

**PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA AL  
DOLOR EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA DEL VALLE DE ABURRÁ**

**Karol Moreno González**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Psicóloga

**Asesora académica:**

Mercedes Jiménez Benítez

Doctorado en Psicología Clínica

**Universidad de Antioquia**

**Facultad de Ciencias Sociales y Humanas**

**Psicología**

**Medellín**

**2019**

**Agradecimientos.**

A mi asesora Mercedes Jiménez por su guía, paciencia y entusiasmo en este estudio; a Misleydis Ortega, por permitirme ser parte de su proyecto y guiarme en el mundo de la fibromialgia, y por supuesto a las participantes del estudio, por compartir su experiencia y ayudarnos a entender mejor el dolor desde su perspectiva.

Dedicado a mi familia y verdaderos amigos, por sus palabras de aliento y su apoyo durante este proceso, sin ustedes no habría sido posible.

## Tabla de contenido

Resumen	7
1. Introducción	9
2. Planteamiento del problema	12
3. Justificación	22
4. Objetivos	24
4.1. Objetivo general	24
4.2. Objetivos específicos	24
5. Marco teórico	25
5.1. Dolor crónico	25
5.1.1. Definición y caracterización de la experiencia de dolor y de dolor crónico.	25
5.1.2. Síndromes asociados al dolor crónico.	28
5.1.3. Modelos psicológicos explicativos del dolor crónico.	29
5.2. Fibromialgia	32
5.2.1. Definición y caracterización del síndrome de fibromialgia.	32
5.3. Autoeficacia	34
5.3.1. Aproximación y evolución del concepto.	34
5.4. Relación entre la autoeficacia y la fibromialgia	38
5.5. Métodos y técnicas de la evaluación de la autoeficacia	39
6. Diseño Metodológico	41
6.1. Tipo de estudio	41
6.2. Población y muestra	41
6.2.1. Población.	41
6.2.2. Proceso de muestreo.	42
6.2.2.1. Criterios de inclusión.	42
6.2.2.2. Criterios de exclusión.	42
6.2.3. Tamaño de la muestra.	43
6.3. Operacionalización de variables	43
6.4. Instrumentos de evaluación	43

## Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia al Dolor en fibromialgia

6.4.1. Encuesta de caracterización sociodemográfica y clínica	43
6.4.2. Escala de autoeficacia al dolor (PSEQ)	44
6.4.3. Traducción y adaptación de la escala de autoeficacia al dolor (PSEQ).	45
6.5. Procedimientos para la recolección de la muestra	46
6.6. Procedimientos para la recolección de datos.	46
6.7. Plan de análisis	48
7. Consideraciones éticas	49
8. Resultados	50
8.1. Caracterización sociodemográfica de la muestra.	50
8.2. Caracterización clínica de la muestra	54
8.3. Análisis psicométrico de la Escala de Autoeficacia al Dolor, traducida al español	64
8.3.1. Validez de contenido.	64
8.3.2. Consistencia interna	65
8.3.3. Validez de constructo.	66
8.3.4. Resultados de la escala.	67
9. Discusión	69
10. Conclusiones	73
Referencias bibliográficas	74

### Lista de Tablas

Tabla 1. Situación conyugal de la muestra.	50
Tabla 2. Tipo de convivencia de la muestra.	52
Tabla 3. Nivel de escolaridad de la muestra.	53
Tabla 4. Actividad ocupacional/laboral de las participantes.	54
Tabla 5. Síntomas del síndrome de fibromialgia reportados por las pacientes.	55
Tabla 6. Años transcurridos desde el inicio de los síntomas de fibromialgia en la muestra.	56
Tabla 7. Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas de fibromialgia hasta el diagnóstico en la muestra.	57
Tabla 8. Nivel reportado de dolor por la muestra de participantes.	62
Tabla 9. Estadísticas de fiabilidad.	65
Tabla 10. Estadísticas de total de elementos de la Escala de Autoeficacia al Dolor PSEQ.	66
Tabla 11. Prueba de KMO y prueba de Bartlett.	66
Tabla 12. Varianza total explicada.	67
Tabla 13. Distribución de cuartiles de acuerdo con la muestra obtenida.	68

### **Lista de Gráficos**

Gráfico 1. Tipos de profesionales consultados por la muestra para el manejo de sus síntomas, en términos de frecuencia.	58
Gráfico 2. Efecto percibido de las participantes por cada grupo de medicamento usado en términos de frecuencia.	59
Gráfico 3. Resultados de terapias usadas para el control de los síntomas diferentes a los medicamentos.	56
Gráfico 4. Nivel reportado de dolor en términos de frecuencia.	63

