dolor (NRPS-11), discapacidad (RMQ), tiempo de evolución, tratamientos previos y diagnósticos de imagen; las variables sociodemográficas incluyeron: sexo, edad, nivel educativo y situación laboral.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanl.diaz.cerrillo.sspa@juntadeandalucia.es (J.L. Díaz-Cerrillo).

Resultados: El 51,7% de los sujetos presentaron elevado ME con la escala FABQ-PA. Incapacidad temporal (IT) [$\beta = 24,45$ ($p = 0,009^*$); $\beta = 13,03$ ($p = 0,016^*$); $\beta = 14,04$ ($p = 0,011^*$) para FABQ, FABQ-PA y FABQ-W, respectivamente]; estudios primarios [$\beta = 15,09$ ($p = 0,01^*$); $\beta = 9,73$ ($p = 0,01^*$) para FABQ y FABQ-PA], y discapacidad [$\beta = 1,45$ ($p < 0,001$); $\beta = 0,61$ ($p < 0,001$); $\beta = 0,68$ ($p < 0,001$) para FABQ, FABQ-PA y FABQ-W, respectivamente] aparecieron asociados al ME cuando fueron modelados por regresión multivariante.

Conclusiones: Algunos rasgos sociodemográficos y clínicos de la población con LCI son presentados. Las pruebas de imagen (81,63%) y los tratamientos previos pasivos (55,78%) podrían reflejar problemas de adherencia a las recomendaciones de las GPC. IT, estudios primarios y discapacidad se asociaron al ME. Los hallazgos deben ser interpretados a la luz de las posibles limitaciones. Algunas sugerencias para la práctica clínica son aportadas.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Low back pain;
Fear;
Primary health care;
Physical therapy
modalities

Clinical-demographic factors associated with fear-avoidance in subjects with non-specific chronic low back pain in Primary Care: secondary analysis of intervention study

Abstract

Objective: To describe some sociodemographics and clinical characteristics of subjects with Non-specific Chronic Low Back Pain (NCLBP) in Primary Care, as well as to investigate their association with Fear-Avoidance (FA).

Design: Cross-sectional. Secondary analysis of an intervention study.

Location: Basic Health Areas in Costa del Sol Health District (Málaga, Spain).

Participants: An analysis was performed on 147 subjects with NCLBP from a previous intervention study database in Primary Care Physiotherapy (PCP). Characteristics: age 18-65; understanding of the Spanish language; absence of cognitive disorders, fibromyalgia or dorsolumbar surgery, and to be able to perform physical exercise.

Main measurements: The main variable was FA level (FABQ and the FABQ-PA and FABQ-W) sub-scales. Clinical variables included: pain (NRPS-11), disability (RMQ), evolution, previous treatments and diagnostic imaging. The sociodemographic variables included: gender, age, educational level, and employment status.

Results: Just over half (51.7%) of the subjects had high FA on the FABQ-PA sub-scale. Sick leave (SL) [$\beta = 24.45$ ($P = .009^*$); $\beta = 13.03$ ($P = .016^*$); $\beta = 14.04$ ($P = .011^*$) for FABQ, FABQ-PA and FABQ-W, respectively]; primary studies level [$\beta = 15.09$ ($P = .01^*$); $\beta = 9.73$ ($P = .01^*$) for FABQ and FABQ-PA], and disability [$\beta = 1.45$ ($P < .001$); $\beta = 0.61$ ($P < .001$); $\beta = 0.68$ ($P < .001$) for FABQ, FABQ-PA and FABQ-W, respectively] were associated with FA when they were modeled by multivariate regression.

Conclusions: Some sociodemographic and clinical features of the NCLBP population are presented. Imaging tests (81.63%) and previous passive treatments (55.78%) could reflect problems of adherence to recommendations of CPGs. Sick leave, primary studies level, and disability were associated with FA. The findings should be interpreted in the light of possible limitations. Some suggestions for clinical practice are provided.

© 2017 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

La «lumbalgia crónica inespecífica» (LCI) es aquella en la que se han descartado causas específicas para el trastorno, se asocia a posturas o movimientos, y perdura más allá de las 12 semanas o recurre con frecuencia^{1,2}. Representa una de las causas más comunes de discapacidad, siendo muy prevalente y generando enormes costes socioeconómicos directos e indirectos, así como una gran demanda de consultas en atención primaria (AP)²⁻⁵. Constituye, además, el principal problema asociado a una pobre calidad de vida percibida en

personas con dolor crónico⁶. Alrededor del 85% de los adultos, al menos una vez en la vida, se quejan de dolor lumbar, llegando a desarrollar cronicidad entre el 10 y el 23%^{1,2}. La mayor parte de los costes generados corresponde a la cobertura de este último grupo¹. La prevalencia de dolor lumbar en el año 2006 en España rondaba el 20%⁷, habiéndose incrementado esta en los últimos años⁸. La prevalencia global en un mes ha sido estimada en el 23,2 ± 2,9%⁹, y su tendencia general no parece ser decreciente³.

