

Laura Cejudo Sánchez

**EL NIVELL DE CONSCIÈNCIA DE GÈNERE ENTRE ELS PROFESSIONALS A
CÀRREC DEL DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DEL DOLOR CRÒNIC: UN ESTUDI
OBSERVACIONAL**

TREBALL DE FI DE GRAU

dirigit pel Sr. Carlos Giménez Donoso

Grau de Fisioteràpia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Reus

2024



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

FACULTAT DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA SALUT

Vistiplau pel lliurament i defensa del Treball de Fi de Grau de Fisioteràpia

En/na.....en la
seva tasca com a tutor, considera que

EL TREBALL PRÀCTIC ANOMENAT:

REALITZAT PER:

.....
.....
.....
.....

ÉS ADEQUAT I, EN CONSEQÜÈNCIA, EN RECOMANA LA DEFENSA

Signatura tutor/ data

**GIMENEZ
DONOSO
CARLOS -
72885776H**

Firmado digitalmente
por GIMENEZ
DONOSO CARLOS -
72885776H
Fecha: 2024.05.08
20:18:48 +02'00'

RESUM

Introducció: L'objectiu d'aquest estudi observacional és determinar l'estat de coneixement i presa de consciència amb relació a l'existència del biaix de gènere en el diagnòstic i tractament del dolor crònic dels professionals encarregats de dur-lo a terme, analitzant el seu nivell de consciència de gènere.

Metodologia: Durant el curs 2023/24 es va distribuir una enquesta en format *on-line* als metges i fisioterapeutes d'arreu d'Espanya que haguessin tractat o diagnosticat dolor crònic. Per la creació de l'enquesta es va fer servir com a inspiració l'escala N-GAMS i diverses afirmacions de la literatura consultada. Per analitzar les dades es va fer servir el *Google Formularios*, l'*Excel* i el programa *SPSS*.

Resultats: Es va analitzar la població d'estudi (n=152) en la qual la majoria dels participants eren dones (62,8%), fisioterapeutes (77%) i menors de 40 anys (65,2%) i que el seu nivell de consciència de gènere era mig o alt (87%). Es va fer una anàlisi comparativa mitjançant la prova Xi-quadrat de Pearson i es va determinar que els homes i els metges tenen consciència de gènere més baixa.

Discussió: Suggerim que, per part dels professionals, podria percebre's el dolor en dones erròniament i que hi ha una tendència a subestimar el dolor en elles i sobreestimar-lo en ells, possiblement influïts pels estereotips de gènere. La mida i representativitat de la mostra, la falta de validació de l'enquesta i l'absència d'alguns filtres en aquesta, van limitar l'anàlisi d'aquest estudi.

Conclusió: Destaquem que els homes i els metges tenen una consciència de gènere més baixa que les dones i els fisioterapeutes, i subratllem la importància tenir en compte com els estereotips de gènere influeixen en l'atenció al pacient.

Paraules clau: Biaix, Sexisme, Dolor crònic, Gènere i Salut, Perspectiva de gènere

RESUMEN

Introducción: El objetivo de este estudio observacional es determinar el estado de conocimiento y toma de conciencia con relación a la existencia del sesgo de género en el diagnóstico y tratamiento del dolor crónico de los profesionales encargados de llevarlo a cabo, analizando su nivel de conciencia de género.

Metodología: Durante el curso 2023/24 se distribuyó una encuesta en formato *on-line* a los médicos y fisioterapeutas de toda España que hubieran tratado o diagnosticado dolor crónico. Para la creación de la encuesta se utilizó como inspiración la escala N-GAMS y varias afirmaciones de la literatura consultada. Para analizar los datos se utilizó el *Google Formularios*, el *Excel* y el programa *SPSS*.

Resultados: Se analizó la población de estudio (n=152) en la que la mayoría de los participantes eran mujeres (62,8%), fisioterapeutas (77%) y menores de 40 años (65,2%) y que su nivel de conciencia de género era medio o alto (87%). Se hizo un análisis comparativo mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson y se determinó que los hombres y los médicos tienen conciencia de género más baja.

Discusión: Sugerimos que, por parte de los profesionales, podría percibirse el dolor en mujeres erróneamente y que hay una tendencia a subestimar el dolor en ellas y sobreestimarlos en ellos, posiblemente influidos por los estereotipos de género. El tamaño y representatividad de la muestra, la falta de validación de la encuesta y la ausencia de algunos filtros en la misma, limitaron el análisis de este estudio.

Conclusión: Destacamos que los hombres y los médicos tienen una conciencia de género más baja que las mujeres y los fisioterapeutas y, subrayamos la importancia tener en cuenta cómo los estereotipos de género influyen en la atención al paciente.

Palabras clave: Sesgo, Sexismo, Dolor crónico, Género y Salud, Perspectiva de género

ABSTRACT

Introduction: The objective of this observational study is to determine the state of knowledge and awareness in relation to the existence of gender bias in the diagnosis and treatment of chronic pain among the professionals in charge of carrying it out, analyzing their level of gender awareness.

Methodology: During the 2023/24 academic year, a survey was distributed online to doctors and physiotherapists from all over Spain who had treated or diagnosed chronic pain. For the creation of the survey, the N-GAMS scale and various statements from the literature consulted were used as inspiration. The data was analyzed using *Google Forms*, *Excel*, and the *SPSS program*.

Results: The study population (n=152) was analyzed in which most participants were women (62.8%), physiotherapists (77%) and under 40s (65.2%) and whose level of gender awareness was medium or high (87%). A comparative analysis was done using the Pearson Chi-square test, and it was determined that men and doctors have lower gender awareness.

Discussion: We suggest that, on the part of professionals, there could be a misperception of pain in women and that there is a tendency to underestimate pain in them and overestimate it in men, possibly influenced by gender stereotypes. The size and representativeness of the sample, the lack of validation of the survey, and the absence of some filters in it, limited the analysis of this study.

Conclusion: We highlight that men and doctors have lower gender awareness than women and physiotherapists, and we emphasize the importance of considering how gender stereotypes influence patient care.

Key words: Bias, Sexism, Chronic pain, Gender and Health, Gender perspective

1 INTRODUCCIÓ

1.1 DEFINICIÓ

El dolor, segons l'Associació Internacional per a l'Estudi del Dolor, és una experiència sensorial i emocional desagradable associada o similar a un dany tissular real o potencial, influenciada per factors biològics, psicològics i socials [1-3]. D'altra banda, el dolor crònic (DC) es caracteritza per ser persistent o recurrent durant més de tres mesos [4] i està associat amb canvis neurobiològics característics, així com factors biopsicosocials. És un terme que abasta diverses condicions doloroses com la fibromiàlgia i la migranya [5], i ha estat reconegut com una malaltia per l'Organització Mundial de la Salut des del 2019 [6]. Es tracta d'un important problema de salut que afecta el 19% dels adults europeus [5].

1.2 EPIDEMIOLOGIA

El Baròmetre de Dolor Crònic del 2022, revela que el DC afecta el 25,9% de la població espanyola, representant un gran desafiament sanitari [7].

L'impacte laboral del DC és significatiu, amb un 28,6% dels pacients necessitant baixa laboral en l'últim any, i un percentatge important abandonant la seva ocupació o modificant el seu lloc de treball. Les dones afectades per fibromiàlgia enfronten desafiaments addicionals a causa de les freqüents baixes laborals, la bretxa salarial i la proporció més gran de treballs a temps parcial [3].

L'atenció primària és el servei de referència per a pacients amb DC, visitat pel 86,7% d'ells. A més, un percentatge considerable de pacients experimenta trastorns de salut mental com depressió i ansietat, destacant la importància de la prevenció i la cura en salut mental en aquest àmbit [7].

Pel que fa al sexe, les dones tenen una major prevalença de la malaltia en comparació amb els homes, representant la majoria dels pacients amb DC [7]. A més, les dones tenen una major probabilitat de patir fibromiàlgia [6,8], dolors de cap i dolors a la columna vertebral en comparació amb els homes [6].

1.3 DOLOR CRÒNIC I GÈNERE

1.3.1 Sexe i gènere

Les diferències de gènere i sexe influeixen en la forma en què homes i dones experimenten el dolor [9]. El gènere es refereix a rols, comportaments i identitats socialment construïts [10-12], mentre que el sexe es refereix a característiques biològiques [12,13].

Aquests factors tenen un impacte significatiu en múltiples aspectes de la salut [12], incloent-hi l'experiència i expressió del dolor, la resposta al tractament i les estratègies d'afrontament [9,14] les quals, les dones, tendeixen a utilitzar-les de manera desadaptativa, la qual cosa les predispone al DC i redueix la seva capacitat funcional. A més, tenen llimars i tolerància al dolor més baixos, experimenten una major intensitat i malestar amb el dolor, i poden tenir diferents sensibilitats a l'analgèsia en comparació amb els homes [9].

1.3.2 Les normes de gènere i la masculinitat hegemònica

L'organització sexista de la societat, basada en l'andronormativitat, crea vulnerabilitats diferenciades segons el sexe i el gènere [15]. La masculinitat es considera la norma en la medicina, relegant la feminitat a un segon pla. Factors com la història de dolor prèvia, treballs repetitius i la manca de suport familiar perpetuen la desigualtat de gènere [16]. Malgrat avenços en la incorporació de les dones a l'àmbit laboral, la igualtat de gènere encara no es reflecteix a la pràctica, especialment en la distribució de les tasques domèstiques [11,15]. La sobrecàrrega resultant de combinar el treball remunerat amb la cura de persones dependents contribueix als dolors crònics en les dones, manifestant-se amb major intensitat amb el temps [6]. El treball domèstic no només compleix un rol de gènere, sinó que també esdevé una construcció educativa de la feminitat davant la malaltia [11].

Els estereotips de gènere i les desigualtats estructurals afecten negativament les dones amb DC [17]. La masculinitat hegemònica, definida com l'estàndard idealitzat de comportament masculí, també influeix en aquest context [14]. A Espanya, aquest model tradicional de gènere assigna a les dones el paper principal en les tasques domèstiques i de cura, mentre que els homes són responsables de proveir econòmicament [15].

1.3.3 Biaixos de gènere i atenció sanitària

Els biaixos de gènere, que malinterpreten les diferències entre homes i dones en la seva naturalesa i els seus comportaments, poden portar a una atenció mèdica desigual i discriminatòria [14]. La socialització de gènere impacta en com homes i dones aborden el

dolor, amb homes sent vistos com a estoics i dones més disposades a expressar malestar [6,14].

Les dones tenen més probabilitats d'experimentar DC i són més propenses a buscar atenció mèdica [6,9,14,16,19]. No obstant això, els informes de dolor de les dones es prenen menys seriosament, i el seu dolor sovint s'etiqueta com a psicossomàtic [6,14]. Com a resultat, les dones poden trigar més a ser diagnosticades i rebre un tractament adequat [19]. El reduccionisme psicològic contribueix a la subestimació del DC en les dones, la qual cosa porta a tractaments inadequats i una manca d'accés a serveis especialitzats [6], això pot afectar negativament l'autoestima de les dones i perpetuar un cercle viciós de manca d'atenció mèdica adequada [21].

És crucial que els professionals de la salut reconeguin i validin el dolor de les pacients, mostrant empatia i desenvolupant una relació de confiança [14]. A més, es necessiten procediments assistencials individualitzats que abordin totes les dimensions del DC, incloent-hi aspectes mèdics, psicològics i socials [7].

El desafiament futur rau a implementar estratègies que abordin de manera integral el DC, reconeixent i respectant les experiències individuals dels pacients [11].

1.4 JUSTIFICACIÓ

Les barreres individuals i interpersonals contribueixen als biaixos de gènere en l'atenció mèdica [22], la qual cosa pot resultar en inequitats en l'atenció sanitària. És crucial que els professionals de la salut reconeguin i abordin sistemàticament les diferències de sexe i gènere, mitjançant la formació i la conscienciació de gènere per reduir els biaixos diagnòstics i garantir i promoure l'equitat en l'atenció mèdica [23,24].

Els prejudicis de gènere en la medicina i l'atenció sanitària són generalitzats i contribueixen a les disparitats de salut en l'àmbit social [25,13]. És essencial analitzar la consciència de gènere dels professionals de la salut en l'abordatge del DC per identificar i abordar possibles biaixos que puguin afectar la qualitat de l'atenció brindada als pacients.

2 OBJECTIUS

El present estudi parteix de la hipòtesi que falta coneixement i consciència de gènere en la pràctica clínica dedicada a l'abordatge del DC.

2.1 GENERALS

Determinar l'estat de coneixement i presa de consciència amb relació a l'existència del biaix de gènere en el diagnòstic i tractament del DC dels professionals encarregats de dur-lo a terme.