## Lista de Figuras

**Figura 1.** Criterios diagnósticos para la fibromialgia de acuerdo al American

College of Rheumatology ACR de 2010

33

## Resumen

La conceptualización de dolor hoy en día es compleja, los factores que interactúan se han ampliado a medida que lo ha hecho la ciencia médica; en este momento se consideran que hacen parte de este fenómeno desde factores fisiológicos, genéticos y conductuales hasta culturales, afectivos y cognitivos, permitiendo su comprensión, evaluación y tratamiento. Dentro de los factores cognitivos se encuentra la autoeficacia como un elemento determinante, que incide en las creencias sobre sí mismo del individuo afectando la relación con el dolor y las exigencias de la vida cotidiana.

En el marco de una investigación de maestría acerca de la influencia de las metacogniciones en el dolor crónico de una muestra de mujeres con diagnóstico de fibromialgia, surge la necesidad de evaluar previamente las propiedades psicométricas de un instrumento que evaluara la autoeficacia, eligiéndose la Escala de Autoeficacia al Dolor debido a sus excelentes antecedentes (versión original y traducción en distintos idiomas). Así pues, surge este estudio con el objetivo de ratificar las propiedades psicométricas de la escala mencionada al ser traducida al español. En general los resultados obtenidos son satisfactorios, con un Alfa de Cronbach de 0,925. Asimismo, la traducción contó con un juicio de expertos y se confirmó su estructura de un único factor que explica el 60,37% de la varianza. Finalmente, se concluyó que el instrumento cuenta con excelentes propiedades psicométricas, por lo cual se recomienda su uso tanto en investigación, como en contextos clínicos con muestras de mujeres con fibromialgia.

Palabras clave: fibromialgia, autoeficacia, psicometría, dolor crónico.



### **Abstract**

Today, the conceptualization of pain is complex, the factors that interact have expanded as medical science has done too, at this time are considered to be part of this phenomenon from physiological, genetic and behavioral factors to cultural, affective and cognitive, allowing understanding, evaluation and treatment. Among the cognitive factors is self-efficacy as a determining element, which affects the beliefs about oneself affecting the relationship with pain and the demands of daily life.

Within the framework of a master research about the influence of metacognitions on chronic pain of a sample of women diagnosed with fibromyalgia, there is a need to previously evaluate the psychometric properties of an instrument that evaluates self-efficacy, choosing the Self-efficacy to Pain Scale due to its excellent antecedents (original version and translation into different languages). Thus, this study arises with the aim of ratifying the psychometric properties of the scale mentioned when translated into Spanish. In general, the results obtained are satisfactory, with a Cronbach's Alpha of 0.925. Likewise, the translation was also judged by experts and its structure was confirmed as the only factor that explains 60.37% of the variance. Finally, it was concluded that the instrument has excellent psychometric properties, which is why its use is recommended both in research and in clinical contexts with samples of women with fibromyalgia.

Key words: fibromyalgia, self-efficacy, psychometric, chronic pain.

## 1. Introducción

El estudio de la experiencia del dolor ha sido una de las áreas de mayor interés en el discurso médico de los últimos años, pues como seres biopsicosociales resulta imprescindible la comprensión de fenómenos que antes parecían únicamente biológicos, descubriendo que el dolor es un fenómeno permeado por una gran carga de elementos cognitivos y emocionales que acompañan a la biología del ser humano.

Durante este texto se procura determinar las propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia al Dolor, como parte del estudio “Autorregulación del dolor y Fibromialgia: La capacidad explicativa del Modelo de Funciones Ejecutivas de Autorregulación sobre el afrontamiento, la funcionalidad y la intensidad del dolor en una muestra de mujeres con diagnóstico de fibromialgia” (Ortega, 2019), ya que se hacía imprescindible contar con las garantías psicométricas de los instrumentos que se usaron en esta investigación principal. En un primer apartado, se hace una aproximación al dolor y a los modelos que han desarrollado diferentes conceptos frente a su funcionamiento, esto da paso a un recorrido por los instrumentos que han evaluado el dolor y en particular la autoeficacia al dolor, encontrando un vacío en la evaluación de la autoeficacia al dolor en español y en particular, en nuestro contexto sociocultural, por lo que a continuación se establecen los objetivos de investigación para este proyecto, los cuales iban dirigidos a identificar las propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia al Dolor, traducida al español, en una muestra de pacientes con fibromialgia del Valle de Aburrá.

