PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA EN DOLOR CRÓNICO. ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA CHRONIC PAIN SELF-EFFICACY SCALE.

Martín-Aragón M., Pastor M.A., Rodríguez-Marín J., March M.J., Lledó A., López-Roig S. y Terol M.C.
Dpto de Psicología de la Salud.
Facultad de Medicina.
Universidad Miguel Hernández.

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo adaptar y validar la "Chronic Pain Self-Efficacy Scale" (Anderson, Dowds, Pelletz, Edwards y Peeters-Asdourian, 1995). Para ello, después del proceso de traducción, retrotraducción, y prueba de comprensión, la escala se administró a una muestra de 113 pacientes de dolor crónico benigno atendidos en la Unidad del Dolor del Hospital General y Universitario de Alicante. Obtuvimos tres factores de contenido similar a los originales. Asimismo, la escala presentó buenas propiedades psicométricas en cuanto a fiabilidad y validez de constructo. Todo ello hace de ella un instrumento útil para evaluar las expectativas de autoeficacia respecto del control del dolor crónico benigno.
Palabras Clave: evaluación autoeficacia, dolor crónico

ABSTRACT

This work is an adaptation of the "Chronic Self-efficacy Scale" (Anderson, Dowds, Pelletz, Edwards y Peeters-Asdourian; 1995). In a first phase, we have done the translation, backtranslation and we have tested the understanding of the

questionnarie in a spanish sample, where modifications have been introduced to improve it. In the second phase we have determined the factorial structure and the psychometric properties of the scale. We have reproduced, on one hand, the three factors of the original scale. On the other hand, reliability and validity analyses have shown good psychometric properties, as much in each of the factors as in the total score of the scale. All this makes this questionnaire useful to assess self-efficacy expectations in chronic pain patients in a spanish context.
Key Words: self-efficacy assessment, chronic pain.

INTRODUCCIÓN

El concepto de expectativas de autoeficacia fue introducido por Bandura para hacer referencia a la creencia de una persona sobre su capacidad para llevar a cabo una conducta específica, necesaria para obtener un resultado (Bandura, 1977). Según la teoría, se espera que esa creencia aumente o disminuya la probabilidad de realizar la conducta a la cual se refiere. La evaluación de la percepción de autoeficacia desde esta perspectiva conceptual (Bandura, 1977, 1987), se realiza mediante preguntas específicas elaboradas al efecto. Sin embargo en el caso de enfermedades crónicas, se diseñó una escala que específicamente evalúa las expectativas de autoeficacia respecto del afrontamiento de los síntomas, del funcionamiento físico, y del manejo del dolor en enfermos con artritis: La *Arthritis Self-efficacy Scale* (Lorig, Chastain, Ung, Shoor y Holman, 1989). Dado que esta escala ha sido la base del instrumento objeto de este estudio haremos una breve descripción de ella .

La *Arthritis Self-efficacy Scale* es un cuestionario de veinte ítems que evalúa la creencia del paciente sobre su capacidad para llevar a cabo determinadas conductas, las cuales fueron identificadas por pacientes y por reumatólogos, como conductas relevantes a la hora de controlar el dolor y la discapacidad. Un análisis factorial exploratorio identificó tres factores: *Autoeficacia en el Funcionamiento Físico, Autoeficacia en el Control de Otros Síntomas de la Artritis* y *Autoeficacia en Relación al Manejo del Dolor*. El instrumento permite obtener puntuaciones en cada uno de ellos, además de una puntuación total en autoeficacia. Las propiedades psicométricas fueron buenas (Lorig y cols., 1989).

Posteriormente, Anderson, Dowds, Pelletz, Edwards y Peeters-Asdourian (1995) adaptaron la escala anterior al ámbito del dolor crónico. En este caso, al igual que en la escala original, se contó con la participación tanto de especialistas de unidades de dolor, como de usuarios de estos servicios con el objetivo de identificar mejor aquellas conductas que todos ellos consideraran importantes en el control y manejo del dolor y la discapacidad.

La *Chronic Pain Self-Efficacy Scale*, presenta pequeñas modificaciones con respecto a la *Arthritis Self-efficacy Scale*. Principalmente, se sustituye el nombre de la patología por el del dolor, y se añaden dos ítems de creencias sobre la capacidad para afrontar dolores moderados y dolores muy intensos. La subescala *Autoeficacia en el Funcionamiento Físico* presentó el mayor número de variaciones, puesto que la escala original está especialmente diseñada para problemas de artritis. De hecho, algunos de los trabajos que han utilizado la *Arthritis Self-efficacy Scale* para evaluar las expectativas de autoeficacia en relación a problemas asociados al padecimiento de dolor crónico, excluyen esta subescala (Barlow, 1993; González, Sewart, Ritter y Lorig 1995; Barlow, Williams y Wright, 1997). Los tres factores identificados por Anderson y cols. (1995) son muy similares a los del cuestionario original, además de que, nuevamente, las propiedades psicométricas del instrumento fueron buenas.

Este trabajo tiene como objetivo presentar la adaptación y validación de la *Chronic Pain Self-efficacy Scale* en nuestro ámbito. Varias son las razones que nos llevan a ello: 1) La necesidad de contar con un instrumento estandarizado que evalúe estas creencias, como alternativa a elaborar preguntas *"ad hoc"* en cada trabajo, 2) la escala tiene buenas propiedades psicométricas en su versión original, 3) son pocas las variaciones respecto de la escala en la que se basa (Lorig y cols. , 1989) que, a su vez, es el instrumento más utilizado en patologías reumáticas e incluso en otros problemas de dolor crónico, y 4) dado que su objetivo es el problema de dolor, es aplicable, no sólo a una patología concreta, sino a cualquiera que curse con dolor crónico o donde éste sea su síntoma principal.