2.2 ESPECÍFICS:

- Analitzar les dades demogràfiques dels professionals enquestats.
- Analitzar quins són els tipus de DC que diagnostiquen i/o tracten els professionals enquestats.
- Analitzar la població a la qual els professionals tracten i/o diagnostiquen amb més freqüència amb relació al gènere, edat i nivell econòmic.
- Analitzar quins tractaments són utilitzats pels professionals per abordar el DC.
- Analitzar si hi ha diferències entre l'edat i el nivell de consciència de gènere (NCG) entre els professionals enquestats.
- Analitzar si hi ha diferències entre la professió i el NCG entre els professionals enquestats.
- Analitzar si hi ha diferències entre el gènere i el NCG entre els professionals enquestats.

3 MATERIAL I MÈTODES

Aquest estudi es va dur a terme al Grau de Fisioteràpia de la Universitat Rovira i Virgili, a Reus, durant el segon quadrimestre del curs 2023/2024.

El Comitè Ètic es va passar el 28 de setembre de 2023 i es va començar a realitzar la recerca bibliogràfica durant els mesos de novembre, desembre i gener de 2024.

La recollida de dades per dur a terme aquest estudi es va dur a terme mitjançant una enquesta que va ser dissenyada des de la plataforma *Google Formularis* (vegeu Annex 1), que es va elaborar durant els mesos de febrer i març, i va durar aproximadament un mes, des del 22 de març fins al 21 d'abril de 2024.

L'ompliment d'aquesta enquesta va tenir una durada estimada de 5 minuts. En aquesta, es van realitzar una sèrie de preguntes demogràfiques; a continuació, unes preguntes referents a la pràctica clínica habitual, acabant amb una secció d'opinió on s'indicava el grau d'acord amb

algunes afirmacions. Al final de l'enquesta es va disposar un apartat on escriure qualsevol recomanació, queixa o opinió.

Per a l'elaboració de l'enquesta es va prendre com a inspiració l'escala *Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale* (N-GAMS) creada per Verdonk *et al.* [26] i adaptada per Morais *et al.* [25] en la qual s'analitza el NCG en estudiants sanitaris. Per construir els ítems del qüestionari es van prendre diverses afirmacions recolzades per la bibliografia consultada i que es desenvolupen en l'apartat d'Introducció del present treball (vegeu Taula 1).

Taula 1. Fonts i puntuació dels ítems de l'enquesta

Ítem	Afirmació	Font	Puntuació
16	“La primera causa de consulta de las mujeres en los centros de atención primaria es el dolor crónico.” [14]	Mora <i>et al.</i> (2017)	1p = Dolor crónico 0p = ELSE
17.A	“El dolor crónico está mucho más influenciado por factores psicosociales que el dolor agudo.” [5]	Raffaelli <i>et al.</i> (2021)	2p = Totalmente de acuerdo 1p = Parcialmente de acuerdo 0p = Nada de acuerdo
17.B	“Las mujeres tienen umbrales y tolerancia al dolor más bajos que los hombres.” [9] *Falsificada en el questionari	Mills <i>et al.</i> (2019)	0p = Totalmente de acuerdo 1p = Parcialmente de acuerdo 2p = Nada de acuerdo
17.C	“Los hombres y las mujeres no comparten las tareas domésticas de manera equitativa.” [11] *Falsificada en el questionari	Briones-Vozmediano <i>et al.</i> (2016)	0p = Totalmente de acuerdo 1p = Parcialmente de acuerdo 2p = Nada de acuerdo
17.D	“Los hombres evitan buscar atención médica.” [14]	Samulowitz <i>et al.</i> (2018)	2p = Totalmente de acuerdo 1p = Parcialmente de acuerdo 0p = Nada de acuerdo
17.E	“Los sanitarios tienden a creer que las mujeres tienen más posibilidades	Schäfer <i>et al.</i> (2016)	0p = Totalmente de acuerdo

	de exagerar su dolor.” [20]		1p = Parcialmente de acuerdo
	*Falsificada en el questionari perquè és una creença, no una realitat.		2p = Nada de acuerdo
17.F	“Los sanitarios tienden a creer que el dolor que experimentan las mujeres es más psicossomático.” [6,14]	Samulowitz <i>et al.</i> (2018); Gil-García & Cáceres (2020)	0p = Totalmente de acuerdo 1p = Parcialmente de acuerdo
	* Falsificada en el questionari perquè és una creença, no una realitat.		2p = Nada de acuerdo
17.G	“Los sanitarios tienden a creer que el dolor que experimentan las mujeres se resuelve con antidepresivos.” [14]	Samulowitz <i>et al.</i> (2018)	0p = Totalmente de acuerdo 1p = Parcialmente de acuerdo
	* Falsificada en el questionari perquè és una creença, no una realitat.		2p = Nada de acuerdo
17.H	“Las mujeres tardan más tiempo en ser diagnosticados de dolor crónico que los hombres.” [19]	Sociedad Española del Dolor (2022)	0p = Totalmente de acuerdo 1p = Parcialmente de acuerdo
	*Falsificada en el questionari.		2p = Nada de acuerdo
18.A	“Actualmente, las mujeres tienen doble jornada: la laboral y la doméstica (cuidadora).” [11,15]	Briones-Vozmediano <i>et al.</i> (2016); Mora <i>et al.</i> (2017)	2p = Muy probable 1p = Algo probable 0p = Nada probable 0p = No lo sé
18.B	“Las mujeres experimentan mayor intensidad y malestar con el dolor que los hombres.” [9]	Mills <i>et al.</i> (2019)	2p = Muy probable 1p = Algo probable 0p = Nada probable 0p = No lo sé
18.C	“Las mujeres dominan los diagnósticos de dolor crónico.” [6,9,14,16,19]	Gil-García & Cáceres (2020); Barómetro de Dolor Crónico en España (2022); Mills <i>et al.</i> (2019); Samulowitz <i>et al.</i> (2018); Gallach <i>et al.</i> (2020); Sociedad Española de Dolor (2022)	2p = Muy probable 1p = Algo probable 0p = Nada probable 0p = No lo sé
18.D	“Los sanitarios tienden a creer que las mujeres acostumbran a exagerar su dolor.” [20]	Schäfer <i>et al.</i> (2016)	0p = Muy probable 1p = Algo probable 2p = Nada probable 0p = No lo sé
	* Falsificada en el questionari perquè és una creença, no una realitat.		

18.E	“Los estereotipos de género afectan negativamente las experiencias de las mujeres con dolor crónico.” [17]	Zarajova <i>et al.</i> (2021)	2p = Muy probable 1p = Algo probable 0p = Nada probable 0p = No lo sé
18.F	“Actualmente, el dolor crónico representa un importante problema sanitario en todo el mundo.” [5,7]	Raffaelli <i>et al.</i> (2021); Barómetro de Dolor Cen España (2022)	2p = Muy probable 1p = Algo probable 0p = Nada probable 0p = No lo sé
19	“Socialmente las mujeres se perciben como dispuestas a verbalizar el malestar.” [6,14]	Samulowitz <i>et al.</i> (2018); Gil-García & Cáceres (2020)	1p = Dispuestas a verbalizar el malestar 0p = ELSE
20	“Existe el sesgo de género en el abordaje del dolor crónico.” [13,14,21-24]	Rojek & Jenkins (2016); Samulowitz <i>et al.</i> (2018); Ruiz-Cantero <i>et al.</i> (2019); Celik <i>et al.</i> (2011); Bartual-Figueras <i>et al.</i> (2023); Morais <i>et al.</i> (2020)	10p = Sí 0p = No

D'aquesta manera, amb la puntuació resultant, es van definir els nivells de consciència de gènere de la següent manera:

- ≤ 10 = Molt Baix NCG
- $10 - 20$ = Baix NCG
- $20 - 30$ = Mig NCG
- ≥ 30 = Alt NCG

Per arribar a la població diana, l'enquesta va ser distribuïda per correu electrònic a tots els col·legis de Fisioterapeutes i Metges d'Espanya, hospitals amb Unitats de Dolor i professors i tutors de pràctiques. També es va distribuir per la plataforma d'*Instagram*, contactant amb professionals dels sectors de Fisioteràpia i Medicina dedicats a la divulgació amb mitjà/gran impacte mediàtic perquè compartissin l'enquesta i, finalment, es van repartir uns cartells amb un QR (vegeu Annex 2) pels hospitals, Centres d'Atenció Primària (CAP) i carrers de Girona i Barcelona.

3.1 CRITERIS D'INCLUSIÓ I EXCLUSIÓ DE LES ENQUESTES

L'enquesta anava dirigida, aproximadament, a una població potencial d'un total de 350.000 professionals, sumant el nombre de metges col·legiats (292.413) i fisioterapeutes col·legiats (61.530) d'Espanya, sent conscients de que al ser de participació voluntària, no es podria aspirar a aconseguir una mostra tan elevada com el públic potencial. No es va excloure cap de

les enquestes respostes, ja que els criteris d'exclusió limitaven la participació de l'enquesta. Els criteris d'inclusió i exclusió es poden veure a la Taula 2.

Taula 2. Criteris d'inclusió i exclusió de les enquestes.

Inclusió	Exclusió
Ser metge o fisioterapeuta a Espanya i haver tractat o diagnosticat DC.	No ser metge o fisioterapeuta. No residir a España. No haver tractat ni diagnosticat DC.

3.2 ANÀLISI DE DADES

Per a l'anàlisi de dades es va utilitzar, d'una banda, la mateixa anàlisi de les variables que fa automàticament el *Google Formularios* i que es pot exportar en format *Microsoft Office Excel* i, d'altra banda, el programa *SPSS®*, *Statistical Package for the Social Sciences* per fer l'anàlisi comparativa entre variables.

La base de dades es va crear a partir de l'*Excel* exportat de l'aplicatiu de *Google Formularios*, amb la qual es van analitzar les freqüències demogràfiques dels participants i el tipus de dolor, pacients i tractaments de la seva pràctica clínica habitual.

Per analitzar el NCG dels participants i la seva relació amb les seves dades demogràfiques, es va importar la base de dades al programa *SPSS®*. A partir d'aquí es van transformar les variables puntuables per la seva puntuació (segons la Taula 1), i es va tornar a exportar a *Excel* per calcular el sumatori. Una vegada introduïda la nova variable de "Nivell de consciència de gènere", es va tornar a importar al programa *SPSS®* per analitzar si hi havia diferències entre el NCG i alguns ítems de l'enquesta. Això últim es va realitzar mitjançant la prova de Xi-quadrat atès que les variables amb les quals treballem són qualitatives. En cada anàlisi, els valors p per sota de 0,05 es van considerar com a estadísticament significatius.

4 RESULTATS

4.1 POBLACIÓ D'ESTUDI

D'una població d'estudi potencial d'aproximadament 350.000 professionals, van contestar l'enquesta un 0,04% ($n=152$). Malgrat el baix percentatge de participació, tenint en compte que la població potencial a qui anava dirigida era molt alta, considerem que 152 participants és una mostra suficient per dur a terme la nostra anàlisi. Dels professionals que van

respondre, el 77% (n=117) van ser fisioterapeutes, mentre que el 23% (n=35) van ser metges; el 62,8% (n=100) van ser dones, mentre que el 34,2% (n=52) van ser homes. Finalment, el 42,8% (n=65) es trobaven entre els 20 i 30 anys, el 22,4% (n=34) es trobaven entre els 31 i els 40 anys, el 21,7% (n=33) es trobaven entre els 41 i els 50 anys, el 9,2% (n=14) es trobaven entre els 51 i els 60 anys i el 3,9% (n=6) van manifestar tenir més de 60 anys. Aquestes dades es poden consultar d'una manera més gràfica en l'Annex 3.

4.2 ANÀLISI DE LA PRÀCTICA CLÍNICA

En la pràctica clínica es van analitzar els tipus de DC diagnosticats i tractats, els grups poblacionals afectats i les eines terapèutiques utilitzades. L'anàlisi completa de la pràctica clínica es pot trobar en l'Annex 4 i els punts més destacables són els següents:

El tipus de DC diagnosticat i tractat es va classificar de la següent manera, tenint en compte que el 78,9% (n=120) ha diagnosticat DC al llarg de la seva carrera professional i un 100% (n=152) l'ha tractat,:

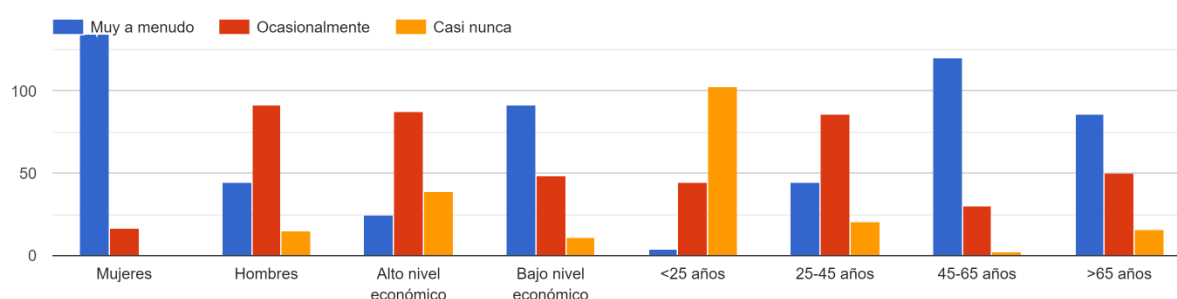
- En primer lloc, el 96,7% (n=116) ha diagnosticat DC primari i un 97,4% (n=148) l'ha tractat.
- En segon lloc, el 64,2% (n=77) ha diagnosticat dolor musculoesquelètic secundari crònic i un 80,3% (n=122) l'ha tractat.
- En tercer lloc, el 57,5% (n=69) ha diagnosticat DC postquirúrgic o posttraumàtic i un 73,7% (n=112) l'ha tractat.
- En quart lloc, el 54,2% (n=65) ha diagnosticat dolor neuropàtic crònic i un 63,2% (n=96) l'ha tractat.
- En cinquè lloc, el 34,2% (n=41) ha diagnosticat cefalea o el dolor bucofacial secundari crònic i un 51,3% (n=78) l'ha tractat.
- Finalment, el DC per càncer ha sigut el menys tractat i diagnosticat pels professionals enquestats, sent en un 24,2% (n=29) dels casos, diagnosticat, i en un 30,9% (n=47) dels casos, tractat.