Pese a la variedad de estrategias preventivas y terapéuticas disponibles^{1,2,10,11}, la magnitud del problema, como se

ha referido anteriormente, sigue creciendo. Con esta situación, parece justificado dirigir esfuerzos de investigación hacia una mayor comprensión de los potenciales factores de riesgo, modificables desde entornos clínicos, que pueden mediar en su perpetuación.

Investigaciones recientes señalan a los factores psicosociales como elementos pronósticos de los resultados en estos pacientes⁵; entre ellos, el miedo-evitación (ME) parece ocupar un lugar preponderante^{12,13}. El ME representa uno de los constructos centrales del modelo de miedo-evitación del dolor¹⁴, el que, en términos generales, describe como los pensamientos excesivamente catastrofistas acerca del dolor (adquiridos a través de las experiencias transmitidas por terceros relevantes y por la opinión «experta») pueden originar conductas de evitación de movimientos o actividades, e hipervigilancia en las ambiguas sensaciones corporales, generando un círculo vicioso en el que el progresivo desuso físico y el sesgo atencional ocasionan discapacidad, depresión y perpetuación de la experiencia dolorosa¹⁴⁻¹⁶. El ME se definiría como el conjunto de cogniciones y emociones subyacentes al desproporcionado temor y preocupación sobre la importancia del dolor y la vulnerabilidad de la columna a la actividad física¹⁶.

Prácticamente todas las guías de práctica clínica (GPC) publicadas desde el año 2000 sobre manejo de lumbalgia inespecífica en AP recomiendan el manejo precoz de factores psicosociales de mal pronóstico funcional¹⁷. En este contexto, el conocimiento de las circunstancias que pueden estar relacionadas con esos componentes en general, y del ME en particular, podría facilitar el proceso de identificación precoz de los sujetos con LCI que requieran mayor investigación y un temprano control de dicho factor. La posible dificultad en la identificación del ME, previo al uso de instrumentos clinimétricos, por parte de los clínicos, ha sido puesta de manifiesto en algún estudio¹⁸, con lo cual, podría plantearse que establecer rasgos característicos de estos pacientes facilitaría el camino para su pronta detección. El objetivo del presente estudio ha sido describir variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes diagnosticados de LCI, así como determinar su nivel de asociación con el ME.

Material y método

Tipo de estudio

Estudio transversal descriptivo de una muestra clínica obtenida a partir de un estudio cuasiexperimental en pacientes con LCI que acudían a fisioterapia de AP y el cual estaba dirigido a analizar los efectos de una intervención educativa¹⁹.

Sujetos

Se han analizado 147 sujetos con LCI de los que se dispone de datos basales. Estos fueron reclutados en un estudio de intervención pragmático durante la dinámica asistencial habitual, con lo cual, la muestra podría ser representativa de la población habitualmente manejada en las Zonas Básicas de Salud del Distrito Sanitario Costa del Sol (Málaga). Los criterios que rigieron la selección de pacientes se encuentran descritos en el estudio original¹⁹, y aparecen reflejados

Tabla 1 Criterios de selección de la población reclutada en estudio previo de intervención

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<input type="checkbox"/> Lumbalgia crónica inespecífica ^a	<input type="checkbox"/> Presencia de banderas rojas al inicio de la intervención
<input type="checkbox"/> Aceptación de participación	<input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo de cualquier etiología
<input type="checkbox"/> Edad: 18-65	<input type="checkbox"/> Fibromialgia diagnosticada
<input type="checkbox"/> Comprensión del idioma español hablado y escrito	<input type="checkbox"/> Antecedentes quirúrgicos de columna dorsolumbar
<input type="checkbox"/> Ausencia de ninguna otra intervención educativa paralela	<input type="checkbox"/> Intolerancia al ejercicio o actividad física por cualquier causa

^a Criterios de la Guía de práctica clínica COST-B13 para lumbalgia inespecífica. Fuente: Díaz-Cerrillo et al.¹⁹.

en la [tabla 1](#). Todos los sujetos habían firmado el consentimiento informado y se respetaron las recomendaciones de la Declaración de Helsinki.