FASE DE ADAPTACIÓN DEL CUESTIONARIO

Traducción

Se realizó una traducción y retrotraducción del instrumento por dos personas bilingües, una de origen español y otra de origen británico. Se realizaron dos sesiones con los traductores para evaluar la equivalencia conceptual de los ítems y llegar a un acuerdo con los problemáticos, tratando de mantener el significado de la versión original pero adaptándolo a nuestro contexto y cultura. Fueron considerados ítems problemáticos aquellos donde, o bien la traducción no coincidía con la versión original, o bien podían plantear problemas en castellano debido a dificultades en su comprensión. En el cuadro 1 se presentan los resultados de esta fase del proceso.

Cuadro 1. Traducción y retrotraducción.

Original	Traducción	Retrotraducción	

Original	Traducción	Retrotraducción	
How certain are you that you can	Qué seguridad tiene usted de ser capaz de	How sure are you of being able to	=
Self-efficacy for Coping with Symptoms	*Autoeficacia en el Control de Síntomas*		
1. Control your fatigue	1. Controlar su fatiga	1. Control your fatigue	=
2. Regulate your activity so as to be active without aggravating your physical symptoms (e.g. fatigue, pain)	2. Regular su actividad de manera que siga activo sin agravar sus síntomas físicos (p.ej. fatiga, dolor)	2. Regulate your activities so that you can be active without aggravaing your physical symptoms (f.ex. pain, fatigue)	=
3. Do something to help yourself feel better if you are feeling blue	3. Hacer algo para ayudarse a sentirse mejor si se siente triste	3. Do something to help you feel better if you feel sad	=
4. As compared to other people with chronic medical problems like yours, … manage your pain during your daily activities	4. Comparado con otra gente con problemas crónicos como los suyos, … controlar su dolor durante sus actividades diarias	4. Compared with other people with chronic medical problems like your own, … control your pain during your daily activities	=
5. Manage your physical symptoms so that you can do the tings you enjoy doing.	5. Controlar sus síntomas físicos de manera que pueda realizar las cosas que le gusta hacer	5. Control your physical symptoms so that you can do the things you enjoy doing	=
6. Deal with the frustration of chronic medical problems	6. Tratar la frustración de problemas médicos crónicos	6. Deal with the frustration of chronic medical problems	=
7. Cope with mild to moderate pain	7. Hacer frente a dolores de leves a moderados.	7. Cope with light to moderate pain	=
8. Cope with severe pain	8. Hacer frente a dolores severos	8. Cope with severe pain	=
Self-efficacy for Physical Function	***Autoeficacia en el Funcionamiento Físico.***		
9. Walk 1 / 2 mile on flat ground	9. Caminar un Km. Por terreno llano.	9. Walk one Km on flat ground	=
10. Lift a 10 pound box.	10. Levantar una caja de 5 Kg de peso	10. Lift a 5 Kg box	=
11. Perform a daily home exercise program	11. Llevar a cabo un programa diario de ejercicios en casa.	11. Carry out a daily exercise program ata home	=
12. Perform your household chores	12. Llevar a cabo sus tareas domésticas.	12. Do your housework	=
13. Shop for groceries or clothes	13. Ir a comprar alimentos o ropa	13. Shop food or clothes.	=

Cuadro 1. Traducción y retrotraducción (Continuación).

Original	Traducción	Retrotraducción	
14. Engage in social activities	14. Comprometerse en actividades sociales	14. Get involved in social activities	
15. Engage in hobbies or recreational activities	15. Dedicarse a hobbies o actividades de ocio	15. Take up hobbies or leisure activities	*
16. Engage in family activities	16. Dedicarse a actividades familiares	16. Get involved in family activities	*
17. Perform the work duties you had prior to the onset of chronic pain. (For homemakers, please consider your household activities as your work duties).	17. Llevar a cabo obligaciones las mismas obligaciones de trabajo que tenía antes del inicio del dolor crónico (las personas que trabajan en casa, por favor, consideren sus quehaceres domésticos como su trabajo)	17. Carry out work obligations you had before the onset of your chronic pain (For housewife, please consider your hosehold activities as your work duties)	=
Self-efficacy for Pain Management	*Autoeficacia en el Manejo del Dolor*		
18. Decrease your pain quite a bit	18. Disminuir bastante su dolor	18. Reduce your pain quite a bit	=
19. Continue most of your daily activities.	19. Seguir con sus actividades diarias	19. Continue with your daily activities	=
20. Keep your pain from interfering with your sleep.	20. Aislar su dolor de manera que no interfiera en su sueño.	20. Isolate your pain so that it doesn't interfere with your sleep	*
21. Make a small-to-moderate reduction in your pain by using methods other than taking extra medication.	21. Reducir de un poco a moderadamente su dolor utilizando otros métodos diferentes al uso de medicación extra.	21. Reduce your pain slight to moderate using methods other than extra medication.	=
22. Make a large reduction in your pain by using methods other tan taking extra medications.	22. Reducir mucho su dolor mediante otros métodos diferentes al uso de medicación extra.	22. Considerably reduce your pain using methods other than extra medicines.	=

= : ítems equivalentes semánticamente; * : ítem problemáticos

Se hallaron equivalencias conceptuales en 18 de los 22 ítems, además del encabezamiento de todos ellos, y se llegó a un acuerdo con los 4 que plantearon discrepancias. Los ítems que en la versión original decían "engage in -social activities, hobbies or recreational activities, family activities" (nº 14, 15 y 16) y que habían sido traducidos por "dedicarse a...", se decidió traducirlos por "participar en...". Por otro lado, se optó por mantener la traducción de "cope with" como "afrontar" en lugar de "hacer frente" (ítems nº 7 y 8). Además se acordó traducir el ítem "keep your pain from interfering with sleep" por "evitar que el dolor interfiera en

su sueño" (ítem nº 20), puesto que facilitaba su comprensión en castellano y no cambiaba el significado del ítem según los traductores.