Respecte a la població a la qual es diagnostica o tracta el DC, els resultats més destacables han estat els següents (vegeu Figura 1):

- La majoria dels professionals enquestats informen que atenen “molt sovint” els següents grups poblacionals:
 - o El 88,8% (n=135), dones.

- El 60,5% (n=92), persones amb baix nivell econòmic.
- El 78,9% (n=120), persones d'entre 45 i 65 anys.
- El 56,6% (n=86), persones de més de 65 anys.
- La majoria dels professionals enquestats informen que atenen “ocasionalment” els següents grups poblacionals:
 - El 60,5% (n=92), homes.
 - El 57,9% (n=88), persones amb un alt nivell econòmic.
 - El 56,6% (n=86), persones d'entre 25 i 45 anys.
- Finalment, el 67,8% (n=103) dels professionals enquestats informen que “quasi mai” atenen persones de menys de 25 anys.

Figura 1. Gràfica de la freqüència en consulta dels diferents grups poblacionals.



Respecte a les eines terapèutiques que fan servir els metges (n=35) per tractar el DC, els resultats més destacables han estat els següents:

- La majoria dels metges enquestats informen que utilitzen “molt sovint” els antiinflamatoris no esteroides (AINE) o paracetamol (91,4%; n=32) i la fisioteràpia (80%; n=28).
- La majoria dels metges enquestats informen que utilitzen “ocasionalment” els ansiolítics (51,4%; n=18), els antidepressius (60%; n=21), els opioïdes (62,9%; n=22), les infiltracions (71,4%; n=25) i la Unitat de Dolor (65,7%; n=23).
- El 57,1% (n=20) dels metges enquestats informen que “quasi mai” utilitzen el tractament quirúrgic.

Per altra banda, respecte a les eines terapèutiques que fan servir els fisioterapeutes (n=117), els resultats més destacables han estat els següents:

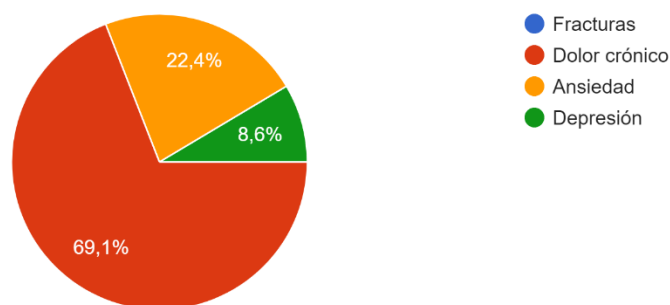
- La majoria dels fisioterapeutes enquestats informen que utilitzen “molt sovint” la teràpia manual (76,9%; n=90), l’educació en neurociència del dolor (END) (72,6%; n=85) i l’exercici terapèutic (100%; n=117).
- La majoria dels fisioterapeutes enquestats informen que “quasi mai” utilitzen l’ultrasò (69,2%; n=81), la magnetoteràpia (61,5%; n=72) i les microones (65,8%; n=77).

4.3 ANÀLISI DEL NIVELL DE CONSCIÈNCIA DE GÈNERE

Respecte al NCG es van analitzar els ítems 16, 17, 18, 19 i 20 i es van calcular les freqüències de les respostes. D’aquesta manera, les respostes més destacades de cadascun són les següents:

Respecte a l’ítem 18: “La primera causa de consulta en atención primaria de las mujeres”, trobem que el 69,1% (n=105) opinen que és el DC, el 22,4% (n=34) opinen que és l’ansietat i el 8,6% (n=13) opinen que és la depressió (vegeu Figura 2).

Figura 2. Gràfica del que creuen, els professionals, sobre quina és la primera causa de consulta en atenció primària de les dones.



Respecte a l’ítem 17, en el que s’ha d’indicar el grau d’acord amb les següents afirmacions, es destaquen els següents resultats:

- L’afirmació amb la qual més professionals estan totalment d’acord, amb un 83,6% (n=127) és: “El dolor crónico está mucho más influenciado por factores psicosociales que el dolor agudo”.
- L’afirmació amb la qual més professionals estan parcialment d’acord, amb un 69,1% (n=105) és: “Los hombres evitan buscar atención médica”.
- Les afirmacions amb les quals més professionals estan res d’acord són:
 - o Amb un 62,5% (n=95): “Los hombres y las mujeres comparten las tareas domésticas de manera equitativa”.

- Amb un 66,4% (n=101): “Las mujeres tienen más posibilidades de exagerar su dolor”.
- Amb un 75,7% (n=115): “Normalmente, el dolor que experimentan las mujeres se resuelve con antidepresivos”.

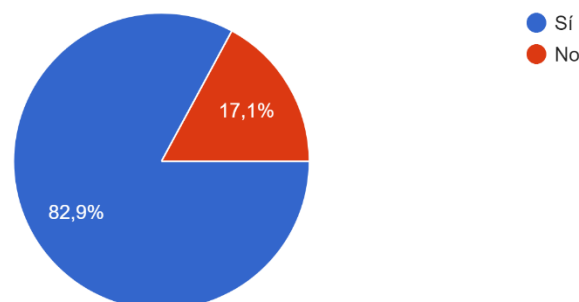
Respecte a l'ítem 18, en el que s'ha d'indicar com de probable es creu que poden ocórrer les següents afirmacions, es destaquen els següents resultats:

- Les afirmacions que els professionals creuen que és molt probable que passin són:
 - Amb un 69,1% (n=105): “Actualmente, las mujeres tienen doble jornada: la laboral y la doméstica (cuidadora)”.
 - Amb un 62,5% (n=95): “Los estereotipos de género afectan negativamente a las experiencias de las mujeres con dolor crónico”.
 - Amb un 96,1% (n=146): “Actualmente, el dolor crónico representa un importante problema sanitario en todo el mundo”.
- L'afirmació que els professionals creuen que no és gens probable que passi, amb un 65,8% (n=100) és: “Las mujeres acostumbran a exagerar su dolor”.

Respecte a l'ítem 19: “Socialmente, las mujeres se perciben como...”, trobem que el 33,6% (n=51) creuen que es perceben com a disposades a suportar experiències doloroses, el 31,6% (n=48) creuen que es perceben com a disposades a verbalitzar el malestar, el 28,9% (n=44) creuen que es perceben com a tolerants al dolor i, finalment, el 5,9% (n=9) creuen que es perceben com a estoiques.

Respecte a l'ítem 20, “Existe el sesgo de género en el abordaje del dolor crónico”, trobem que el 82,9% (n=126) creu que Sí que existeix el biaix de gènere en l'abordatge del DC (vegeu Figura 3).

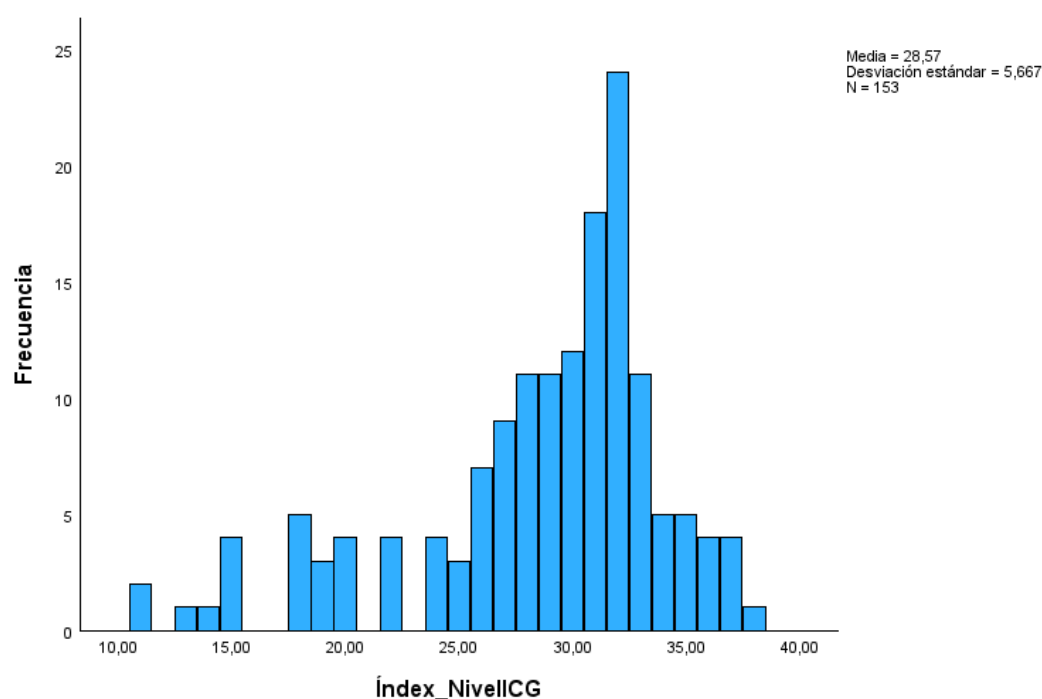
Figura 3. Gràfic de si els professionals creuen que existeix el biaix de gènere en l'abordatge del DC.



Finalment, respecte al NCG dels professionals, tenint en compte la taula de puntuacions creada a partir de la bibliografia i la classificació del NCG, s'obtenen els següents resultats: en primer lloc, cap professional enquestat té un NCG molt baix, d'altra banda, el 13,1% (n=20) dels professionals té un nivell baix mentre que el 39,9% (n=61) té un nivell mig i, finalment, el 47,1% (n=72) té un NCG molt alt.

Com que el NCG és una variable quantitativa (prèviament a la seva classificació), es va calcular la mitjana i la desviació estàndard, obtenint una mitjana de 28,57 punts, i, per tant, situaria a la població de l'estudi en un NCG mig (vegeu Figura 4).

Figura 4. Histograma de la variable "Nivell de consciència de gènere".



L'anàlisi completa dels ítems d'opinió amb els que s'ha calculat el NCG es pot consultar a l'Annex 5.

4.4 ANÀLISI DEL NIVELL DE CONSCIÈNCIA DE GÈNERE EN RELACIÓ ALS ÍTEMS DE L'ENQUESTA

Es va utilitzar la prova del Xi-Quadrat, ja que es comparen dues variables qualitatives i es compleix la condició per utilitzar-la: que el valor esperat sigui com a mínim de 5 en el 80% dels casos. El resultat s'obté a partir del nivell de significació (p), que si és $>0,05$ s'accepta la hipòtesi nul·la (H_0) i, per tant, les dues variables no tenen relació; i si és $<0,05$ es rebutja la

hipòtesi nul·la, acceptant l'alternativa, és a dir, que sí que tenen relació. Aquesta prova es va dur a terme per analitzar si hi havia relació entre el NCG i cadascun dels ítems de l'enquesta.

L'anàlisi completa de les relacions entre els ítems de l'enquesta i el NCG es pot consultar a l'Annex 6.

4.4.1 Nivell de consciència de gènere segons la professió dels participants

Es va analitzar el NCG de gènere segons la professió dels participants mitjançant la prova de Xi-quadrat, ja que partim de dues variables qualitatives: "Professió" (Metge, Fisioterapeuta) i "Nivell de consciència de gènere" (Molt baix, Baix, Mig i Alt). El resultat obtingut va ser $p < 0,05$ i, per tant, rebutgem la hipòtesi nul·la i acceptem l'alternativa: existeix relació entre la professió dels participants i el NCG.

En un 16,7% dels valors esperats de les caselles es va obtenir un recompte menor que 5, però donat que cal que el 80% estigui per sobre de 5, i això es compleix, es dona per vàlida la prova realitzada.