Variables de estudio

La variable principal (ME) fue registrada mediante el *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire* (FABQ)^{20,21}. Contiene 16 ítems: 5 para una subescala de ME a la actividad física (FABQ-PA: ítems puntuables 2, 3, 4 y 5; puntuación máxima, 24), y 11 para otra de ME al trabajo (FABQ-W: ítems puntuables 6, 7, 9, 10, 11, 12 y 15; puntuación máxima, 42). Cada ítem es contestado en una escala Likert de 7 puntos (0 = totalmente en desacuerdo; 6 = totalmente de acuerdo). El FABQ-total representa la suma de todos los ítems (96 puntos posibles). Su versión española ha mostrado tan buenas, o mejores, propiedades en el FABQ-total que en sus subescalas para determinar el ME²¹. Se han reportado puntos de corte para las subescalas FABQ-PA (> 14 puntos) y FABQ-W (> 29 puntos), aunque estos no incluían exclusivamente a sujetos en fase crónica^{22,23}.

Las variables secundarias incluyen variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel educativo y situación laboral) y clínicas (tiempo de evolución, diagnósticos de imagen, tratamientos previos, dolor y discapacidad). Para la medición del dolor se usó la *Pain Numeric Rating Scale* (PNRS-11)²⁴, versión segmentada de la EVA con 11 puntos (0-10), donde 0 corresponde a la ausencia de dolor y 10 al máximo dolor imaginable. Presenta una alta fiabilidad en pacientes con artritis reumatoide (0,95 a 0,96) y una buena validez de constructo en pacientes con dolor crónico (> 6 meses), con rangos entre 0,86 y 0,95. Una reducción de 2 puntos o del 30% resulta clínicamente importante para detectar cambios²⁵. Para medir la discapacidad se usó el *Roland Morris Questionnaire* (RMQ). Consta de 24 ítems con limitaciones funcionales cotidianas que los sujetos con lumbalgia suelen notificar. Su puntuación oscila entre 0 (ausencia de discapacidad) y 24 (máxima). La versión española mostró una buena consistencia interna (α de Cronbach = 0,837 el día 1 y 0,914 el día 15), buen CCI (0,874) y buena validez concurrente y de constructo ($p = 0,0000$; $p = 0,2282$)²⁶. El resto de variables fueron autorreportadas.

Tabla 2 Características sociodemográficas y clínicas

Variables		n (%)
Sexo	Hombre	60 (40,82)
	Mujer	87 (59,18)
Educación	Sin estudios	11 (7,48)
	Primarios	72 (48,98)
	Bachiller/FP	45 (30,61)
	Universitario	19 (12,93)
Sit. laboral	Activo	77 (52,38)
	Desempleado	56 (38,10)
	IT	4 (2,72)
	Jubilado	10 (6,80)
Dx. imagen	Ausencia-N/D	27 (18,37)
	Discopatías	60 (40,82)
	Artropatías	30 (20,41)
	Lisis-Listesis	4 (2,72)
	2 o más Dx	26 (17,69)
Tiempo	3-12 meses	27 (18,37)
	12-24 meses	19 (12,93)
	>24 meses	101 (68,71)
Tratamiento previo	Pasivos ^a	82 (55,78)
	Activos ^b	65 (44,22)
Edad		Media (DE)
Dolor		45,86 (10,17)
Discapacidad		5,09 (2,37)
FABQ		7,07 (4,80)
FABQ-PA		44,98 (20,72)
FABQ-W		14,16 (6,38)
FABQ-W		20,69 (11,30)

DE: desviación estándar; Dx: diagnóstico; FABQ: *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire*; -PA: *Physical Activity*; -W: *Work*; FP: formación profesional; IT: incapacidad temporal.

^a Pasivos: tratamientos basados en terapias donde el paciente no participa activamente a través del movimiento (masaje, medicación, manipulación, termoterapia...).

^b Activos: basados en el movimiento y participación activa del paciente (ejercicio funcional, escuela espalda, natación, Pilates...) o estos combinados con pasivos.

Análisis estadístico

Inicialmente se ha realizado un análisis descriptivo de las variables del estudio; los valores de las variables continuas se presentan mediante sus correspondientes medias y desviación estándar. Las variables categóricas se presentan en frecuencias absolutas y frecuencias relativas (tabla 2).

Para analizar las diferencias entre variables cuantitativas continuas en 2 grupos independientes se ha aplicado la prueba t de Student o su correspondiente no paramétrica U de Mann-Whitney. Para analizar las diferencias entre variables cuantitativas continuas en 3 o más grupos independientes se ha aplicado la prueba de Kruskal-Wallis y si se rechaza la hipótesis de igualdad, para ver qué grupos difieren entre sí, se comparan los grupos 2 a 2 mediante la prueba U de Mann-Whitney con la corrección de Bonferroni. En el caso paramétrico se ha aplicado ANOVA y si los resultados son estadísticamente significativos, se ha aplicado las pruebas post hoc, en concreto la de Tukey para ver qué grupo difiere de qué otro (tablas 3 y 4).