Tras la presentación de estos objetivos, se hace un recorrido teórico por los elementos que se consideran necesarios para comprender la autoeficacia en el dolor crónico, especialmente en el síndrome de fibromialgia. Tales conceptos fueron el dolor crónico y las teorías explicativas de éste, encontrando teorías desde enfoques psicológicos que están relacionadas con el estrés y las creencias. También se abordó el síndrome de fibromialgia como entidad nosológica de difícil diagnóstico y manejo médico por las características de su sintomatología; para posteriormente desarrollar el concepto de autoeficacia y su relación con el dolor y la fibromialgia y, finalmente, se revisan los métodos y técnicas esenciales para la evaluación de la autoeficacia de acuerdo con la propuesta teórica de Bandura (2006).

A continuación, se incluyen en este informe los elementos metodológicos que guiaron este estudio, estableciendo el tipo de investigación, características poblaciones y de la muestra, además de la definición de las variables tanto sociodemográficas como clínicas, de dolor reportado y finalmente de autoeficacia al dolor. Se incluyen en este apartado metodológico también una descripción de los instrumentos y de los procedimientos de recolección, tanto de la muestra como de los datos y el plan de análisis de la investigación.

En un apartado posterior se encuentran las consideraciones éticas que guiaron el estudio, haciendo énfasis en la participación *voluntaria* de la muestra y la libertad de detener su participación si se consideraba necesario. De esta manera se da paso al apartado de resultados, en el cual se procuró hacer una descripción de elementos clínicos y sociodemográficos, además de las propiedades psicométricas del instrumento, ya que a partir de esta información se pueden generar interesantes discusiones. Algunas se

encuentran en el apartado de discusión, otras son una oportunidad para continuar investigando el síndrome de fibromialgia y los efectos en la población que lo padece. El presente estudio encontró excelentes propiedades a nivel psicométrico de la Escala de Autoeficacia al Dolor, además de múltiples oportunidades para continuar el estudio y la discusión alrededor de la fibromialgia y el dolor crónico.

## 2. Planteamiento del problema

La mayoría de las personas podrían asegurar que alguna vez en su vida han experimentado una sensación de dolor. Ésta, si bien se trata de una experiencia de carácter universal, podría resultar problemática respecto a su definición, la cual ha evolucionado a medida que lo han hecho los diferentes paradigmas médicos, esencialmente.

En la actualidad, sin embargo, la definición más aceptada es la planteada por la International Association for the Study of Pain (IASP, 2012), la cual hace referencia al dolor como: “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a daño actual o potencial, o descrito en términos de tal daño”. Desde este planteamiento, es importante resaltar que la IASP define el dolor desde su carácter subjetivo, es decir, partiendo de que cada persona caracteriza el dolor a partir de sus propios aprendizajes y experiencias personales asociadas a lesiones en la vida temprana y a lo largo su vida. Por tanto, se anuncia un componente psicológico y no sólo orgánico del dolor.

Es tanto así que hoy en día se han propuesto incluso teorías que defienden que no es necesario que se genere un daño en el tejido para que el sujeto experimente dolor, sino que lo que se requiere es que el estímulo produzca una “neurofirma” que genera la respuesta específica de dolor. Esta es la teoría de la neuromatriz de Melzack (citado por Morales y Navarro, 2014), para la que el dolor se da como una respuesta generada en el Sistema Nervioso Central por un estímulo, la cual produce un patrón específico de activación

cortical en la red neuronal o “neuromatriz” de acuerdo con ciertos determinantes genéticos, fisiológicos y psicológicos.

En este sentido, las conceptualizaciones sobre el dolor se han vuelto más complejas y han ido ampliándose los factores que interactúan en la experiencia de dolor y que no se deben a una sola causa (Castel, de Felipe y Tornero, 2006). Entre estos factores, se han propuesto: los fisiológicos, genéticos, cognitivos, conductuales, culturales y afectivos. La interacción entre estos factores lleva a una comprensión más amplia, no sólo para la formulación de la definición del dolor sino también para el desarrollo de procesos de evaluación y tratamiento de éste.