4.4.2 Nivell de consciència de gènere segons l'edat dels participants

Es va analitzar el NCG segons l'edat dels participants mitjançant la prova de Xi-quadrat, ja que, com que vam agrupar les edats en franges, partim de dues variables qualitatives: "Edat" (20-30, 31-40, 41-50, 51-60, Més de 60) i "Nivell de consciència de gènere" (Molt baix, Baix, Mig i Alt). Perquè la prova fos vàlida cal que en un 80% dels valors esperats de les caselles s'obtingui un recompte major que 5. En aquest cas només es va aconseguir en un 40%, per tant, es van haver d'agrupar les modalitats per tal que el recompte fos menor que 5.

Així doncs, es van formar dos grups: menors de 40 anys i majors de 40 anys. Amb aquests dos grups definits, no es van obtenir diferències significatives i, en conseqüència, no hi ha relació entre l'edat i el NCG.

4.4.3 Nivell de consciència de gènere segons el gènere dels participants

Es va analitzar el NCG segons el gènere dels participants mitjançant la prova de Xi-quadrat, ja que partim de dues variables qualitatives: "Gènere" (Dona, Home) i "Nivell de consciència de gènere" (Molt baix, Baix, Mig i Alt). En aquest cas, tot i que la variable "Gènere" tenia, en realitat, quatre components (Dona, Home, No binari, Altres), com que les respostes de les enquestes es van repartir entre "Dona" i "Home", només tenim aquestes dues en compte.

El resultat obtingut va ser $p < 0,05$ i, per tant, rebutgem la hipòtesi nul·la i acceptem l'alternativa: existeix relació entre el gènere dels participants i el NCG.

La condició que almenys en un 80% dels valors esperats de les caselles s'obtingui un recompte major que 5 es compleix i, en conseqüència, es dona la prova com a vàlida.

4.4.4 Nivell de consciència de gènere segons la resposta de l'ítem 20: “Existe sesgo de genero en el abordaje del dolor crónico...”

Es va analitzar el NCG amb relació a si havien contestat que sí que existeix el biaix de gènere en l'abordatge del DC o que no existeix mitjançant la prova de Xi-quadrat, ja que partim de dues variables qualitatives: “Ítem 20” (Sí, No) i “Nivell de consciència de gènere” (Molt baix, Baix, Mig i Alt). Els resultats obtinguts confirmen que existeix una diferència significativa i, per tant, les persones que van contestar que No existeix biaix de gènere en l'abordatge del DC tenen un NCG baix.

En un 16,7% dels valors esperats de les caselles es va obtenir un recompte menor que 5, però donat que cal que el 80% estigui per sobre de 5, i això es compleix, es dona per vàlida la prova realitzada.

5 DISCUSSIÓ

Partint de la hipòtesi que falta coneixement i consciència de gènere en la pràctica clínica dedicada a l'abordatge del DC, es va realitzar una enquesta dirigida als professionals metges i fisioterapeutes que s'encarreguen de diagnosticar i tractar el DC i es va administrar en format *on-line*.

Es va observar que la majoria dels participants de l'enquesta van ser dones, mentre que gairebé la meitat de les respostes van ser de professionals d'entre 20 i 30 anys. Per altra banda, també es va veure que la majoria dels enquestats es dediquen a la fisioteràpia. Respecte al tipus de DC, es va veure que la majoria dels professionals diagnostiquen i tracten DC primari, el postquirúrgic o posttraumàtic i el musculoesquelètic secundari crònic i ho fan molt sovint a dones, persones amb baix nivell econòmic i majors de 45 anys mentre que quasi mai ho fan a menors de 25 anys. Per altra banda, respecte a les eines terapèutiques emprades, es va veure que la majoria dels metges prescriuen molt sovint AINE o paracetamol i Fisioteràpia mentre que quasi mai utilitzen tractament quirúrgic i, la majoria dels fisioterapeutes utilitzen molt sovint teràpia manual, END i exercici terapèutic mentre que quasi mai utilitzen eines d'electroteràpia com l'ultrasò, la magnetoteràpia o les microones.

Per mesurar el NCG es van presentar unes afirmacions amb les quals els professionals havien d'indicar el grau d'acord o com de probable creien que podien succeir, a més de tres preguntes en les quals havien d'indicar una resposta d'entre un conjunt. Respecte a la primera causa de consulta de les dones en els CAP, la majoria creuen que és per DC. Per altra banda, respecte al grau d'acord, observem que la gran majoria estan totalment d'acord amb el fet que el DC està molt més influenciat per factors psicosocials que el dolor agut, mentre que al voltant del 75% dels enquestats no està gens d'acord amb el fet que, normalment, el dolor que experimenten les dones se soluciona amb antidepressius. Respecte com de probable creuen que poden passar les afirmacions de l'enquesta, la gran majoria dels enquestats creu que és molt probable que el DC representi un important problema sanitari en tot el món, mentre que més de la meitat opinen que no és gens probable que les dones acostumin a exagerar el seu dolor. Tot seguit, veiem que la major part dels participants opinen que les dones es perceben, socialment, com tolerants al dolor o disposades a suportar experiències doloroses. Finalment, en l'última pregunta podem veure com el 17,1% dels enquestats opina que no existeix el biaix de gènere en l'abordatge del DC.

A partir de la puntuació extreta del qüestionari, es va calcular el NCG de cadascun dels enquestats i es va veure que la majoria de participants tenia un nivell mig o alt. En analitzar la relació entre el NCG i alguns ítems de l'enquesta, es va observar que hi havia diferències significatives respecte a la professió, el gènere i si creien que existeix biaix de gènere en l'abordatge del DC. A partir d'aquests resultats, ens centrarem en els que ens han cridat més l'atenció:

En primer lloc, cal destacar que, en l'anàlisi descriptiva de les eines terapèutiques emprades pels professionals, obtenim que la majoria dels metges opten per tractaments antiàlgics i fisioteràpia, i els fisioterapeutes opten per la teràpia manual, l'END i l'exercici terapèutic. Això és un resultat molt positiu, ja que segons diversos autors, els programes d'END, la teràpia cognitivoconductual i l'exercici físic són superiors als tractaments fisioterapèutics habituals (termoteràpia, electroteràpia i exercicis supervisats) i això podria suggerir que la majoria dels professionals enfoca el tractament del dolor crònic amb estratègies recolzades per l'evidència [27,28,29].

En segon lloc, en el primer dels ítems puntuables on trobem que el 30% dels professionals enquestats creu que la primera causa de consulta de les dones en els CAP és ansietat o depressió, ens pot indicar que, com que són trastorns més prevalents en dones [30, 31], els

professionals podrien trobar-se més casos en les seves consultes i pensar que poden ser la primera causa, malgrat que és el DC. Per altra banda, Segons Ortega-Ruiz “la medicina ha sigut, [...] al llarg de la història, una font important d’ideologia sexista [32]”. És per això que la fisiologia de la dona ha sigut històricament associada a la malaltia mental, donant com a resultat una visió androcèntrica i patriarcal de la bogeria i que ha tingut implicacions en les pràctiques clíniques [33]. Per tant, els professionals podrien pensar que la primera causa és quelcom més psicològic a causa d’aquest pensament sexista dins la medicina i la salut mental.

També observem que un 62,5% dels enquestats opina que les dones es perceben com tolerants al dolor o disposades a suportar experiències doloroses, això s’explica, ja que és una creença que resideix en l’imaginari col·lectiu, però en realitat, no és així. Per una banda, Mills *et al.* i Riley *et al.* afirmen que en general les dones tenen un menor llindar de dolor i menor tolerància a estímuls nocius [9,34]. Per altra banda, Ramírez-Maestre & Esteve afirmen que la diferència entre sexes no és tan significativa com el nivell de resiliència i els recursos per afrontar el DC [35]. Finalment, segons Gil-García & Cáceres i Samulowitz *et al.*, als nens i homes se’ls ensenya a tolerar el dolor i les experiències doloroses mentre que a les nenes i les dones se les socialitza perquè verbalitzin el malestar [6,14].

Respecte a les relacions entre el NCG i cadascun dels ítems, vam trobar diferències significatives entre la professió i el NCG, acceptant la hipòtesi alternativa que hi ha relació entre ambdues, arribant a la conclusió que són els metges els que tenen un NCG menor respecte als fisioterapeutes. Tot i això, malgrat que no hi hagi literatura que parli de si els metges tenen menys NCG que els fisioterapeutes, aprofitarem per posar el focus d’atenció a aquests resultats, ja que podríem sospitar que això és així perquè els fisioterapeutes passen més estona amb els pacients i poden acostar-se més a totes les realitats, en canvi, en alguns casos, segons afirma Fariña-González, al voltant de la relació metge-pacient s’està segregant la tasca individual del metge [36].

Tanmateix, en la nostra enquesta no vam trobar diferències significatives entre l’edat i el NCG tot i que, segons Goussault-Capmas *et al.*, els estereotips de gènere augmenten amb l’edat dels metges de família amb un gradient molt clar [37]. Sospitem que els nostres resultats difereixen dels seus, ja que la nostra mostra conté un gran percentatge de participants joves. Això és així, ja que bona part de la mostra es va aconseguir a partir de la plataforma d’*Instagram*, fet que, d’alguna manera, filtra l’accés a persones d’edat avançada.

Tot seguit, vam trobar diferències significatives entre el gènere dels professionals i el NCG, acceptant la hipòtesi alternativa que hi ha relació entre ambdues, arribant a la conclusió que són els homes els que tenen un NCG més baix respecte a les dones. Això no ens sorprèn, ja que en estudis duts a terme en universitats per veure el NCG que tenien els estudiants sanitaris s'observen troballes similars [25,26,38-40] així com altres estudis que ho observen en metges, infermers i farmacèutics obtenint, també, resultats similars [37,41]. Tots aquests estudis arribaran a la conclusió, amb la qual concordem, que aquestes troballes podrien explicar com la diferència de gènere entre els pacients i els metges pot influir en la manera en què els sanitaris gestionen els pacients en la pràctica mèdica general i s'associa al seu grau d'acord sobre els consells que donen en consulta [37,42,43].

Així mateix, analitzant l'ítem 17.F: “Normalmente, el dolor que experimentan las mujeres es más psicossomático”, on observem que més de la meitat dels participants està parcialment (47,7%) o totalment d'acord (17,6%). Això podria explicar-se a partir del que comenten Schäfer *et al.* i De Francisco & Palczewski, que afirmen que els sanitaris acostumen a subestimar el dany en les dones i sobreestimar-lo en els homes, ja que existeix la falsa creença que més dones expressen o exageren el dolor amb més facilitat, influint en el tractament que rebran els pacients, sent el tractament psicològic o psicofarmacèutic recomanat a dones i tractament analgèsic a homes [20,44].

Per altra banda, també es van veure dades rellevants respecte a l'ítem 17.H: “Los hombres tardan más tiempo en ser diagnosticados de dolor crónico que las mujeres.”, on es pot observar que més de la meitat dels participants està parcialment (45,1%) o totalment d'acord (31,4%). Tenint en compte que, segons la Sociedad Española del Dolor, les dones tarden una mitja de sis anys en ser diagnosticades, mentre que els homes tres anys [19]. Aquests resultats els associem a la desconexió de l'epidemiologia del DC en general i al fet que, probablement, en la seva pràctica clínica, han vist situacions diferents d'aquestes dades epidemiològiques.

Finalment, es van trobar diferències entre la resposta de l'ítem 20: “Existe el sesgo de género en el abordaje del dolor crónico” i el NCG acceptant la hipòtesi alternativa que hi ha relació entre ambdues, arribant a la conclusió que les persones que van contestar que no existeix el biaix de gènere en l'abordatge de DC tenen un NCG menor respecte als que van contestar que sí. Això és així, ja que nombrosos estudis afirmen que existeix [13,14,21-24] i no ser

conscient d'això no és només una desconeixença sinó que comporta una falta de sensibilitat envers les qüestions de gènere que ens ocupen actualment.

5.1 LIMITACIONS

Les nostres troballes s'han d'interpretar tenint en compte les limitacions que s'han presentat al llarg de l'estudi. La mida de la mostra utilitzada en aquest estudi (n=152) ha estat molt petita i poc representativa respecte a la població a la qual anava dirigida. Això és així, ja que per accedir a la mostra ens vam trobar diverses barreres burocràtiques que van fer impossible que l'enquesta arribés als metges dels hospitals i CAP de tot Espanya, a banda que, tot i que molts col·legis tant de metges com de fisioterapeutes d'arreu d'Espanya van publicar l'enquesta als seus portals i revistes, res assegurava que tots els membres dels col·legis ho veiessin ni ho contestessin. Amb relació a això, és possible que s'hagin perdut potencials participants a causa del títol de l'enquesta: "El papel que juega el género en el abordaje del dolor crónico en España – TFG", ja que és probable que les persones que tenen un nivell molt baix de consciència de gènere o que ni en tenen, no els hagi interessat el tema i directament hagin desestimat la seva participació. També cal destacar que, malgrat que els resultats obtinguts no reflecteixen un NCG baix entre la comunitat sanitària que es dedica a l'abordatge del DC, s'ha de tenir en compte que la major part de la mostra són dones i fisioterapeutes, i són, precisament, els que tenen més NCG. Per tant, partim d'una mostra poc equilibrada i creiem que les dades no són extrapolables.