Se ha construido un modelo de regresión lineal multivariante por pasos hacia delante (tabla 5). En este modelo se ha considerado como variable dependiente la puntuación FABQ y como variables independientes las variables que presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos que se compararon o una tendencia ($p < 0,15$), junto a las variables que, por conocimientos teóricos o empíricos, se consideró que podían estar relacionadas con la variable dependiente. Se ha realizado un análisis de colinealidad mediante la obtención de la tolerancia y el factor de inflación de la varianza (FIV), permitiendo comprobar que no existen problemas de colinealidad en el modelo obtenido.

Resultados

La descripción de la población estudiada aparece resumida en la tabla 2. El 51,7% presentaron elevado ME con la escala FABQ-PA (> 14 puntos) y el 26,5% con la escala FABQ-W (> 29 puntos). Las tablas 3 y 4 muestran las asociaciones entre variables sociodemográficas y clínicas con el ME. «Nivel educativo» y «situación laboral» se asociaron significativamente al ME cuando se usó la escala FABQ ($p = 0,001$ y $p = 0,003$, respectivamente). La «situación laboral» también resultó significativa con la escala FABQ-W ($p = 0,003$). La «discapacidad» autorreportada se asoció significativamente al ME independientemente de la escala usada ($p < 0,001$). El «dolor» se asoció al ME cuando se usó FABQ. Estas variables fueron modeladas por regresión logística multivariante (tabla 5), surgiendo el mejor modelo con las variables independientes «incapacidad temporal» (IT), «nivel educativo» y «discapacidad» (salvo cuando el modelo se basó en las puntuaciones FABQ-W, donde el «nivel educativo» resultó irrelevante).

Variable dependiente medida con el Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)

IT: el ME se incrementa 24,45 unidades con respecto a la situación activa ($p = 0,009$) a igualdad del resto de variables.

Discapacidad: el ME se incrementa 1,45 unidades con respecto a individuos sin discapacidad ($p < 0,001$) a igualdad del resto de variables.

Estudios primarios: el ME se incrementa 15,09 unidades con respecto a individuos sin estudios ($p = 0,01$) a igualdad del resto de variables.

Tabla 4 Análisis de correlación de variables cuantitativas con ME

	Edad	Dolor	Discapacidad
FABQ	0,22 (0,005)	0,24 (0,003)	0,4 (< 0,001)
FABQ-PA	0,18 (0,027)	0,20 (0,014)	0,31 (< 0,001)
FABQ-W	0,19 (0,019)	0,21 (0,01)	0,32 (< 0,001)

ρ (*p-value*). Coeficiente de correlación de Spearman.

FABQ: *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire*; -PA: *Physical Activity*; -W: *Work*; ME: miedo-evitación.

Tabla 3 Análisis de la asociación de variables sociodemográficas y clínicas cualitativas con el ME

		FABQ.1	p	FABQ.PA	p	FABQ.W	p
Sexo	Hombre	47,72 (19,54)	0,185 ^a	14,07 (5,73)	0,558 ^b	22,23 (10,68)	0,256 ^b
	Mujer	43,10 (21,39)		14,22 (6,82)		19,63 (11,65)	
Educación	Sin estudios	36,3 (25)	0,001 ^d	12,6 (8,3)	0,228 ^c	13,9 (13,8) ^g	0,001 ^c
	Primarios	51,9 (21,3) ^e		15,3 (6,9)		24,2 (11,00) ^e	
	Bachiller/FP	39,6 (17,3) ^f		13,2 (5,6)		18,0 (10,5)	
	Universitario	36,5 (15,2)		13 (4,5)		17,5 (8,8)	
Laboral	Activo	42 (17,8) ^h	0,003 ^b	14,1 (6,1)	0,049 ^a	19,7 (10,3) ^h	0,008 ^a
	Desempleado	44,1 (22,2) ⁱ		13,2 (6,6) ^j		20,1 (12,1) ⁱ	
	IT	78,2 (16,7)		16,5 (9,0)		38,0 (3,2)	
	Jubilado	59,8 (19,3)		19,1 (4,1)		24,8 (11,4)	
Dx_imagen	Ausencia-N/D	39 (20,9)	0,068 ^a	12,7 (6,4)	0,158 ^a	18,7 (11,2)	0,313 ^a
	Discopatías	44,8 (18,9)		13,8 (6,9)		20,8 (10,5)	
	Artropatías	42,4 (20,9)		13,6 (6,0)		19,6 (11,3)	
	Lisis-Listesis	43,5 (29,1)		15,5 (7,0)		16,2 (16,4)	
	2 o más Dx	54,8 (21,3)		16,8 (5,1)		24,5 (12,3)	
Tiempo	3-12 meses	46 (20,2)	0,305 ^b	14,4 (5,4)	0,918 ^a	20,9 (11,7)	0,578 ^a
	12-24 meses	38,2 (18,0)		13,6 (5,9)		18,2 (10,7)	
	>24 meses	46 (21,3)		14,2 (6,7)		21,1 (11,4)	
Tto_previo	Pasivo	45,537 (21,23)	0,558 ^b	13,561 (6,532)	0,244 ^b	21,073 (11,887)	0,617 ^b
	Activo	44,292 (20,192)		14,908 (6,151)		20,215 (10,597)	

Resultados expresados en media (DE) de cada una de las dimensiones del FABQ.