Modificaciones del cuestionario:

Finalizada la fase anterior, se valoraron posibles mejoras del cuestionario considerando la población a la que iba a aplicarse, así:

- Se ampliaron las instrucciones y se añadió un ejemplo para contestar, puesto que el cuestionario es autoadministrado, y estudios anteriores mostraban un nivel educativo medio-bajo en estos pacientes.
- Se modificó la escala de respuesta. En la versión original tenía un rango de 10 a 100, siendo 10 "very uncertain" y 100 "very certain". Se mantuvo el límite superior en 100 pero el inferior se amplió hasta 0 para recoger así aquellas creencias de total incapacidad.
- El encabezamiento original de los ítems era *"Qué seguridad tiene usted de ser capaz de ..."*. Se decidió cambiar por "*Se cree usted capaz de..."* puesto que simplificaba su comprensión y la escala de respuesta ya implicaba que el sujeto indicara el grado o la fuerza de la creencia sobre la propia capacidad para llevar a cabo una conducta.

Estudio de comprensión:

Se entrevistó individualmente a 10 pacientes de la Unidad de Dolor del Hospital de San Juan de Alicante, y a 10 personas sanas, preguntando por el significado de cada uno de los ítems, y por la existencia de problemas de comprensión de palabras o instrucciones:

- El ítem "*¿Se cree usted capaz de regular su actividad, para poder estar activo pero sin empeorar sus síntomas físicos?"* (nº 2) planteó problemas por su longitud y se pedía repetirlo. Sin embargo, dado que su comprensión era buena se optó por mantenerlo en esos términos y comprobar durante el estudio si era necesario un cambio. Finalmente, los resultados obtenidos permitieron mantener la formulación original.
- En la muestra de pacientes, se plantearon dificultades para discriminar entre actividades de ocio y actividades sociales. Se decidió que los primeros 15 encuestados hicieran un listado de sus actividades de ocio y otro de sus actividades sociales. Tan sólo un sujeto tuvo dificultades para discriminar entre dichas actividades, por lo que se optó por mantener los dos ítems.

FASE DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

Método

Sujetos.

La muestra estuvo compuesta por 100 pacientes con dolor crónico benigno de la Unidad del Dolor del Hospital de Alicante. En el apartado de procedimiento se detalla la estrategia de selección utilizada. 67 pacientes eran mujeres y 33 hombres. La media de edad fue de 52±16 años (rango: 18-67). El 70,7% estaba casado, frente al 12,1% de solteros, el 9,1% de viudos y el 8,1% de divorciados o separados. Tan sólo el 25,3% tenía estudios medios o universitarios y el 74,7% restante tenía únicamente estudios primarios. En cuanto a la situación laboral, el 9,1% estaba en activo y el 28,3% eran amas de casa. El 29,3% tenía una baja laboral (20,2% con Incapacidad Laboral Transitoria y 9,1% con Incapacidad Laboral Permanente). El resto fueron jubilados (21,2%) y parados (12,1%).

En relación con la historia del dolor, la media de padecimiento fue de 10,6 años (127.9±113.9 meses; rango: 12-486), se llevaba en tratamiento en la Unidad de Dolor aproximadamente 3 años (34.82±34.3 meses; rango: 1-156), y se había acudido a consulta una media de 6 veces durante el último año (dt: 6,57; rango: 1-32). Asimismo, antes de acudir a esta Unidad, habían sido atendidos en otros servicios por este problema, sin conseguir alivio: Atención Primaria (64,6%), Rehabilitación (56,3%), Traumatología (53,1%), Reumatología (45,8%) y Cirugía (26%).

Instrumentos y variables.

- ***Escala de Ansiedad y Depresión***: Utilizamos la adaptación de la "Hospital Anxiety and Depression Scale" (Zigmond y Snaith, 1983). Sus índices de fiabilidad test-retest, consistencia interna y validez son óptimos (Terol, Rodríguez-Marín, López-Roig, Martín-Aragón y Pastor, 1997). Consta de 14 items (7 evalúan ansiedad y 7 depresión) contestados con una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos. Evaluamos las variables de ansiedad y depresión, con objeto de comprobar la existencia de relaciones significativas en sentido negativo de ambas con la percepción de autoeficacia (Villamarín, 1990; Fernández y Edo, 1994).
- ***Inventario Multidimensional del Dolor***: Utilizamos la adaptación de Pastor y cols. (Pastor, López-Roig, Rodríguez-Marín, Terol y Sánchez, 1995). Este instrumento tiene tres partes diferenciadas donde el sujeto debe contestar a los ítems según una escala de 7 puntos (0: nada/muy bajo /nunca; 6: muchísimo/muy alto/muy a menudo; dependiendo del enunciado del ítem y de la subescala). Sin embargo, en nuestro trabajo utilizamos las dos que en la literatura muestran claramente relaciones significativas con el constructo (Lomi y cols, 1995; Parker y cols, 1995; Dwyer, 1997), esto es, impacto del dolor y grado de actividad. Así, utilizamos las variables de:

impacto del dolor, impacto social, estado de ánimo negativo, apoyo y control (Parte I); frecuencia de realización de tareas domésticas, bricolage, actividades sociales y de recreo (Parte III). Esperamos obtener relaciones significativas de signo negativo con las variables de la parte I, y de signo positivo con las de la parte III.

- ***Escala Multidimencional de Locus de Control del Dolor***: Utilizamos la adaptación de Pastor, López, Rodríguez-Marín y cols. (1990). Incluye 15 ítems que se contestan según una escala tipo Likert de seis puntos (1: Completamente en desacuerdo; 6: Completamente de acuerdo). Con ella evaluamos las variables de Locus de Control Interno, Profesionales, Azar, y Destino. Puntuaciones altas en cada subescala describen a aquéllos sujetos que creen que el alivio o empeoramiento de su dolor depende de uno ú otro factor. Esperamos obtener relaciones significativas de signo positivo con el factor de locus de control Interno y negativas con el resto de los factores de locus de control externo.