Per altra banda, el fet que el qüestionari sigui de creació pròpia i que, en conseqüència, no estigui validat, fa que els resultats de l'estudi siguin dèbils i poc representatius i, com a resultat, es necessiti molta més recerca en aquest àmbit, tot i que actualment ja hi ha grups d'investigadors que estan creant i validant escales i qüestionaris amb relació al NCG, que per ara s'estan administrant a estudiants, però ja es comencen a extrapolar a l'esfera sanitària professional.

Finalment, a l'hora de crear l'enquesta s'hauria d'haver afegit una pregunta per filtrar que els professionals que contestessin l'enquesta fossin col·legiats, ja que aquesta no apareix i, per tant, res ens assegura que no siguin estudiants (tot i que no hi hauria manera de demostrar que realment estan col·legiats); en l'ítem de l'edat s'hauria d'haver posat una casella per posar l'edat exacta i així tenir una variable quantitativa i poder analitzar-la amb la prova T de Student i, finalment, s'hauria d'haver clarificat que els fisioterapeutes no diagnostiquen per norma general i, per tant, si s'havia contestat Fisioterapeuta, no es podia contestar que sí que

diagnostiquen DC ni es podia contestar la pregunta referent als tipus de DC diagnosticat, i si s'havia contestat Metge, no es podia contestar la pregunta referent a eines terapèutiques adreçades als fisioterapeutes (tot i ser metge rehabilitador). De totes maneres no es va descartar cap d'aquestes respostes, ja que no alterarien les troballes amb relació al NCG.

5.2 LÍNIES FUTURES

Cal continuar investigant el paper que juga el biaix de gènere en l'abordatge del DC en les consultes mèdiques i fisioterapèutiques d'Espanya, ja que és important posar sobre la taula les problemàtiques conseqüents del sistema patriarcal que afecten el sistema sanitari i, en definitiva, la salut de les persones.

També cal afegir que aquest estudi només s'ha centrat en el biaix de gènere seguint el model binari (Home/Dona), però la societat no només està travessada pel sexisme o el masclisme sinó que existeix un sistema d'opressió en el que diverses categories biològiques, socials i culturals interaccionen en múltiples i simultanis nivells i, per tant, no actuen de manera independent [45]. És per això que calen molts més estudis analitzant el biaix de gènere interaccionant amb el racisme, la xenofòbia, l'homofòbia, la transfòbia, el capacitisme i tots els prejudicis basats en la intolerància [46], ja que no és el mateix que una dona blanca cisgènere i heterosexual vagi a una consulta a manifestar que té dolor crònic que ho faci una dona negra, una dona transsexual, una dona gitana... o una intersecció de totes elles.

6 CONCLUSIONS

En la mostra analitzada trobem que la majoria de participants són dones, fisioterapeutes i menors de quaranta anys, i que el seu NCG és mig o alt. Segons els resultats analitzats destaquem que els homes i els metges tenen un NCG més baix que les dones i els fisioterapeutes i no hem trobat diferències en l'edat malgrat que altres estudis sí que ho han fet, la qual cosa associem a la falta de mostra d'edats més avançades. Tot i això, és important destacar com els estereotips de gènere influeixen en la cura del pacient i com això pot accentuar les desigualtats en l'atenció sanitària.

7 BIBLIOGRAFIA

1. Subcommittee on Taxonomy International Association for the Study of Pain. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on taxonomy. *Pain*. 1979;6:249.
2. Grande-Gascón ML, Calero-García MJ, Ortega-Martínez R. Impacto social y familiar de la fibromialgia. *Seminario médico*. 2021;63(1):13-27.
3. Sluka KA y George SZ. A New Definition of Pain: Update and Implications for Physical Therapist Practice and Rehabilitation Science. *Physical therapy*, 2021;101(4).
4. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finnerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JWS, Wang S. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015;156(6):1003-7.
5. Raffaelli W, Tenti M, Corraro A, Malafoglia V, Ilari S, Balzani E, Bonci A. Chronic Pain: What Does It Mean? A Review on the Use of the Term Chronic Pain in Clinical Practice. *J Pain Res*. 2021;14:827-35
6. Gil-García E i Cáceres R. Dolor crónico: consecuencias en la salud de las mujeres. *Cuadernos para la Salud de las Mujeres*. Instituto Andaluz de la Mujer. 2020;(5).
7. Barómetro del dolor crónico en España 2022: Análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivell nacional. Fundación Grünenthal España. Observatorio del Dolor. [Internet]. 28 Abr 2023 [citado 26 Feb 2024]. Disponible en: <https://www.fundaciongrunenthal.es/fundacion/pdfs/barometro-dolor-cronico-espana-2022.pdf>
8. El-Tallawy SN, Nalamasu R, Salem GI, LeQuang JAK, Pergolizzi JV, Christo PJ. Management of Musculoskeletal Pain: An Update with Emphasis on Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain Ther*. Jun 2021;10(1):181-209.
9. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth*. Ago 2019;123(2):273-83.
10. CIHR Institute of Gender and Health. What is gender? What is sex? [Internet]. Modificado 8 May 2023 [citado 26 Feb 2024]. Disponible: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/48642.html>

11. Briones-Vozmediano E, Vives-Cases C, Goicolea I. "I'm not the woman I was": Women's perceptions of the effects of fibromyalgia on private life. *Health Care Women Int.* 2016;37(8):836-54.
12. Boerner KE, Chambers CT, Gahagan J, Keogh E, Fillingim RB, Mogil JS. Conceptual complexity of gender and its relevance to pain. *Pain.* 2018;159(11):2137-41.
13. Rojek MK i Jenkins MR. Improving Medical Education Using a Sex and Gender-Based Medicine Lens. *J Womens Health (Larchmt).* 2016;25(10):985-9.
14. 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.
15. Mora E, Pujal M, Albertín P. Los contextos de vulnerabilidad de género del dolor crónico. *Rev. Int. Sociol.* [Internet]. 30 Jun 2017 [citat 26 Feb 2024];75(2):e058. Disponible en:
<https://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/672>
16. Gallach E, Bermejo M, Robledo R, Izquierdo R, Canos M. Determinantes de género en el abordaje del dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor.* 2020;27(4):252-6.
17. Zajacova A, Grol-Prokopczyk H, Zimmer Z. Sociology of Chronic Pain. *J Health Soc Behav.* 2021;62(3):302-17
18. Ruiz-Cantero MT. *Sesgos de género en la atención sanitaria.* Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2009.
19. El sesgo de género, uno de los principales problemas en el abordaje de pacientes con dolor crónico. *Sociedad Española del Dolor.* [Internet]. 5 Oct 2022 [citat 26 Feb 2024]. Disponible en: <https://www.grunenthal.es/medios/notas-de-prensa/2022/sesgo-genero-principales-problemas-abordaje-pacientes-dolor-cronico>
20. Schäfer G, Prkachin KM, Kaseweter KA, Williams AC. Health care providers' judgments in chronic pain: the influence of gender and trustworthiness. *Pain.* 2016;157(8):1618-25.
21. Ruiz-Cantero MT, Blasco-Blasco M, Chilet-Rosell E, Peiró AM. Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: de la investigación a la atención sanitaria. *Farm Hosp.* 2020;44(3):109-13.
22. Ruiz-Cantero MT, Tomás-Aznar C, Rodríguez-Jaume MJ, Pérez-Sedeño E, Gasch-Gallén A. Agenda de género en la formación en ciencias de la salud: experiencias Internacionales para reducir tiempos en España. *Gac Sanit.* 2019;33(5):485-90.

23. Celik H, Lagro-Janssen TA, Widdershoven GG, Abma TA. Bringing gender sensitivity into healthcare practice: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2011;84(2):143-9.
24. Bartual-Figueras MT, Donoso-Vázquez T, Sierra-Martínez FJ, Turmo J. Validación de una escala de consciencia de género en el alumnado de ciencias de la salud. *Gac Sanit*. 2023;37(1):32-7.
25. Morais R, Bernardes SF, Verdonk P. Gender awareness in medicine: adaptation and validation of the Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale to the Portuguese population (N-GAMS). *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2020;25(2):457-77.
26. Verdonk P, Benschop YWM, De Haes H, Lagro-Janssen TL. Medical students' gender awareness. *Sex Roles*. 2008;8:222-34.
27. Casabella-Abril B. Nuevas perspectivas en el abordaje del dolor. *Atención Primaria*. Feb 2024;56(2).
28. Gállego-Murillo MJ, García-Colino AM, Iglesias-Triviño AR, Padilla-Quero E, Palomares-Peña MP, Álvaro-Verdejo P. Abordaje del dolor crónico musculoesquelético en las unidades de fisioterapia de atención primaria. *Revista Sanitaria de Investigación*. 16 Des 2022; 3(12).
29. Galán-Martín MÁ. Educación en neurociencia del dolor y ejercicio físico para el tratamiento del dolor crónico de espalda. Intervención desde unidades de fisioterapia de atención primaria. [Tesis doctoral]. 2020.
30. Martínez I. Diferencia sexual y salud: un análisis desde las políticas de igualdad de género. En Barberá E i Martínez I, editors. *Psicología y género*. Madrid: Prentice Hall; 2004. p. 295-323.
31. Ramos-Lira L. ¿Por qué hablar de género y salud mental?. *Salud Ment*. [Internet]. Ago 2014 [citat 3 Mai 2024];37(4):275-81. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000400001&lng=es.
32. Ortega-Ruiz C. Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea. *Cuadernos Kóre*. 2011;1(4):208-23.
33. Del Río-Pedraza C. La medicalización del malestar en la mujer. Una valoración crítica. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. Jun 2022;42(141):55-73.
34. Riley JL 3rd, Robinson ME, Wise EA, Myers CD, Fillingim RB. Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a meta-analysis. *Pain*. 1998;74(2-3):181-7.

35. Ramírez-Maestre C, Esteve R. The role of sex/gender in the experience of pain: resilience, fear, and acceptance as central variables in the adjustment of men and women with chronic pain. *J Pain*. 2014;15(6):608-18.
36. Fariña-González J. El médico visto desde la sociedad por una presidenta de Colegio de Médicos. *Educ méd. Des* 2006;9(1): 12-4.
37. Goussault-Capmas P, Panjo H, Pelletier-Fleury N. Gender awareness among general practitioners in France: a cross sectional study using the Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale (N-GAMS). *Scientific reports*. 8 Mar 2024;14(1).
38. Andersson J, Verdonk P, Johansson EE, Lagro-Janssen T, Hamberg K. Comparing gender awareness in Dutch and Swedish first-year medical students - results from a questionnaire. *BMC Medical Education*. 12 Gen 2012;12(1).
39. Rrustemi I, Locatelli I, Schwarz J, Lagro-Janssen T, Fauvel A, Clair C. Gender awareness among medical students in a Swiss University. *BMC Med Educ*. 3 Jun 2020;20(1):156.
40. Bert F, Boietti E, Rousset S, Pompili E, Tibaldeo EF, Gea M, Scaioli G, Siliquini R. Gender sensitivity and stereotypes in medical university students: An Italian cross-sectional study. *PLoS One*. 6 Gen 2022;17(1):e0262324.
41. Shamasneh B, Nemer M, Abu-Rmeileh NME. Gender Awareness in Healthcare: Contextualization of an Arabic Version of the Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale (N-GAMS). *Healthcare (Basel)*. 20 Feb 2023;11(4):629.
42. Schieber AC, Delpierre C, Lepage B, Afrite A, Pascal J, Cases C, Lombrail P, Lang T, Kelly-Irving M; INTERMEDE group. Do gender differences affect the doctor-patient interaction during consultations in general practice? Results from the INTERMEDE study. *Fam Pract*. 2014;31(6):706-713.
43. Gross R, McNeill R, Davis P, Lay-Yee R, Jatrana S, Crampton P. The association of gender concordance and primary care physicians' perceptions of their patients. *Women Health*. 2008;48(2):123-144.
44. De Francisco VP, Palczewski CH. *Gender in communication: a critical introduction*. Thousand Oaks (CA): Sage. p. 9.
45. Knudsen S. Intersectionality. A theoretical inspiration in the analysis of minority cultures and identities in textbooks. En Bruillard E, Aamotsbakken B, Knudsen S, Horsley M, editors. *Caught in the Web or lost in the textbook?*. París: Jouve/iartem: 2006. p. 61-76.

AGRAÏMENTS

En primer lloc, m'agradaria agrair al meu tutor Carlos Giménez per la disposició a tutoritzar-me aquest treball, per les paraules d'ànims i tranquil·litat donades al llarg de tot el procés i per fer-me creure que realment valia la pena l'esforç. Dins el jardí en el que ens vam posar, hi ha hagut sortida.