DE: desviación estándar; Dx: diagnóstico; FABQ: *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire*; -PA: *Physical Activity*; -W: *Work*; FP: formación profesional; IT: incapacidad temporal; Tto: tratamiento.

^a t-Student.

^b Mann-Whitney.

^c ANOVA.

^d Kruskal-Wallis.

^e Diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estudios primarios y bachiller.

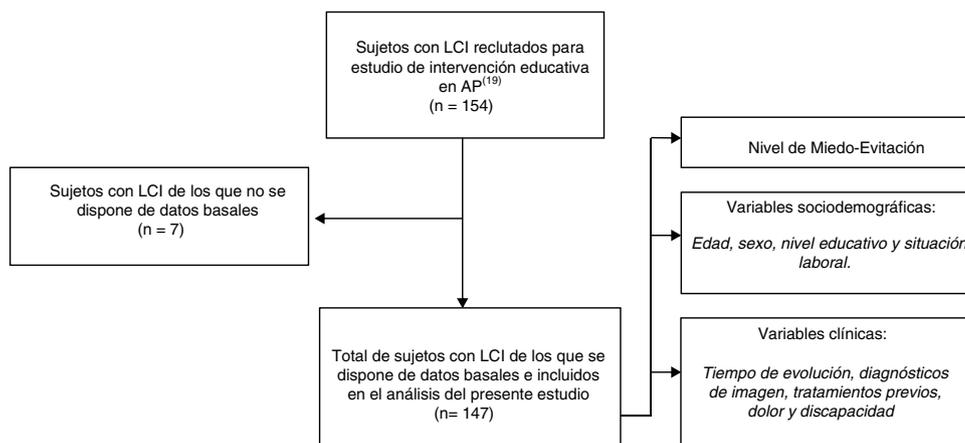
^f Diferencias estadísticamente significativas entre los grupos bachiller y universitario.

^g Diferencias estadísticamente significativas entre los grupos sin estudios y con estudios primarios.

^h Diferencias estadísticamente significativas entre situación laboral activa e IT.

ⁱ Diferencias estadísticamente significativas entre situación laboral desempleado e IT.

^j Diferencias estadísticamente significativas entre situación laboral desempleado y jubilado.



Esquema general del estudio. Estudio descriptivo sobre factores asociados a niveles elevados de miedo-evitación en población con lumbalgia crónica inespecífica (LCI) atendida en atención primaria (AP). Se han incluido todos los sujetos del estudio original de intervención¹⁹ de los que se disponía de datos basales.

Tabla 5 Modelo de regresión lineal multivariante

		FABQ		FABQ-PA		FABQ-W	
		β	p	β	p	β	p
Discapacidad		1,45	< 0,001 ^{***}	0,61	0,001 ^{**}	0,68	< 0,001 ^{***}
Educación	Sin estudios	1	-	1	-		
	Primarios	15,09	0,01 [*]	9,73	0,004 ^{**}		
	Bachiller/FP	5,77	0,341	4,74	0,176		
	Universitario	5,52	0,426	5,27	0,189		
Laboral	Activo	1	-	1	-	1	-
	Desempleado	0,658	0,836	-0,103	0,955	-0,33	0,857
	IT	24,45	0,009 [†]	13,03	0,016 [*]	14,14	0,011 [*]
	Jubilado	10,23	0,104	2,23	0,536	1,73	0,637

FABQ: *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire*; -PA: *Physical Activity*; -W: *Work*; FP: formación profesional; IT: incapacidad temporal.

[†] <0,05.

^{**} 0,005.

^{***} <0,001.

Variable dependiente medida con el Fear Avoidance Beliefs Questionnaire-Physical Activity (FABQ-PA)

IT: el ME se incrementa 13,03 unidades con respecto a individuos en situación activa ($p = 0,016$) a igualdad del resto de variables.

Discapacidad: el ME se incrementa 0,61 unidades con respecto a individuos sin discapacidad ($p < 0,001$) a igualdad del resto de variables.

Estudios primarios: el ME se incrementa 9,73 unidades con respecto a individuos sin estudios ($p = 0,01^*$) a igualdad del resto de variables.

Variable dependiente medida con el Fear Avoidance Beliefs Questionnaire-Work (FABQ-W)

IT: el nivel de ME se incrementa 14,14 unidades con respecto a individuos en situación activa ($p = 0,011$) a igualdad del resto de variables.