Procedimiento

La Unidad de Dolor del Hospital de Alicante, desde su apertura en enero de 1992 hasta enero del 1997, había atendido a 1010 personas. Dado el objetivo del trabajo, excluimos de esa población a 415 pacientes oncológicos o con alguna patología amenazante para su vida y que, por tanto, pudiese interferir en los resultados del estudio. 377 sujetos se excluyeron por ser altas o éxitus. Por tanto la selección muestral se realizó sobre una población de 218 pacientes con dolor crónico benigno. Dado este número, para un análisis adecuado de los datos y teniendo en cuenta los bajos porcentajes de asistencia en estos estudios, se optó por convocar a los 218 pacientes.

Se combinó la cita telefónica, y por correo para aquellos casos que fuera necesario. Pensamos que el contacto telefónico directo provocaría mayor aceptación respecto a la participación en el estudio. Así, si observamos los datos correspondientes en el cuadro 2, del total de 112 pacientes contactados telefónicamente acudieron 56 a la cita (50%); sin embargo, de 106 pacientes contactados por carta, sólo acudieron 19 (17,9%).

Cuadro 2. Resumen de la muestra de pacientes recogidos en el momento 1

Total de pacientes con dolor crónico benigno	218	
Contactos telefónicos:	112	

• Declinan participar	34	15,60 %
• Acuden a la cita	56	25,69 %
Cartas enviadas:	106	
• Devueltas	11	5,05 %
• Acuden a la cita	19	8,72 %
Total de pacientes que acuden a la cita	75	34, 41 %

Como puede verse en este cuadro, del total de 218 pacientes susceptibles de participar en el estudio, 34 declinaron participar y 11 cartas fueron devueltas. La tasa de asistencia a la cita mediante los dos procedimientos fue del 34,41% (n:75). Los instrumentos seleccionados fueron autoadministrados en formato grupal.

Dada la dificultad de reunir suficiente número para lograr una muestra adecuada, se decidió completarla entrevistando individualmente en la Unidad del Dolor a todos los pacientes que acudían a consulta médica, por primera vez o para una revisión, y que no habían participado en la primera fase del estudio. De este modo, se consiguieron 38 pacientes más.

Por tanto, en total se administraron 113 cuestionarios. Sin embargo, 6 cuestionarios del procedimiento grupal tuvieron que ser anulados debido al elevado número de ítems que el paciente dejó en blanco. Asimismo, fue imposible cumplimentar los cuestionarios mediante entrevista individual a 7 pacientes debido a su imposibilidad para seguir el protocolo de la entrevista. Por tanto, obtuvimos una muestra de 100 cuestionarios válidos. Del total de pacientes, 62 cumplimentaron un retest tras un periodo de 15 días .

Análisis estadísticos.

Para el análisis estadístico utilizamos el programa SPSS-8.0 para Windows. Con el objetivo de facilitar la comparación de los datos a través de las distintas pruebas utilizadas, las puntuaciones totales de los cuestionarios se igualaron de 0 a 100, exceptuando los datos sociodemográficos y de historia clínica. Análisis descriptivo y prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de las variables. El coeficiente *Alfa de Chronbach* fue utilizado para comprobar la Fiabilidad de la escala y consideramos aceptables los valores ≥ .50 y satisfactorios ≥ .70 (Bisquerra, 1987). Para los análisis de estabilidad de la escala empleamos el *Coeficiente producto-momento de Pearson* con el que se establece criterios de correlación muy alta r≥ 0.8 y 1, alta entre r: 0.6 y 0.8, moderada entre r: 0.4 y 0.6, y baja

entre r: 0.2 y 0.4 (Bisquerra, 1987), y analizamos las relaciones con el resto de variables criterio utilizando el *Coeficiente producto-momento de Pearson*

Finalmente, utilizamos la *Reducción de Datos* para el Análisis Factorial de Componentes Principales con rotación Varimax, planteando un análisis factorial con solución forzada a tres factores. Los ítems en cada factor y representativos de una buena validez convergente eran seleccionados según saturaciones en el factor ≥ .40, y en el caso de la validez discriminante cuando se presentaba saturación en un único factor, y en el caso de saturaciones en dos factores, la diferencia entre ambas debía ser superior a .10. Además, se consideraron las medidas de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett para establecer los criterios de interpretación.

RESULTADOS

Análisis Factorial

Como puede observarse en la tabla 1, la solución de tres factores explicó el 53.8% de la varianza total. *Autoeficacia en el Control de Síntomas,* da cuenta del 20.10% de la varianza explicada, *Autoeficacia en el Funcionamiento Físico* del 19%, y *Autoeficacia en el Manejo del Dolor* del 14.7%.

Todos los ítems del factor *Autoeficacia en el Control de Síntomas,* obtuvieron saturaciones superiores a .52. Tres ítems del factor *Autoeficacia en el Funcionamiento Físico* saturaron también en el factor *Autoeficacia en el Control de Síntomas* (ítems 13, 14 y 16), y otro más (nº 17) en el factor *Autoeficacia en el Manejo del Dolor.* La diferencia de saturaciones de los ítems 14 y 16 fue inferior a .10. Finalmente, todos los ítems del factor *Autoeficacia en el Manejo del Dolor* tienen saturaciones superiores a .42. El ítem 19 es el único que presenta una saturación de .55 tanto en este factor como en el de *Autoeficacia en el Funcionamiento Físico.* Por tanto, en la versión final de la escala se eliminaron los ítems nº 14, 16 y 19, y el nº 17 se incluyó en el factor donde obtuvo la saturación más alta.