En segon lloc, agrair a tot el professorat, tutors de pràctiques i altres fisioterapeutes amb qui he tingut la sort de trobar-me al llarg del grau i que m'han donat un cop de mà per distribuir les enquestes, que les han contestat i que han reconegut que aquest és un tema important dins la fisioteràpia.

Finalment, moltes gràcies a les persones més importants de la meva vida per fer-me creure en mi mateixa i que el que faig té un sentit i un valor. Gràcies per aguantar-me i acompanyar-me sempre.

QUADRE D'ABREVIATURES

Abreviatura	Significat
DC	Dolor crònic
NCG	Nivell de consciència de gènere
N-GAMS	Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale
CAP	Centre d'Atenció Primària
AINE	Anti-Inflamatori No Esteroide
END	Educació en neurociència del dolor
COT	Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia
TENS	Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

ANNEXOS

ANNEX 1. ENQUESTA, FULL D'INFORMACIÓ A LA PERSONA PARTICIPANT SOBRE L'ESTUDI I DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT

El papel que juega el género en el abordaje del dolor crónico en España - TFG

Bienvenido/a, me llamo Laura Cejudo, soy estudiante de 4º de Fisioterapia en la Universitat Rovira i Virgili (URV) y estoy haciendo un estudio sobre la **influencia del género en el abordaje del dolor crónico**.

Este estudio pretende conocer si el género influye o no y de qué manera en el diagnóstico y tratamiento del dolor crónico, a través de encuestas a **médicos** y **fisioterapeutas** encargados de ello.

La encuesta tiene una duración estimada de **5 minutos**.

Para la validez de este estudio se precisa que se respondan las cuestiones con la **mayor sinceridad** posible y **una única vez**.

** Indica que la pregunta és obligatòria*

1. He leído la [hoja de información a la persona participante sobre el estudio](#) *

Marqueu només un oval.

Sí

2. He leído el [documento de consentimiento informado](#) y acepto participar en el estudio *

Marqueu només un oval.

Sí

3. He leído y acepto la política de protección de datos *

Marqueu només un oval.

Sí

Preguntas demográficas

4. Edad: *

Marqueu només un oval.

- 20-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- Más de 60

5. Género: *

Marqueu només un oval.

- Hombre
- Mujer
- No binario
- Otro
- Prefiero no decirlo

6. Profesión: *

Marqueu només un oval.

- Fisioterapeuta
- Médico

7. Si ha contestado Médico, indique la especialidad:

8. ¿Reside en España? *

Marqueu només un oval.

Sí

Preguntas respecto a su práctica clínica habitual

9. ¿Ha diagnosticado pacientes con dolor crónico a lo largo de su carrera profesional? *

Marqueu només un oval.

Sí

No

10. En caso de haber respondido "Sí", ¿qué tipo de dolor ha diagnosticado? (puede seleccionar más de una opción)

Seleccioneu totes les opcions que corresponguin.

- Crónico primario (fibromialgia, lumban/cervical/torácico/extremidades, ATM u orofacial, síndrome de dolor regional complejo)
- Crónico por cáncer
- Crónico posquirúrgico o postraumático
- Musculoesquelético secundario crónico (osteoartritis, espondilosis, Parkinson, esclerosis múltiple...)
- Neuropático crónico
- Cefalea o dolor bucofacial secundario crónico

11. ¿Ha tratado pacientes con dolor crónico a lo largo de su carrera profesional? *

Marqueu només un oval.

Sí

No

12. En caso de haber respondido "Sí", ¿qué tipo de dolor ha tratado? (puede seleccionar más de una opción)

Seleccioneu totes les opcions que corresponguin.

- Crónico primario (fibromialgia, lumban/cervical/torácico/extremidades, ATM u orofacial, síndrome de dolor regional complejo)
- Crónico por cáncer
- Crónico posquirúrgico o postraumático
- Musculoesquelético secundario crónico (osteoartritis, espondilosis, Parkinson, esclerosis múltiple...)
- Neuropático crónico
- Cefalea o dolor bucofacial secundario crónico

13. Indique con qué frecuencia trata o diagnostica problemas de dolor crónico en los siguientes grupos poblacionales: *

Marqueu només un oval per fila.

	Muy a menudo	Ocasionalmente	Casi nunca
Mujeres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hombres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alto nivel económico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bajo nivel económico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<25 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25-45 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45-65 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
>65 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. En caso de haber respondido Médico en la pregunta Profesión, indique con qué frecuencia utiliza las siguientes herramientas terapéuticas:

Marqueu només un oval per fila.

	Muy a menudo	Ocasionalmente	Casi nunca
Ansiolíticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antidepresivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AINEs o paracetamol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opioides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamiento quirúrgico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infiltración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fisioterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psicología	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unidad de Dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. En caso de haber respondido Fisioterapeuta en la pregunta Profesión, indique con qué frecuencia utiliza las siguientes herramientas terapéuticas

Marqueu només un oval per fila.

	Muy a menudo	Ocasionalmente	Casi nunca
TENS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ultrasonido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magnetoterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ultrasonido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magnetoterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Microondas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia manual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educación en neurociencia del dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ejercicio terapéutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinesiotape	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Técnicas de relajación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sección de opinión

16. Indique cuál cree que es la primera causa de consulta de las mujeres en los centros *
de atención primaria:

Marque *només* un oval.

- Fracturas
 Dolor crónico
 Ansiedad
 Depresión

17. Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones: *

Marque *només* un oval per fila.

	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Nada de acuerdo
El dolor crónico está mucho más influenciado por factores psicosociales que el dolor agudo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las mujeres tienen umbrales y tolerancia al dolor más altos que los hombres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los hombres y las mujeres comparten las tareas domésticas de manera equitativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los hombres evitan buscar atención médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las mujeres tienen más posibilidades de exagerar su dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Normalmente,
el dolor que
experimentan
las mujeres es
más
psicosomático

Normalmente,
el dolor que
experimentan
las mujeres se
resuelve con
antidepresivos

Los hombres
tardan más
tiempo en ser
diagnosticados
de dolor
crónico que
las mujeres

18. Indique como de probable cree que pueden ocurrir estas afirmaciones: *

Marqueu només un oval per fila.

	Muy probable	Algo probable	Nada probable	No lo sé
Actualmente, las mujeres tienen doble jornada: la laboral y la doméstica (cuidadora)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las mujeres experimentan mayor intensidad y malestar con el dolor que los hombres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las mujeres dominan los diagnósticos de dolor crónico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las mujeres acostumbran a exagerar su dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Los
estereotipos
de género
afectan
negativamente
a las
experiencias
de las mujeres
con dolor
crónico

Actualmente,
el dolor
crónico
representa un
importante
problema
sanitario en
todo el mundo

19. Socialmente, las mujeres se perciben como: *

Marqueu només un oval.

- Tolerantes al dolor
- Dispuestas a verbalizar el malestar
- Dispuestas a soportar experiencias dolorosas
- Estoicas

20. Existe el sesgo de género en el abordaje del dolor crónico: *

Marqueu només un oval.

- Sí
- No

¡Muchas gracias por participar!

21. Aquí tiene un espacio para añadir cualquier recomendación, queja u opinión sobre la encuesta.

Hoja de información a la persona participante sobre el estudio

Encuesta on-line sobre la influencia del género en el abordaje del dolor crónico en España

Equipo investigador

- **Investigadora:** Laura Cejudo Sánchez
laura.cejudo@estudiants.urv.cat
- **Tutor:** Carlos Giménez Donoso
carlos.gimenez@urv.cat

Centro

Universitat Rovira i Virgili (URV), Reus.

Objetivo del estudio

Identificar como se realiza el abordaje del dolor crónico en la práctica clínica de las consultas españolas y conocer el papel que juega la variante género.

Participación voluntaria

Su participación en este estudio es voluntaria y puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

Metodología

La recogida de la información se realizará mediante una encuesta, que tendrá una duración estimada de 5 minutos en la cual se encontrarán una serie de preguntas demográficas, a continuación, unas preguntas referentes a su práctica clínica habitual acabando con una sección de opinión donde deberá indicar su grado de acuerdo con algunas afirmaciones. Al final de la encuesta habrá una cajita donde podrá escribir cualquier recomendación, queja u opinión.

Participantes

Podrán formar parte del estudio todas aquellas personas que ejerzan las profesiones de fisioterapeuta o médico y que hayan diagnosticado y/o tratado pacientes con dolor crónico en España.

Riesgos y beneficios asociados por participar

La participación en este estudio no conlleva riesgo físico, psíquico o moral alguno. En todo caso, si se llegara a sentir incómodo/a durante la tarea, puede retirar su consentimiento y abandonar la encuesta saliendo de la página web. Dicho abandono no tendrá ninguna repercusión negativa para usted. Los beneficios por participar en este estudio comportarán conocer el papel que juega el género en las consultas fisioterapéuticas y médicas en el abordaje del dolor crónico.

Regulaciones

La información que se obtenga de los cuestionarios será gestionada tal y como prevé la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. El estudio ha sido revisado y aprobado por el Comité Ético de Investigación en Personas, Sociedad y Medio Ambiente (CEIPSA) de la Universitat Rovira i Virgili, que tiene el objetivo de velar por el cumplimiento de lo que establece la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, protección y seguridad biológica, incluida la prevención de riesgos laborales, y aquellas otras cuestiones que afecten al equilibrio entre el desarrollo económico, el bienestar de la sociedad y el medio ambiente.

Confidencialidad y protección de datos

Sus respuestas serán confidenciales y la información obtenida solo la utilizará la investigadora para realizar este trabajo de fin de grado. La información aportada en esta encuesta es totalmente anónima por lo que la confidencialidad se mantendrá a lo largo del estudio, no pudiéndose identificar a ninguna persona física ni durante la realización del estudio, ni en el informe final de la investigación.

Tratamiento de datos

Los datos se recogerán mediante una encuesta on-line y se introducirán en el sistema de información Google Forms. Posteriormente, para analizar los datos se utilizará el programa Microsoft Excel y IBM SPSS Statistics.

Reclamaciones

En el caso de que tuviese alguna inquietud o queja sobre la realización del proyecto, no dude en comunicarse con los investigadores del estudio arriba citados.

Hoja de consentimiento informado

Encuesta on-line sobre la influencia del género en el abordaje del dolor crónico en España

Equipo investigador

- **Investigadora:** Laura Cejudo Sánchez
laura.cejudo@estudiants.urv.cat
- **Tutor:** Carlos Giménez Donoso
carlos.gimenez@urv.cat

Centro

Universitat Rovira i Virgili (URV), Reus.

Manifiesto que:

- He leído la hoja de información al participante sobre el estudio, he podido hacer preguntas y resolver mis dudas sobre el estudio y mi participación y he recibido suficiente información sobre el mismo.
- Comprendo mi participación en el estudio de acuerdo con lo expresado en la hoja de información al participante sobre el estudio y de mis respuestas a las preguntas, así como los riesgos y beneficios que conlleva.
- Acepto que mi participación es voluntaria y doy libremente mi conformidad para participar en el estudio y que me puedo retirar en cualquier momento de la participación en el estudio sin tener que dar explicaciones y sin que esto me pueda causar ningún perjuicio.
- Declaro que he sido informado sobre el tratamiento que se realizará de mis datos personales de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales.
- Doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante sobre este estudio.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación sobre la influencia del género en el abordaje del dolor crónico en España.

Información básica de protección de datos personales

INFORMACIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	
Responsable	El responsable del tratamiento de sus datos personales es la Universidad Rovira i Virgili con CIF Q9350003A y con domicilio fiscal en la calle de L'Escorxador, s/n, 43003 de Tarragona.
Finalidad	Participar en el estudio del Trabajo Final de Grado en los términos que se describen en la hoja de información al participante. En el caso de que el estudio prevea la publicación, difusión y reutilización de los resultados obtenidos incluyendo datos personales, los datos personales serán utilizados para esta finalidad siempre que el interesado haya otorgado su consentimiento.
Derechos	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición al tratamiento, mediante un escrito dirigido al Registro General de la extranet en la misma dirección del domicilio fiscal o mediante su presentación en el Registro General de la Universidad, presencial o telemáticamente, según se indica en https://seuelectronica.urv.cat/registre.html .
Información adicional	Puede consultar información adicional sobre este tratamiento de datos personales denominado <i>Trabajos de Fin de Grado o de Máster de la extranet</i> y sus derechos en el Registro de Actividades del Tratamiento de la extranet publicado en https://seuelectronica.urv.cat/rgpd donde también se puede consultar la Política de Privacidad de la extranet. Asimismo, puede consultar esta información en la Hoja de información al participante sobre el estudio. Adicionalmente, puede dirigir a nuestros delegados de protección de datos cualquier consulta sobre protección de datos personales a la dirección de correo electrónico del dpd@urv.cat .