Discapacidad: el ME se incrementa 0,68 unidades con respecto a individuos sin discapacidad ($p < 0,001$) a igualdad del resto de variables.

Discusión

Comparación con la literatura científica

Las medias de puntuación para el ME encontradas (FABQ: 44,98; FABQ-PA: 14,16; FABQ-W: 20,69) fueron similares a las reportadas en otros estudios donde todos los sujetos, o la mayoría, estaban en fase crónica^{27,28}. Las medias reportadas en poblaciones mayoritariamente agudas parecen ser menores^{22,23}. Resulta llamativo el elevado porcentaje de pacientes que han recibido pruebas de imagen (81,63%), cuando las recomendaciones de la evidencia al respecto^{17,29,30} reconocen la necesidad de limitar su uso para esta condición. Pese a que en algún estudio se ha sugerido el potencial efecto negativo de la RNM en la

percepción de gravedad que los sujetos desarrollarían³⁰, nuestro estudio no encontró asociación entre el uso previo de pruebas de imagen y el ME. Mayor investigación en esta potencial relación estaría justificada. Resulta igualmente llamativa la presencia de un mayor porcentaje de pacientes que realizaron tratamientos exclusivamente pasivos vs. activos (55,78% vs. 44,22%) cuando, de nuevo, las recomendaciones se orientan hacia el uso de enfoques activos, centrados en la pronta vuelta a las actividades y la práctica de ejercicio físico^{1,2,17,29}. Estos datos podrían estar en línea con los reportados en la literatura en cuanto a los problemas de adherencia a las recomendaciones de las GPC para esta condición³¹.

Independientemente de la escala usada para captar el ME, encontramos, en los modelos de regresión, que la situación laboral de IT es la que explica de forma independiente los mayores incrementos de ME [$\beta = 24,45$ ($p = 0,009^*$); $\beta = 13,03$ ($p = 0,016^*$); $\beta = 14,04$ ($p = 0,011^*$) para FABQ, FABQ-PA y FABQ-W, respectivamente], seguido por la presencia de estudios primarios (excepto para el modelo con FABQ-W), y, en menor medida, por el grado de discapacidad reportada. Estos hallazgos estarían en línea con los de otros estudios previos. Fujii et al. (2013) analizaron las respuestas online de 52.650 voluntarios con dolor lumbar (17,4% en fase crónica) y encontraron que «indemnización laboral», «discapacidad reportada», «tiempo de evolución», «experiencia de ver a otros con discapacidad», e «irradiación del dolor por debajo de la rodilla» se asociaron con puntuaciones elevadas de ME³². De Moraes Vieira et al. (2014) analizaron factores asociados a la autoeficacia y al ME en una población de 215 individuos con lumbalgia crónica provenientes de ámbitos sanitarios e industriales y encontraron, además de una significativa correlación negativa entre ambos elementos, una asociación entre elevado ME y «elevada discapacidad», además de otros factores como «género masculino», «bajos ingresos», y «depresión»³³. Mencionar que en este último estudio se usó otro instrumento diferente al FABQ de los disponibles para captar el «miedo relacionado con el dolor»³⁴. Discapacidad elevada ha aparecido asociada a mayores niveles de ME en estudios dirigidos a analizar su importancia en función de la región anatómica

afectada³⁵ y de su relación con los resultados obtenidos³⁶. Poca información se ha encontrado en cuanto a la asociación entre nivel educativo y ME, área que podría ser estudiada en mayor profundidad en investigaciones futuras. Un estudio que presenta un modelo de mediación de resultados tras una intervención de «rehabilitación laboral» relaciona el bajo nivel educativo con el aumento de baja laboral mediado por el elevado ME a la mayor carga física que los empleos de estos sujetos demandan, y por la menor gama de recursos psicosociales que presentan³⁷.

No hemos encontrado asociación independiente del ME con la intensidad de dolor en los modelos de regresión, hecho que contrasta con los obtenidos en otros estudios con población no estrictamente en fase crónica o que incluyen otros trastornos^{32,35,36}, pero consistente con los obtenidos para población con lumbalgia crónica³³.

Limitaciones del estudio

El estudio se ha ceñido a población con LCI que busca atención para el problema en fisioterapia de AP, con lo que los resultados no serían extrapolables a otros escenarios. Otra limitación puede ser la derivada del actual estado de conocimiento del constructo analizado: una revisión sobre los instrumentos de medida para este constructo (37 estudios, de los cuales 13 evalúan el FABQ) concluye que su modelo conceptual es pobre, y que sería necesaria más investigación teórica³⁴. Un tipo de análisis que proporciona información sobre la validez de constructo (Rasch) encontró que el FABQ podría no captar una única dimensión³⁸. Esta situación podría dar explicación a los diferentes grados de asociación encontrados. Por último, mencionar también que la naturaleza del estudio no permite establecer relaciones de causalidad.