Tabla 1.Análisis factorial del Cuestionario de Autoeficacia en Dolor Crónico

Se cree usted capaz de...	**CSE**	**FSE**	**PSE**	**Varianza total 53.7%**
Autoeficacia en el Control de Síntomas				**20%**
1. controlar su fatiga	.59			
2. regular su actividad, para poder estar en activo pero sin empeorar sus síntomas físicos	.52			
3. hacer algo para sentirse mejor si está triste o bajo de ánimo	.69			
4. (comparado con otra gente con problemas crónicos como los suyos)… controlar su dolor durante sus actividades diarias	.63			
5. controlar sus síntomas físicos, de manera que pueda seguir haciendo las cosas que le gusta hacer	.57			
6. hacer frente a la frustración de sus problemas físicos crónicos	.81			
7. afrontar dolores leves o moderados	.59			
8. afrontar dolores intensos	.52			
Autoeficacia en el Funcionamiento Físico				**19%**
9. caminar aproximadamente un kilómetro por terreno llano		.76		
10. levantar una caja de aproximadamente 5 kilos de peso		.71		
11. hacer un programa diario de ejercicios en casa		.64		
12. hacer sus tareas domésticas		.70		
13. participar en actividades sociales	.47	.57		
14. participar en hobbies o actividades de ocio*	.53	.45		
15. ir de compras para adquirir alimentos o ropa		.63		
16. participar en actividades familiares*	.59	.56		
17. cumplir con las mismas obligaciones de trabajo que tenía antes del inicio del dolor crónico#	.47	.60		
Autoeficia en el Manejo del Dolor				**14.7%**
18. disminuir bastante su dolor			.65	

Se cree usted capaz de...	CSE	FSE	PSE	Varianza total 53.7%
19. seguir con la mayoría de sus actividades diarias*		.55	.55	
20. evitar que el dolor interfiera en su sueño			.42	
21. reducir su dolor, aunque sea un poco, haciendo otra cosa que no sea tomar más medicinas			.77	
22. reducir mucho su dolor haciendo otra cosa que no sea tomar más medicinas			.74	

*ítems eliminados. # ítem cambiado al factor *Autoeficia en el Manejo del Dolor*.

Análisis de fiabilidad

Los valores obtenidos respecto a la consistencia interna de la escala son α: .85 en *Autoeficacia en el Control de Síntomas*, α: .98 *en Autoeficacia en el Funcionamiento Físico*, α: . 72 en *Autoeficacia en el Manejo del Dolor*, y α: .91 en la *Puntuación Total de Autoeficacia* (tabla 2). Los coeficientes de correlación test-retest son altos en el caso de la *Autoeficacia en el Control de Síntomas* (r: .68**), la *Autoeficacia en el Funcionamiento Físico* (r: .85**), y la *Puntuación Total en Autoeficacia (*r: .75**), y moderado en el caso de la *Autoeficacia en el Manejo del Dolor* (r: .46**) (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de los resultados del análisis de fiabilidad de la escala

Escala	Alfa de Chronbach		Correlación test-retest
	Original	Validación	
Autoeficacia en el Control de Síntomas	.91	.85	.68**
Autoeficacia en el Funcionamiento Físico	.91	.98	.85**
Autoeficacia en el Manejo del Dolor	.86	.72	.46**
Puntuación Total en Autoeficacia	---	.91	.75**

**=p≤.01

Análisis de validez

Como se observa en la tabla 3, los tres factores obtenidos y la Puntuación Total de autoeficacia se relacionaron significativa y negativamente con la Ansiedad y la Depresión (rango de la correlación entre -.24* y -.47**, y entre -.31** y -.47**, respectivamente), y con los factores de impacto del dolor siguientes: Dolor e Impacto en Actividades Cotidianas (rango de la correlación entre -.41** y -.49**), Impacto Social (rango de la correlación entre -.50** y -.71**), y Apoyo (rango de la correlación entre -.20* y -.21*); si bien en este último caso el factor *Autoeficacia en el Manejo del Dolor* no presentó relaciones significativas.

Tabla 3. Cuestionario de Autoeficacia en Dolor Crónico. Análisis de correlación.

	CSE	FSE	PSE	PT
HAD				
Depresión	-.47**	-.40**	-.31**	-.32**
Ansiedad	-.30**	-.24*	-.31**	-.47**
WHYMPI – I				
F 1: Dolor e impacto	-.41**	-.48**	-.48**	-.49**
F 2: Impacto social	-.71**	-.51**	-.50**	-.68**
F 3: Estado de ánimo negativo	ns	-.23*	ns	-.25*
F 4: Apoyo	-.21*	-.21*	ns	-.20*
F 5: Autocontrol	.27**	ns	ns	ns
WHYMPI – III				
F 1: Tareas hogar	.22*	.34**	.23*	.31**
F 2: Bricolage	.30**	.54**	.21*	.46**
F 3: Actividad social	.30**	.34**	.22*	.36**
F 4: Actividad recreo	.34**	.49**	.36**	.45**
MPLC				
Azar	ns	ns	ns	ns
Destino	ns	ns	ns	ns
Profesionales	ns	ns	ns	ns
Interno	.26*	.22*	.21*	.28**

PSE: Autoeficacia en el Manejo del Dolor; CSE: Autoeficacia en el Control de Síntomas; FSE: Autoeficacia en el Funcionamiento Físico; PT: Puntuación Total en Autoeficacia. HAD: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Terol y cols., 1997); WHYMPI: West Haven Yale Multidimentional Pain Inventory (Pastor y cols., 1995); MPLC: Escala multidimensional de locus de control del dolor (Pastor y cols, 1990).; * p≤.05; ** p≤.01.