ANNEX 2. CARTELL PER ATREURE PARTICIPANTS

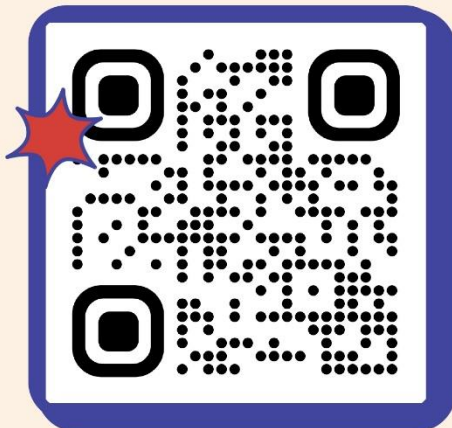
¿Eres médico o fisioterapeuta?

¿Has tratado o diagnosticado
pacientes con dolor crónico a
lo largo de tu carrera?

**¡Esta
encuesta
es para ti!**



Esçanea el QR o
envíame un correo
para poder participar

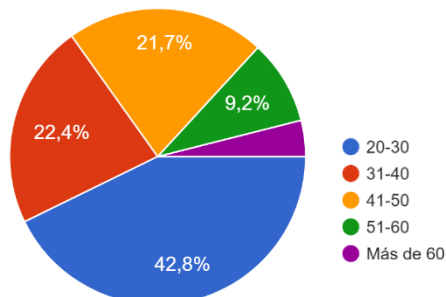


¡Escríbeme!

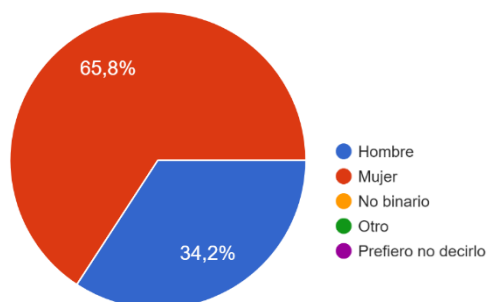
laura.cejudo@estudiants.urv.cat

ANNEX 3. ANÀLISI DEMOGRÀFIC DE LA POBLACIÓ D'ESTUDI

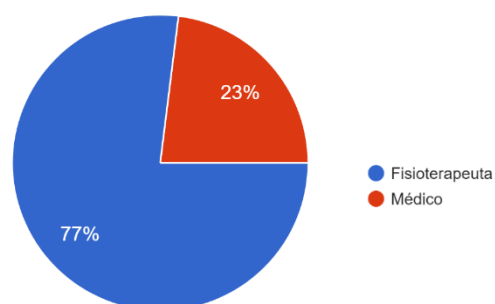
Edat



Gènere



Professió

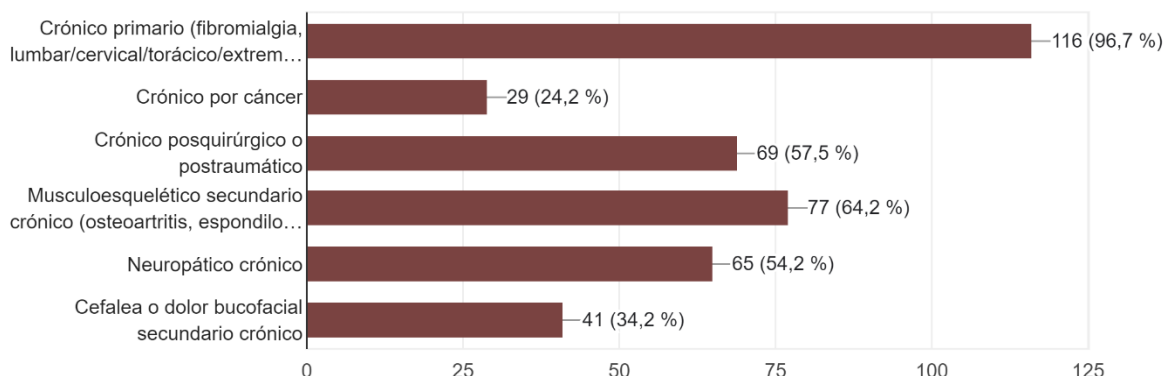


Variable/característica	N	%
Edat (n=152)		
20-30	65	42,8
31-40	34	22,4
41-50	33	21,7
51-60	14	9,2
Més de 60	6	3,9
Gènere (n=152)		
Home	52	34,2
Dona	100	65,8
Professió (n=152)		
Fisioterapeuta	117	77
Metge	35	23
Especialitat (n=35)		
Cardiologia	1	0,7
COT	6	3,9
Familiar i comunitària	22	15
Física i rehabilitació	2	1,3
Geriatría	1	0,7
Reumatologia	1	0,7

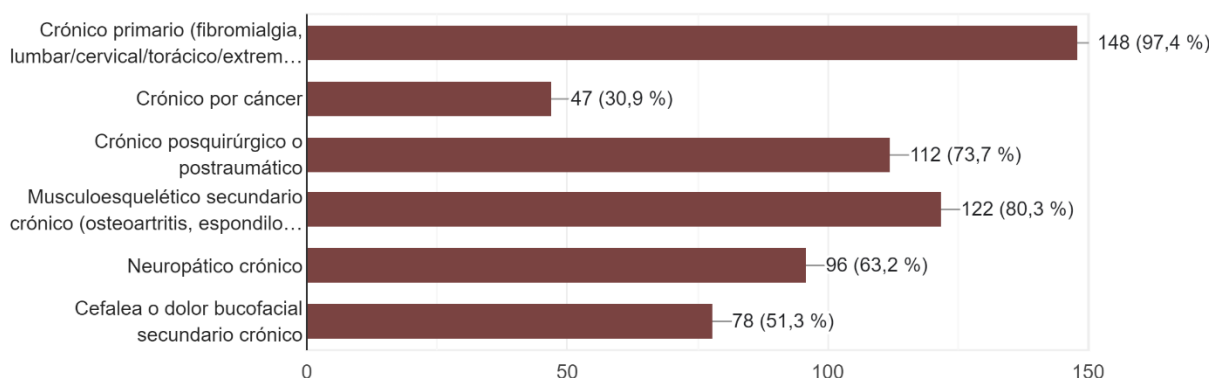
COT: Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia

ANNEX 4. ANÀLISI DE LA PRÀCTICA CLÍNICA DELS PARTICIPANTS

Tipus de dolor crònic diagnosticat

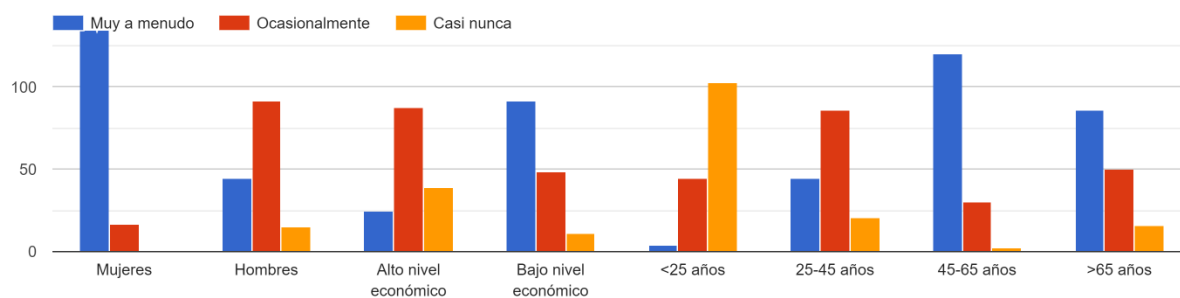


Tipus de dolor crònic tractat



Amb quina freqüència tracten o diagnostiquen els grups poblacionals

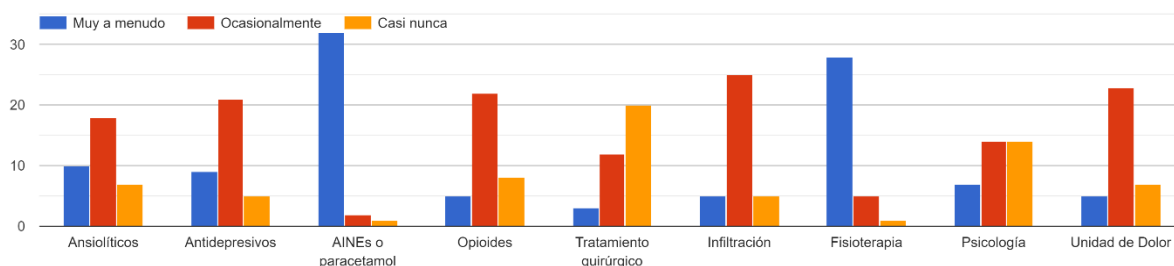
	Molt sovint		Ocasionalment		Quasi mai	
	N	%	N	%	N	%
Dones	136	88,9	17	11,1		
Homes	45	29,4	93	60,8	15	9,8
Alt nivell econòmic	25	16,3	89	58,2	39	25,5
Bajo nivell econòmic	93	60,8	49	32	11	7,2
<25 anys	4	2,6	45	29,4	104	68
25-45 anys	45	29,4	87	56,9	21	13,7
45-65 anys	121	79,1	30	19,6	2	1,3
>65 anys	87	56,9	50	32,7	16	10,5



Amb quina freqüència utilitzen les següents eines terapèutiques els metges (n=35)

	Molt sovint		Ocasionalment		Quasi mai	
	N	%	N	%	N	%
Ansiolítics	10	28,6	19	54,3	6	17,1
Antidepressius	9	25,7	21	60	5	14,3
AINE o paracetamol	32	91,4	2	5,7	1	2,9
Opioides	5	14,3	22	62,9	8	22,9
Tractament quirúrgic	3	8,6	12	34,3	20	57,1
Infiltració	6	17,1	24	68,6	5	14,3
Fisioteràpia	27	77,1	6	17,1	1	2,9
Psicologia	6	17,1	15	42,9	14	40
Unitat de Dolor	6	17,1	23	65,7	7	20

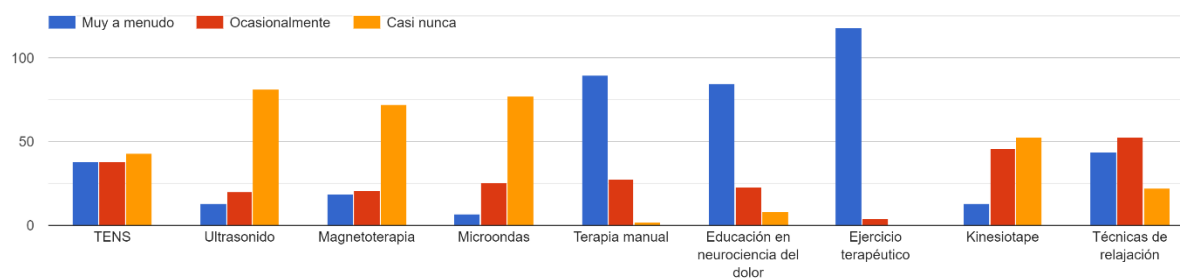
AINE: Anti Inflamatori No Esteroide



Amb quina freqüència utilitzen les següents eines terapèutiques els fisioterapeutes (n=117)

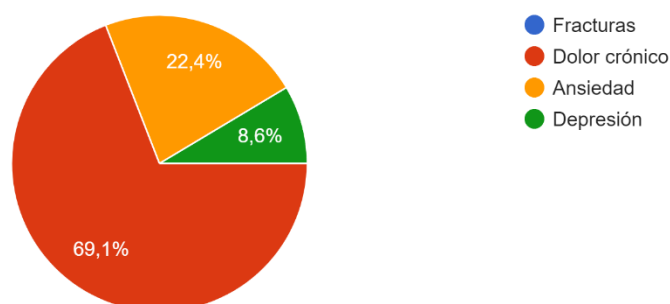
	Molt sovint		Ocasionalment		Quasi mai	
	N	%	N	%	N	%
TENS	37	31,6	37	31,6	43	36,8
Ultrasò	14	12	21	17,9	82	70
Magnetoteràpia	20	17,1	22	18,8	75	64,1
Microones	9	7,7	30	25,6	78	66,7
Teràpia manual	88	75,2	27	23,1	2	1,7
END	85	72,6	24	20,5	8	6,8
Exercici terapèutic	113	96,6	4	3,4		
Kinesiotape	14	12	48	41	55	47
Tècniques de relaxació	44	37,6	52	44,4	21	17,9

TENS: Estimulació Elèctrica Nerviosa Transcutània; END: Educació en Neurociència del Dolor