Aplicabilidad clínica de resultados e investigaciones futuras

Los hallazgos obtenidos podrían suponer una llamada de atención sobre el grado de adherencia a las recomendaciones de la evidencia para el manejo de la LCI en cuanto a uso de pruebas de imagen y empleo exclusivo de terapias pasivas. Otra aportación clínica se dirigiría hacia la facilitación en el reconocimiento de pacientes con elevado ME: pacientes en situación de IT, con nivel primario de estudios, y que reporten discapacidad en las tareas cotidianas, podrían requerir mayor evaluación de su ME mediante instrumentos validados. La identificación precoz, y el manejo de tal factor con algunas de las intervenciones disponibles^{39,40}, podría revertir en mejores resultados. La adaptación de alguna de ellas, como la distribución de material informativo orientado hacia las creencias erróneas de ME^{19,40}, podría suponer una opción barata y fácilmente implementable desde AP. Algunos retos de investigación se han ido planteando más arriba.

En conclusión, podríamos decir que una parte importante de la población con LCI atendida en nuestro ámbito parece tener un elevado nivel de ME a la actividad física. Los pacientes con IT, estudios primarios y elevada discapacidad podrían representar un grupo especialmente susceptible, aunque las limitaciones existentes podrían condicionar los resultados.

Mejoras en la implementación de las recomendaciones de las GPC para LCI podrían estar justificadas.

Lo conocido sobre el tema

- El miedo-evitación podría suponer un factor psicosocial de mal pronóstico funcional en la lumbalgia crónica inespecífica.
- Existen instrumentos validados para su estudio.
- Es un factor potencialmente modificable desde entornos clínicos.

Qué aporta este estudio

- Describe características sociodemográficas y clínicas de una amplia muestra de sujetos con lumbalgia crónica inespecífica y analiza su asociación con el miedo-evitación.
- Aporta datos que pueden servir de ayuda en el proceso de identificación de tal factor de riesgo de mal pronóstico funcional en atención primaria previo al uso de instrumentos validados.
- Contribuye a la difusión de una perspectiva biopsicosocial en el manejo del dolor lumbar desde atención primaria.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Bibliografía

1. Grupo Español de Trabajo del Programa Europeo COST B13. Guía de práctica clínica para la lumbalgia inespecífica [consultado 15 Dic 2005]. Disponible en: www.REIDE.org
2. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2012;379:482–91.
3. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2163–96.
4. Van Oostrom SH, Monique Verschuren WM, de Vet HC, Picavet HS. Ten year course of low back pain in an adult population-based cohort — the Doetinchem cohort study. *Eur J Pain*. 2011;15:993–8.
5. Ramond-Roquin A, Bouton C, Beque C, Petit A, Roquelaure Y, Huez JF. Psychosocial risk factors, interventions, and comorbidity in patients with non-specific low back pain in primary care: Need for comprehensive and patient-centered care. *Front Med (Lausanne)*. 2015;2:73.
6. Lamé IE, Peters ML, Vlaeyen JW, Kleef Mv, Patijn J. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *Eur J Pain*. 2005;9:15–24.
7. Fernández-de-las-Peñas C, Hernández-Barrera V, Alonso-Blanco C, Palacios-Ceña D, Carrasco-Garrido P, Jiménez-Sánchez S, et al. Prevalence of neck and low back pain in community-