La *Autoeficacia en el Funcionamiento Físico* y la *Puntuación Total* se asociaron significativa y negativamente con el Estado de Ánimo Negativo (r:-.23* y r:-

.25*, respectivamente). La *Autoeficacia en el Control de Síntomas* se relacionó significativa y positivamente con el factor Autocontrol (r: .27**).

Por otra parte, los tres factores y la *Puntuación Total* de autoeficacia se relacionaron significativa y positivamente con la frecuencia de actividad en Tareas del Hogar (rango de la correlación entre .22* y .34**), Bricolage (rango de la correlación entre .21* y .54**), Actividades Sociales (rango de la correlación entre .22* y .36**) y Actividades de Recreo (rango de la correlación entre .34** y .45**). Igualmente obtuvimos relaciones significativas y positivas con el factor Interno de Locus de Control (rango de la correlación entre .21* y .28**).

DISCUSIÓN

Hemos obtenido una solución factorial similar, en líneas generales, a la del trabajo original (Anderson y cols., 1995). Sólo cinco items saturaron en factores diferentes a los de la escala original. Tres de ellos, referidos a la participación en actividades sociales (nº 13), de ocio (nº 14) y familiares (nº 16) saturaron simultáneamente en los factores de *Autoeficacia en el Funcionamiento Físico* (coinciden con la versión original) y *Autoeficacia en el Control de Síntomas*. De todos ellos, sólo el nº 13 cumplió el criterio estadístico establecido, por lo que se mantuvo en el primero de los factores mencionados. El ítem nº17 ("cumplir con las mismas obligaciones de trabajo que tenía antes del inicio del dolor crónico") originalmente en el factor *Autoeficacia en el Funcionamiento Físico*, cambió su posición al de *Autoeficacia en el Manejo del Dolor*. Finalmente, el ítem nº 19 ("Seguir con la mayoría de sus actividades diarias"), fue eliminado de la escala al obtener la misma saturación en los factores de *Autoeficacia en el Funcionamiento Físico y Autoeficacia en el Manejo del Dolor*. Dado el contenido del ítem, no es sorprendente esta doble saturación, puesto que es susceptible de ser interpretado en ambos sentidos.

En el caso del factor *Autoeficacia en el Manejo del Dolor*, la única diferencia respecto de la solución original ha sido la incorporación del item nº 17 y la eliminación del nº 19. En relación a este último, cabe señalar que, en otros trabajos, también ha saturado en factores diferentes respecto de la propuesta teórica y de los resultados empíricos de la escala original. Tanto en el trabajo de Lomi y cols. (1995) de validación de la escala en pacientes con fibromialgia, como en el de Barlow y cols. (1997) de adaptación en población británica de las subescalas *Autoeficacia en el Manejo del Dolor*, y *Autoeficacia en el Control de Síntomas* de la escala de Lorig (1989), el ítem nº19 saturó significativamente en el factor *Autoeficacia en el Control de Síntomas*, por lo que decidieron incluirlo en esta última.

El cuestionario ha presentado índices de consistencia interna y de fiabilidad test-retest adecuados. En el primer caso, todos los coeficientes son superiores a .72, considerados altos (Bisquerra, 1987). En el segundo caso, el coeficiente de correlación obtenido es alto en los factores de *Autoeficacia en el Control de Síntomas*, *Autoeficacia en el Funcionamiento Físico* y en la *Puntuación Total de Autoeficacia*, y moderado en el factor *Autoeficacia en el Manejo del Dolor*. Este último resultado es lógico desde un punto de vista teórico y clínico, dada la variabilidad del fenómeno del dolor crónico. A pesar de la escasa distancia temporal entre las dos medidas, es sabido que una de las características inherentes al dolor crónico es su curso impredecible y variable. En los fenómenos de dolor crónico como el que nos ocupa, la estabilidad asociada al funcionamiento físico y a los diferentes síntomas, es mucho mayor que al dolor en sí mismo. Así, los resultados obtenidos podrían estar señalando una adecuada sensibilidad de la escala en la detección de cambios, cuestión a explorar en futuros trabajos. En cualquier caso, tampoco podemos olvidar que esta escala está diseñada desde la perspectiva teórica de Bandura (1986) y, por lo tanto, aparece como un constructo dinámico determinado, entre otras cosas, por la propia experiencia.

Los resultados de los análisis realizados para establecer la validez de constructo, confirman las hipótesis formuladas al respecto. La puntuación total en autoeficacia se asoció significativa y negativamente con todas las variables evaluadas, coincidiendo con otros trabajos donde se relacionó en los mismos términos con la depresión (Parker, Smarr, Buckelew y cols., 1995; Shaw, Cronan, Lee y Kaplan, 1996; Wright, Parker, Smarr y cols., 1996), la ansiedad (Parker, Smarr, Buckelew y cols., 1995), la percepción del dolor (Buckelew, Parker, Keefe y cols., 1994; Parker, Smarr, Buckelew y cols., 1995; Buckelew, Huyser, Hewett y cols., 1996; Levin, Lofland, Cassisi y cols., 1996; Abraido-Lanza, 1997), y la frecuencia de las tareas del hogar (Riemsma, Kein, Taal y cols., 1998). Asimismo, hemos obtenido relaciones significativas y negativas de los tres factores de autoeficacia con la depresión, la ansiedad, la percepción e impacto del dolor, y la frecuencia de actividades cotidianas (Buescher, Johnston, Parker y cols., 1991; Lomi y Nordholm, 1992; Buckelew, Parker, Keefe y cols., 1994; Anderson, Dowds, Pelletz y cols., 1995; Buckelew, Murray, Hewett y cols., 1995; Lomi, Burckhardt, Nordholm y cols., 1995; Levin, Lofland, Cassisi y cols., 1996; Barlow, Williams y Wright, 1997; Dwyer, 1997).