Si esta naturaleza de la experiencia de dolor resulta compleja en cuanto a su definición, aún ha sido incluso más difícil la conceptualización de lo que se denomina como síndrome de *dolor crónico*. Éste, en comparación con la experiencia de dolor agudo, ya no resulta funcional, no se asocia directamente a un daño orgánico y no sólo se manifiestan fenómenos de dolor sino que aparecen otros síntomas asociados, tales como dificultades para conciliar el sueño, alteraciones emocionales y dificultades asociadas al rendimiento en actividades como trabajar o estudiar. De manera específica, el dolor crónico supone una condición de dolor con una duración superior a los tres meses, que se caracteriza por no responder al tratamiento médico y por la dificultad para identificar la lesión que lo origina (Castel, et al. 2006). Una de las condiciones médicas asociadas al dolor crónico es la fibromialgia, una entidad nosológica que genera disputa en el campo médico en cuanto a su etiología. No obstante, se ha reconocido en los últimos años como un Síndrome de Sensibilización Central (SSC), donde los pacientes reportan principalmente

síntomas de dolor generalizado y sensibilidad, y que además se acompaña de otras manifestaciones como la fatiga y los trastornos del sueño (Ambrose, Gracely y Glass, 2012).

Adicionalmente, se han generado múltiples discusiones acerca de la fenomenología y sintomatología clínica de la fibromialgia, e incluso acerca de los criterios para su diagnóstico (Wolfe y Walitt, 2013). Por ejemplo, tal como lo reflejan los cambios en los criterios diagnósticos de la fibromialgia por parte de la American College of Rheumatology (ACR), existe una controversia que se fundamente en el dilema por clasificarla como un trastorno discreto o, en su lugar, considerarla dentro del espectro de los Síndromes de Sensibilización Central (SSC), debido a que es reconocido que muchos síndromes de dolor crónico tienen una superposición en sus características entre ellos y que muchos pacientes con fibromialgia pueden ser diagnosticados con otros síndromes de dolor crónico, tales como: síndrome de colon irritable, fatiga crónica, migraña, síndrome de dolor craneofacial, dolor pélvico crónico y otras condiciones de dolor crónico regional (Cohen, 2017).

Con el fin de comprender los elementos que componen la experiencia de dolor crónico, se ha encontrado que las teorías psicológicas logran un mayor valor explicativo de los fenómenos de dolor y la cronicidad de los mismos (Moix, 2005), encontrando correlación entre componentes psicológicos y el dolor como son la autoeficacia, el catastrofismo y miedo (Zafra, Pastor y López, 2014), y en general elementos de representación corporal y creencias sobre sí mismo (Gutierrez et al., 2009; Haggard, Ianneti y Longo, 2013; López, Gómez y Ruiz, 2013).

Con respecto a esto, entre estos procesos cognitivos, destaca el constructo de autoeficacia, el cual se ha relacionado con diferentes patologías que involucran el dolor crónico, donde el paciente tiene creencias en las que el dolor es incontrolable respecto a las exigencias de las actividades de la vida cotidiana (González, 2014). Este constructo ha adquirido gran relevancia en la actualidad en las investigaciones sobre diferentes síndromes de dolor crónico y, por ello su estudio resulta muy relevante.

De acuerdo con Bandura (1993), las creencias sobre la autoeficacia tienen una influencia en la forma en que las personas piensan, sienten, actúan y se motivan a sí mismas. Sin embargo, en el contexto del dolor crónico, los autores Miles, Pincus, Carnes, Taylor y Underwood (2011) agregan que la autoeficacia incluye no sólo la creencia que tiene una persona de llevar a cabo una actividad en particular, sino que se incluyen las creencias que tiene la persona para controlar el dolor y las emociones negativas que se asocian a éste, conservar las actividades de la vida diaria y comunicar las necesidades a los cuidadores.

Existen actualmente escalas para la evaluación de dolor e incluso en condiciones de dolor crónico, Entre estas escalas o sistemas de evaluación del dolor, se han incluido no sólo asuntos fenomenológicos o sintomatológicos, sino que se han ido ampliando aquellos instrumentos que hacen referencia a dimensiones relacionadas con la experiencia de dolor, tales como las dimensiones psicológicas, para poder no sólo diagnosticar sino comprender cómo y por qué podría estar sucediendo la experiencia de dolor.



Respecto a estas escalas, Miles et al. (2011) identificó una serie de ellas en una revisión sistemática donde se presentaban características comunes en cuanto a considerar la manifestación de los síntomas en la vida cotidiana y las condiciones de afrontamiento personal y social de los mismos.