- dwelling adults in Spain: A population-based national study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011;36:E213–9.
8. Palacios-Ceña D, Alonso-Blanco C, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Fernández-de-las-Peñas C. Prevalence of neck and low back pain in community-dwelling adults in Spain: An updated population-based national study (2009/10-2011/12). *Eur Spine J*. 2015;24:482–92.
 9. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum*. 2012;64:2028–37.
 10. Wong JJ, Côté P, Sutton DA, Randhawa K, Yu H, Varatharajan S, et al. Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *Eur J Pain*. 2017;21:201–16.
 11. Krismer M, van Tulder M, Low Back Pain Group of the Bone and Joint Health Strategies for Europe Project. Strategies for prevention and management of musculoskeletal conditions. Low back pain (non-specific). *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2007;21:77–91.
 12. Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcomes in patients with nonspecific low back pain: A systematic review. *Spine J*. 2014;14:816–36.
 13. Rainville J, Smeets RJ, Bendix T, Tveito TH, Poiraudou S, Indahl AJ. Fear-avoidance beliefs and pain avoidance in low back pain — translating research into clinical practice. *Spine J*. 2011;11:895–903.
 14. Leeuw M, Goossens ME, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JW. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: Current state of scientific evidence. *J Behav Med*. 2007;30:77–94.
 15. Vlaeyen JW. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*. 2000;85:317–32.
 16. Lethem J, Slade PD, Troup JD, Bentley G. Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception-I. *Behav Res Ther*. 1983;21:401–8.
 17. Koes BW, van Tulder M, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2010;19:2075–94.
 18. Calley DQ, Jackson S, Collins H, George SZ. Identifying patient fear-avoidance beliefs by physical therapist managing patients with low back pain. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2010;40:774–83.
 19. Díaz-Cerrillo JL, Rondón-Ramos A, Pérez-González R, Claverocano S. Ensayo no aleatorizado de una intervención educativa basada en principios cognitivo-conductuales para pacientes con lumbalgia crónica inespecífica atendidos en fisioterapia de atención primaria. *Aten Primaria*. 2016;48:440–8.
 20. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main JC. A fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*. 1993;52:157–68.
 21. Kovacs FM, Muriel A, Castillo Sánchez MD, Medina JM, Royuela A. Spanish Back Pain Research Network Psychometric characteristics of the Spanish version of the FAB questionnaire. *Spine*. 2006;31:104–10.
 22. George SZ, Fritz JM, Childs JD. Investigation of elevated fear-avoidance beliefs for patients with low back pain: A secondary analysis involving patients enrolled in physical therapy clinical trials. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2008;38:50–8.
 23. Beneciuk JM, Robinson ME, George SZ. Low back pain subgroups using fear-avoidance model measures: Results of a cluster analysis. *Clin J Pain*. 2012;28:658–66.
 24. Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis*. 1978;37:378–81.
 25. Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short-Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63 Suppl. 11:S240–50.
 26. Kovacs FM, Llobera J, Gil del Real MT, Abaira V, Gestoso M, Fernández C, et al. Validation of the Spanish Version of the Roland-Morris Questionnaire. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2002;27:538–42.
 27. Chung EJ, Hur YG, Jee BH. A study of the relationship among fear-avoidance beliefs, pain and disability index in patients with low back pain. *J Exerc Rehabil*. 2013;9:532–5.
 28. Nava-Bringas TI, Macías-Hernández SI, Vásquez-Ríos JR, Coronado-Zarco R, Miranda-Duarte A, Cruz-Medina E, et al. Fear-avoidance beliefs increase perception of pain and disability in Mexicans with chronic low back pain. *Rev Bras Reumatol*. 2017;57:306–10.
 29. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2017;389(10070):736–47.
 30. Rodríguez Rieiro C. Utilidad de la Resonancia Magnética en pacientes con dolor lumbar inespecífico. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Comunidad de Madrid; 2013. *Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias*.
 31. Slade SC, Kent P, Patel S, Bucknall T, Buchbinder R. Barriers to primary care, clinicians adherence to clinical guidelines for the management of low back pain: A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Clin J Pain*. 2016;32:800–16.
 32. Fujii T, Matsudaira K, Oka H. Factors associated with fear-avoidance. Beliefs about low back pain. *J Orthop Sci*. 2013;18:909–15.
 33. De Moraes Vieira EB, de Góes Salvetti M, Damiani P, de Mattos Pimenta CA. Self-efficacy and fear avoidance beliefs in chronic low back pain patients: Coexistence and associated factors. *Pain Manag Nurs*. 2014;15:593–602.
 34. Lundberg M, Grimby-Ekman A, Verbunt J, Simmonds MJ. Pain-related fear: A critical review of the related measures. *Pain Res Treat*. 2011;2011, 494196.
 35. Simon CB, Stryker SE, George SZ. Comparison of work-related fear-avoidance beliefs across different anatomical locations with musculoskeletal pain. *J Pain Res*. 2011;4:253–62.
 36. George SZ, Stryker SE. Fear-avoidance beliefs and clinical outcomes for patients seeking outpatient physical therapy for musculoskeletal pain conditions. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2011;41:249–59.
 37. Øyeflaten I, Opsahl J, Eriksen HR, Braathen TN, Lie SA, Brage S, et al. Subjective health complaints, functional ability, fear avoidance beliefs, and days on sickness benefits after work rehabilitation — a mediation model. *BCM Musculoskelet Disord*. 2016;17:225.
 38. Meroni R, Piscitelli D, Bonetti F, Zambaldi M, Guccione AA, Pillastrini P. Rasch analysis of the Italian version of fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ-I). *Disabil Rehabil*. 2015;37:151–7.
 39. Zale EL, Ditte JW. Pain-related fear, disability, and the fear-avoidance model of chronic pain. *Curr Opin Psychol*. 2015;5:24–30.
 40. Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Held U, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. Fear-avoidance beliefs — a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: A systematic review. *Spine J*. 2014;14:2658–78.