Finalmente, y respecto de las relaciones planteadas teóricamente con el constructo de Locus de Control de Dolor, tanto la *Puntuación Total de Autoeficacia* como la de cada uno de los factores, se relacionó positiva y significativamente con el factor Interno de Locus de Control, coincidiendo con lo obtenido en otros trabajos (Lomi y Nordholm, 1992). Estos autores, en su adaptación a población suiza de la escala de Lorig (1989), obtuvieron relaciones significativas y positivas entre el

factor Interno de Locus de Control y los factores *Autoeficacia en el Control de Síntomas* y *Autoeficacia en el Funcionamiento Físico* (Lomi y Nordholm, 1992).

En resumen, los resultados obtenidos son satisfactorios y similares a los de la escala original de Anderson y cols. (1995), y a los de otros estudios de adaptación de la escala de Lorig y cols. (1989) a otras patologías y culturas (Lomi y Nordholm, 1992; Lomi, Burkhardt, Nordholm y cols. 1995; Levin, Lofland, Cassisi y cols., 1996; Barlow, Williams y Wright, 1997). En nuestra solución final hemos mantenido los tres factores con la nominación original (en el Anexo 1 se encuentra la versión final del instrumento). Es posible afirmar, por tanto, que disponemos de un instrumento adecuado para evaluar las Expectativas de Autoeficacia en pacientes con problemas de dolor crónico de origen benigno, tengan o no una patología establecida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abraido-Lanza AF. Latinas with arthritis: effects of illness, role identity, and competence on psychological well-being. *Am J Comm Psychol,* 1997, 25(5): 601-627.

Anderson KO, Dowds BN, Pelletz RE, Edwards WT y Peeters-Asdourian C. Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. *Pain,* 1995, 63(1): 77-84.

Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying Theory of Behavior change. *Psychol Rev,* 1977, 84: *191-215.*

Bandura A. *Pensamiento y Acción. Fundamentos Sociales*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.

Barlow JH. Perceived control, self-efficacy and outcome expectations in the context of a chronic disease. Ph. D. Thesis Coventry University, 1993. (Citado en Barlow JH y Barefoot J. Group Education for perople with arthritis. *Pat Educ Counsel,* 1996, 27: 257-267.)

Barlow JH, Williams B y Wright Ch. The Generalized Self-efficacy Scale in People with Arthritis. *Arthritis Care and Research,* 1996, 9(3): 189-196.

Barlow JH, Williams B y Wright CC. Improving arthritis self-management among older adults: "Just what the doctor didn't order". *Br J Health Psychol,* 1997, 2(2): 175-186.

Bisquerra R. *Introducción a la Estadística Aplicada a la Investigación Educativa: Un Enfoque informático con los paquetes BMDP y SPSSX*. Barcelona: PPU, 1987.

Buckelew SP, Parker JC, Keefe FJ, Deuser WE, Crews TM, Conway R, Kay DR y Hewett JE. Self-efficacy and pain behavior among subjects with fibromyalgia. *Pain,* 1994, 59(3): 377-84.

Buckelew SP, Murray SE, Hewett JE, Johnson J y Huyser B. Self-efficacy, pain and physical activity among fibromyalgia subjects. *Arthritis Care and Research,* 1995, 8(1): 43-50.

Buckelew SP, Huyser B, Hewett JE, Parker JC, Johnson JC, Conway R, Kay DR. Self-efficacy predicting outcome among Fibromyalgia subjects. *Arthritis Care and Research,* 1996, 9(2): 97-104.

Buescher KL, Johnston JA, Parker JC, Smarr KL, Buckelew SP, Anderson SK y Walker SE. Relationship of self-efficacy to pain behavior. *J Rheumatol,* 1991, 18(7): 968-72.

Dwyer KA. Psychosocial factors and health status in women with rheumatoid arthritis: predictive models. *Am J Prev Med,* 1997, 13(1): 66-72.

Fernández J y Edo S. ¿Cómo influye el Control Percibido en el Impacto que tienen las Emociones sobre la Salud? *An Psicol,* 1994, 10 (2): 127-133.

Gonzalez VM, Sewart A, Ritter PL y Lorig K. Translation and validation of arthritis outcome measures into Spanish. *Arthritis Rheum,* 1995, 38(10): 1429-1446

Levin JB, Lofland KR, Cassisi JE, Porey AM y Blonsky ER. The relationship between Self-efficacy and Dissability in Chronic Low Back Pain Patients**.** *Int J Rehabil Health,* 1996, 2(1): 19-28.

Lomi C y Nordholm L. Validation of a Swedish version of the Arthritis Self-efficacy Scale. *J Rheum,* 1992, 21(5): 231-237.

Lomi C, Burckhardt C, Nordholm L, Bjelle A y Ekdahl C. Evaluation of a Swedish version of the arthritis self-efficacy scale in people with fibromyalgia. *Scand J Rheumatol,* 1995, 24(5): 282-287.

Lorig K, Chastain RL, Shoor S y Holman H. Development and evaluation of a scale to measure the perceived self-efficacy of people with arthritis. *Arthritis Rheum,* 1989, 32(1): 37-44.

Parker JC, Smarr KL, Bukelew SP, Stucky-Ropp RC, Hewett JE, Johnson JC, Wright GE, Irvin WS y Walker SE. Effects of stress management on clinical outcomes in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum,* 1995, 38(12): 1807-1818

Pastor MA, López S, Rodríguez J, Sánchez S, Salas E y Pascual E. Expectativas de control sobre la experiencia de dolor: adaptación y análisis preliminar de la escala

multidimensional de locus de control de salud. *Rev Psicol Salud*, 1990, 2(1-2): 91-111

Pastor MA, López-Roig S, Rodríguez-Marín J, Terol MC y Sánchez S. Evaluación multidimensional del dolor crónico en pacientes reumáticos. *Rev Psicol Salud*, 1995, 7(2): 79-106

Riemsma RP, Klein G, Taal E, Rasker JJ, Houtman PM, Van Paasen HC y Wiegman O. The supply of and demand for informal and professional care for patients with rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol*, 1998, 27(1): 7-15.