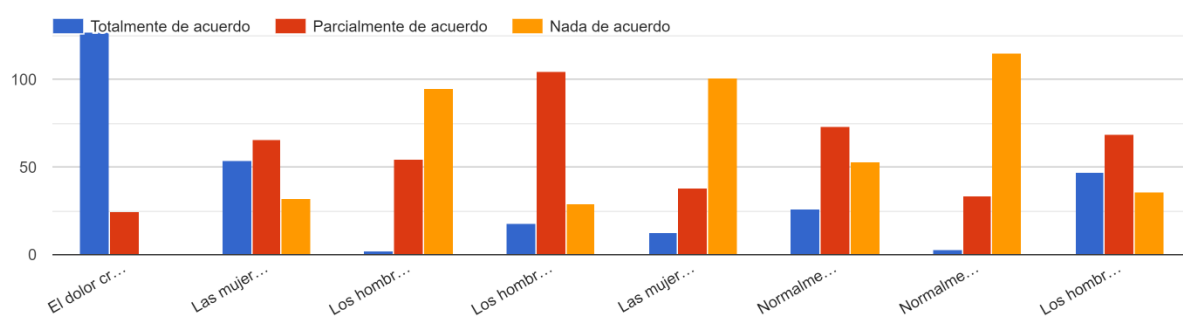
ANNEX 5. ANÀLISI DESCRIPTIU DELS ÍTEMS SOBRE EL NIVELL DE CONSCIÈNCIA DE GÈNERE

Ítem 16: Primera causa de consulta en atenció primària de les dones:



	Ansietat		Depressió		Dolor crònic	
	N	%	N	%	N	%
Professió (n=152)						
Fisioterapeuta (n=117)	20	10,1	10	8,5	87	74,4
Metge (n=35)	14	40	3	8,6	18	51,4
Gènere (n=152)						
Home (n=52)	8	15,4	6	11,5	38	73,1
Dona (n=100)	27	27	7	7	66	66
Total (n=152)	35	22,4	13	8,6	104	69,1

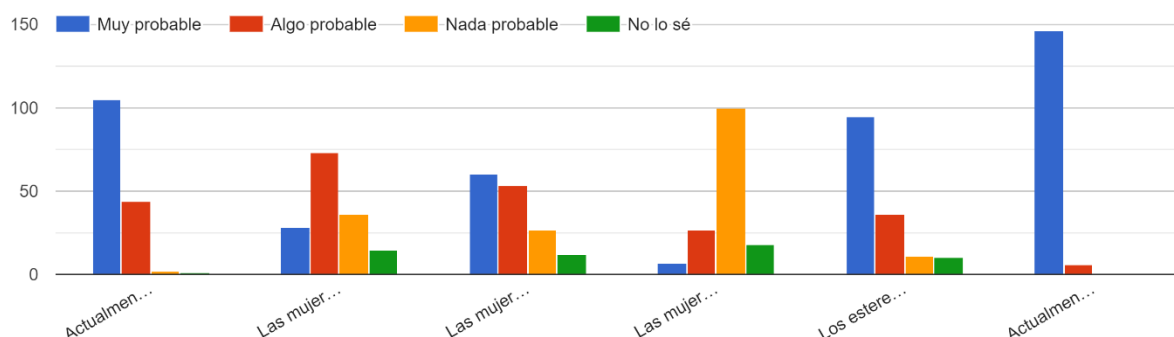
Ítem 17: Indica el grau d'acord amb les següents afirmacions



Ítems (n=152)	Gens d'acord		Parcialment d'acord		Totalment d'acord	
	N	%	N	%	N	%
1. El dolor crónico está mucho más influenciado por factores psicosociales que el dolor agudo			25	16,3	127	83,7
2. Las mujeres tienen umbrales y tolerancia al dolor más altos que los hombres	32	21,6	66	43,1	54	35,3
3. Los hombres y las mujeres comparten las tareas domésticas de manera equitativa	95	62,7	55	35,9	2	1,3
4. Los hombres evitan buscar atención médica	29	19	105	68,6	18	12,4
5. Las mujeres tienen más posibilidades de exagerar su dolor	101	66	38	25,5	13	8,5
6. Normalmente, el dolor que experimentan las mujeres es más psicossomático	53	34,6	73	47,7	26	17,6
7. Normalmente, el dolor que experimentan las mujeres se resuelve con antidepresivos	115	75,2	34	22,9	3	2
8. Los hombres tardan más tiempo en ser diagnosticados de dolor crónico que las mujeres	36	23,5	69	45,1	47	31,4

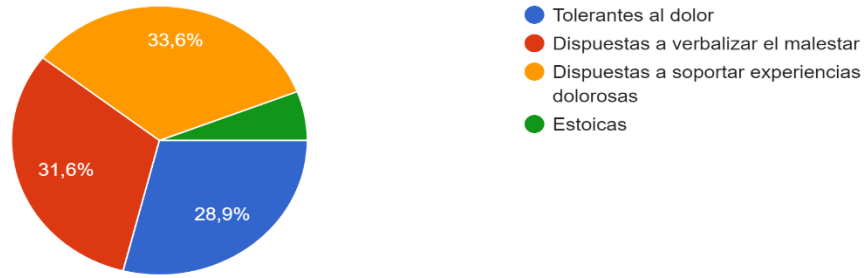
Ítem 18: Indiqui com de probable creu que poden ocórrer aquestes afirmacions

Indique como de probable cree que pueden ocurrir estas afirmaciones:

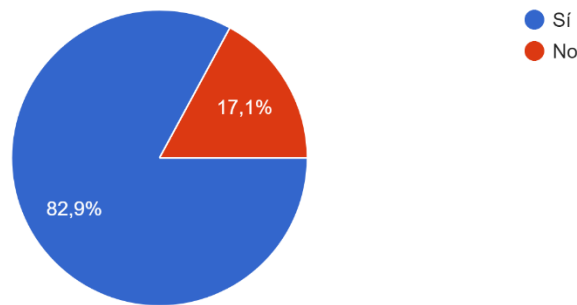


Ítems (n=152)	Molt probable		Probable		Gens probable		No ho sé	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Actualmente, las mujeres tienen doble jornada: la laboral y la doméstica (cuidadora)	105	69,3	44	28,8	2	1,3	1	0,7
2. Las mujeres experimentan mayor intensidad y malestar con el dolor que los hombres	28	19	73	47,7	36	23,5	15	9,8
3. Las mujeres dominan los diagnósticos de dolor crónico	60	39,9	53	34,6	27	17,6	12	7,8
4. Las mujeres acostumbran a exagerar su dolor	7	4,6	27	18,3	100	65,4	18	11,8
5. Los estereotipos de género afectan negativamente las experiencias de las mujeres con dolor crónico	95	62,7	36	23,5	11	7,2	10	6,5
6. Actualmente, el dolor crónico representa un importante problema sanitario en todo el mundo	146	96,1	6	3,9	0	0	0	0

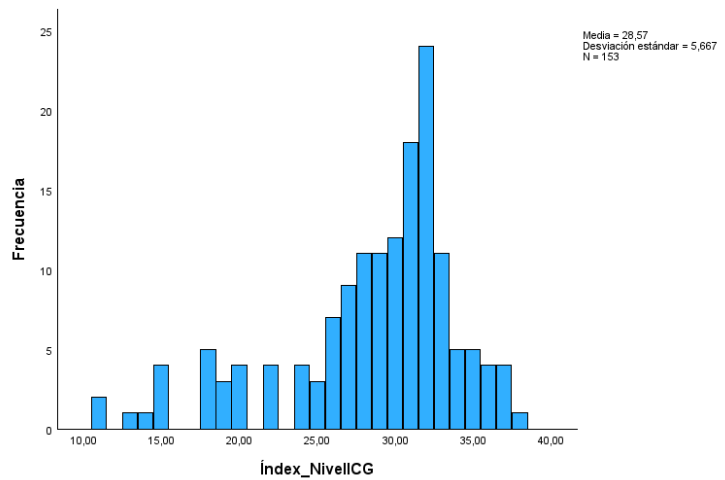
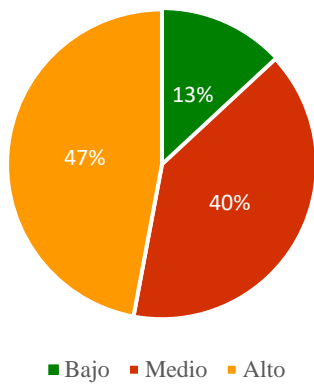
Ítem 19: Socialment, les dones es perceben com



Ítem 20: Existeix el biaix de gènere en l'abordatge del dolor crònic



Nivell de consciència de gènere



Ítems/components	N	%
Socialment, les dones es perceben com (n=152)		
Tolerants al dolor	44	28,9
Disposades a verbalitzar el malestar	48	31,6
Disposades a suportar experiències doloroses	51	33,6
Estoiques	9	5,9
Existeix el biaix de gènere en l'abordatge del dolor crònic (n=152)		
Sí	126	82,9
No	26	17,1
NCG (n=152)	28,5 ± 5,7	
(mitjana ± desviació estàndard)	N	%
Alt	72	47,4
Mig	60	39,5
Baix	20	13,2

NCG: Nivell de Consciència de Gènere

ANNEX 6. ANÀLISI DE LES RELACIONS ENTRE ELS ÍTEMS DE L'ENQUESTA I EL NIVELL DE CONSCIÈNCIA DE GÈNERE

1. Nivell de consciència de gènere segons la professió dels participants

Taula creuada Professió*Nivell consciència de gènere					
Recompte					
		Nivell consciència de gènere			Total
		Baix	Mig	Alt	
Professió:	Fisioterapeuta	5	49	63	117
	Mèdic	15	12	9	36
Total		20	61	72	153

Proves de Xi-quadrat			
	Valor	gl	Significació asimptòtica (bilateral)
Xi-quadrat de Pearson	34.819a	2	<.001
Raó de versemblança	29,713	2	<.001
N de casos vàlids	153		

a. 1 caselles (16,7%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat és 4,71.

Conclusió: Existeixen diferències significatives entre grups.

2. Nivell de consciència de gènere segons l'edat dels participants

Taula creuada Edat*Nivell consciència de gènere					
Recompte					
		Nivell consciència de gènere			Total
		Baix	Mig	Alt	
Edat:	20-30	6	24	36	66
	31-40	6	15	13	34
	41-50	3	15	15	33
	51-60	4	6	4	14
	Més de 60	1	1	4	6
Total		20	61	72	153

Proves de Xi-quadrat

	Valor	gl	Significació asimptòtica (bilateral)
Xi-quadrat de Pearson	8.708a	8	,368
Raó de versemblança	8,466	8	,389
N de casos vàlids	153		

a. 6 caselles (40,0%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat és ,78.

Com que el recompte de valors esperats en menys del 80% dels casos és major de 5, vam agrupar les variables per tal de que es complís aquesta condició:

Taula creuada Edat agrupada*Nivell consciència de gènere

Recompte

		Nivell consciència de gènere			Total
		Baix	Mig	Alt	
Edat agrupada	20-30	6	24	36	66
	31-40	6	15	13	34
	41-50	3	15	15	33
	Més de 50	5	7	8	20
Total		20	61	72	153

Proves de Xi-quadrat

	Valor	gl	Significació asimptòtica (bilateral)
Xi-quadrat de Pearson	6.235a	6	,397
Raó de versemblança	5,868	6	,438
N de casos vàlids	153		

a. 3 caselles (25,0%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat és 2,61.

Ens va tornar a passar el mateix, tot i intentar agrupar el mínim de variables possible, així que vam decidir dividir la variable Edat en dos grups, menors de 40 i majors de 40.

Taula creuada Edat agrupada*Nivell consciència de gènere

Recompte

		Nivell consciència de gènere			Total
		Baix	Mig	Alt	
Edat agrupada	Menors de 40	12	39	49	100
	Majors de 40 anys	8	22	23	53
Total		20	61	72	153

Proves de Xi-quadrat

	Valor	gl	Significació asimptòtica (bilateral)
Xi-quadrat de Pearson	,540a	2	,764
Raó de versemblança	,537	2	,765
N de casos vàlids	153		

a. 0 caselles (0,0%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat és 6,93.

Conclusió: No existeixen diferències significatives entre grups.

3. Nivell de consciència de gènere segons el gènere del participant
Taula creuada Gènere*Nivell consciència de gènere

Recompte

		Nivell consciència de gènere			Total
		Baix	Mig	Alt	
Gènere	Home	13	15	24	52
	Dona	7	46	48	101
Total		20	61	72	153

Proves de Xi-quadrat

	Valor	gl	Significació asimptòtica (bilateral)
Xi-quadrat de Pearson	10,988a	2	,004
Raó de versemblança	10,524	2	,005
N de casos vàlids	153		

a. 0 caselles (0,0%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat és 6,80.

Conclusió: Existeixen diferències significatives entre grups.

4. Nivell de consciència de gènere segons la resposta a l'ítem 20

Taula creuada Ítem 20*Nivell de consciència de gènere

Recompte

		Nivell consciència de gènere			Total
		Baix	Mig	Alt	
Existeix el biaix de gènere en	No	20	6	0	26
l'abordatge del dolor crònic:	Sí	0	55	72	127
Total		20	61	72	153

Proves de Xi-quadrat

	Valor	gl	Significació asimptòtica (bilateral)
Xi-quadrat de Pearson	114.648a	2	<.001
Raó de versemblança	100,251	2	<.001
N de casos vàlids	153		

a. 16,7%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat és 3,40.

Conclusió: **Existeixen diferències significatives entre grups**