Shaw WS, Cronan TA, Lee RE, Kaplan RM. Health care satisfaction among osteoarthritis sufferers. *Psychol Health*, 1996, 11(3): 395-409.

Terol MC, Rodríguez-Marín J, López-Roig S, Martín-Aragón M y Pastor MA. "The Hospital Anxiety and Depression Scale. Psychometric Properties in a Spanish Sample". *Poster presentado en la11th Conference of the European Health Psychology Society*. Francia, 1997.

Villamarín F. Papel de la autoeficacia en los trastornos de ansiedad y depresión. *Anales de Modificación de Conducta*, 1990, 16(47): 55-79

Wright GE, Parker JC, Smarr KL y Shoenfeld-Smith K. Risk factors for depression in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 1996, 9(4): 264-272.

Nota
Este trabajo ha sido posible gracias a las ayudas concedidas por la "Fundación Mapfre Medicina", plan 1996/7, y el "Fondo de Investigaciones Sanitarias" (FISS), exp.99/0858.

Correspondencia:
Maite Martín-Aragón Gelabert.
Dpto. Psicología de la Salud.
Facultad de Medicina.
Universidad Miguel Hernández.
Ctra. Alicante-Valencia, Km.87
03550 - San Juan de Alicante. Apdo.Correos nº 18
Telf: 965 919 475.
E-mail: martin-aragon@umh.es

ANEXO 1:

CUESTIONARIO DE AUTOEFICACIA EN DOLOR CRÓNICO.

(Martín-Aragón, Pastor, Rodríguez-Marín, March, Lledó, López-Roig y Terol)

Con este cuestionario estamos interesados en conocer la **CAPACIDAD QUE USTED CREE QUE TIENE PARA REALIZAR UNA SERIE DE ACTIVIDADES O TAREAS**. Siguiendo la escala de respuesta que le presentamos, responda poniendo una X en la casilla que usted crea que corresponde a su grado de capacidad.

A continuación le ponemos un ejemplo; no es necesario que lo conteste.

POR EJEMPLO, si la pregunta es:

¿Se cree capaz de leer El Quijote?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Me creo totalmente incapaz				Me creo moderadamente capaz						Me creo totalmente capaz

Si usted cree que es **totalmente incapaz** de leerlo, tendrá que poner una X en la casilla **0** de la escala de respuesta.

Sin embargo, si usted cree que es **totalmente capaz** de leerlo, tendrá que poner una X en la casilla **10** de la escala de respuesta.

RECUERDE: NO NOS INTERESA SABER SI LO HACE O NO LO HACE. SÓLO NOS INTERESA SABER SI USTED CREE QUE ES CAPAZ DE HACERLO O NO.

PONGA UNA X EN EL NUMERO QUE CORRESPONDA A LA CAPACIDAD QUE CREE QUE TIENE PARA REALIZAR EN ESTE MOMENTO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES O TAREAS.

1. ¿Se cree capaz de controlar su fatiga?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

2. ¿Se cree capaz de regular su actividad, para poder estar activo pero sin empeorar sus síntomas físicos? (por ejemplo, fatiga, dolor)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

3. ¿Se cree capaz de hacer algo para sentirse mejor si está triste o bajo de ánimo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

4. Comparado con otra gente con problemas crónicos como los suyos ¿Se cree capaz de controlar su dolor durante sus actividades diarias?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

5. ¿Se cree capaz de controlar sus síntomas físicos, de manera que pueda seguir haciendo las cosas que le gusta hacer?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

6. ¿Se cree capaz de hacer frente a la frustración de <u>sus</u> problemas físicos crónicos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

7. ¿Se cree capaz de afrontar dolores leves o moderados?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

8. ¿Se cree capaz de afrontar dolores intensos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

PONGA UNA X EN EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A LA CAPACIDAD QUE CREE QUE TIENE PARA REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES SIN AYUDA DE OTRA PERSONA. CONSIDERE LO QUE NORMALMENTE PUEDE HACER, NO AQUELLO QUE SUPONGA UN ESFUERZO EXTRAORDINARIO.

1. ¿Se cree capaz de caminar aproximadamente un kilómetro por terreno llano?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

2. ¿Se cree capaz de levantar una caja de aproximadamente 5 Kilos de peso?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

3. ¿Se cree capaz de hacer un programa diario de ejercicios en casa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

4. ¿Se cree capaz de hacer sus tareas domésticas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

5. ¿Se cree capaz de participar en actividades sociales?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

6. ¿Se cree capaz de ir de compras para adquirir alimentos o ropa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

PONGA UNA X EN EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A LA CAPACIDAD QUE CREE QUE TIENE EN ESTE MOMENTO PARA REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

1. ¿Se cree capaz de disminuir bastante su dolor?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

2. ¿Se cree capaz de evitar que el dolor interfiera en su sueño?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

3. ¿Se cree capaz de reducir su dolor, aunque sea un poco, haciendo otra cosa que no sea tomar más medicinas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

4. ¿Se cree capaz de reducir <u>mucho</u> su dolor haciendo otra cosa que no sea <u>tomar más</u> medicinas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz

5. ¿Se cree capaz de cumplir con las mismas obligaciones de trabajo que tenía antes del inicio del dolor crónico? (Para las personas que trabajen en casa, por favor, consideren sus quehaceres domésticos como sus obligaciones.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Me creo totalmente incapaz — Me creo moderadamente capaz — Me creo totalmente capaz