Entre estas escalas, destacan las siguientes: la Chronic Disease Self-Efficacy Scale (CDSSES), la cual está compuesta por diez escalas, 33 ítems y un rango de diez opciones de respuesta; se orienta a conseguir información acerca de la enfermedad y su manejo general, apoyándose de aspectos fisiológicos y emocionales, además de considerar el apoyo social de la comunidad y familia. Por otra parte, el Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ) es un cuestionario que se compone por una escala, diez ítems y un rango de siete opciones de respuesta, que pretende medir la fuerza y la generalidad de las creencias del paciente sobre lo capaz que se siente de realizar diez actividades o tareas en el presente, a pesar del dolor que experimentan. La Chronic Pain Self-efficacy Scale (CPSS) está compuesta por tres escalas, 22 ítems y un rango de diez opciones de respuesta, y su objetivo es evaluar los dominios de autoeficacia en el afrontamiento, el funcionamiento y al dolor. Por último, la Self-Efficacy Scale (SES) está compuesta por 20 ítems y un rango de 11 opciones de respuesta, y evalúa la seguridad del paciente para realizar las actividades cotidianas, a pesar del dolor.

Por su parte, también hay escalas que buscan evaluar el dolor crónico específico. Por ejemplo, en condiciones de artritis se usa la escala The Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES), la cual tiene como población objetivo los pacientes con artritis y se compone por tres escalas, 20 ítems y un rango de diez opciones de respuesta. Evalúa los dominios de

autoeficacia para el dolor, autoeficacia en el funcionamiento y autoeficacia en otros síntomas.

A pesar de los avances mencionados respecto a las escalas de autoeficacia en condiciones de dolor crónico, en cuanto al síndrome de fibromialgia no se encuentran datos específicos, lo cual plantea importantes interrogantes acerca de la evaluación de este constructo de manera específica y con las suficientes garantías psicométricas, a fin de poderlo estudiar tanto teórica como empíricamente.

Por otra parte, cabe mencionar que ninguna de las escalas anteriormente mencionadas ha sido utilizadas en población colombiana y, atendiendo a las diferencias que pueden darse en términos de constructos sobre autoeficacia al dolor y confiabilidad en diferentes contextos culturales, se requiere confirmar las garantías psicométricas en los diferentes contextos de aplicación. De ahí que resulte necesario realizar estudios psicométricos de cualquiera de las escalas que se vayan a utilizar para la evaluación del dolor y de la autoeficacia al dolor en la población colombiana y, de manera específica, en el síndrome de fibromialgia.

Es por ello que se formuló el presente estudio, en el que se pretende identificar las características psicométricas de una escala de autoeficacia al dolor para corroborar las garantías psicométricas de su uso en el contexto colombiano y en personas con síndrome de fibromialgia.

Para ello, se seleccionó The Pain Self-Efficacy Questionnaire PSEQ o Escala de Autoeficacia al Dolor (Nicholas, 1989) porque, de acuerdo con sus propiedades psicométricas, es un instrumento altamente confiable para la evaluación de la autoeficacia en la población con dolor crónico. De acuerdo con el estudio de Nicholas (2007) la PSEQ presenta una consistencia interna medida con el coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.92. Además, la confiabilidad fue medida con el método test-retest, el cual presentó una correlación de 0.73. En cuanto a la validez, se encontró una estructura de un solo factor, que explica el 58,6% de la varianza.

Este instrumento contó con la aprobación del autor para realizar una traducción al español, la cual fue realizada por dos traductores independientes y, a través de la revisión de algunos miembros del Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva de la Universidad de Antioquia, se hizo una síntesis de dichas traducciones que, a su vez presentaron un proceso de retro traducción al inglés para comparar con los ítems originales. Este proceso contó con el análisis de expertos donde se validaron los ítems para su uso en población del Valle de Aburrá.

En cuanto a antecedentes investigativos, destaca en el año 2007 la validación de la versión en chino de la PSEQ por los autores Lim, Chen, Wong, Gin, Chan y Chu (2007), con población heterogénea con dolor crónico no maligno. Después de aplicar el instrumento a 55 personas con dolor crónico y tras el análisis de los resultados, se obtuvo que esta versión de la PSEQ tiene una consistencia interna por Alfa de Cronbach de 0.93, cuyo resultado es muy similar al obtenido por Nicholas (2007). También se confirmó la

estructura factorial de la escala por un único factor, representando el 61% de la varianza total.

La PSEQ en su versión en holandés fue aplicada a una muestra de 278 pacientes con dolor crónico en el año 2012, con el fin de identificar sus propiedades psicométricas en la población holandesa (Van der Maas, De Vet, Köke y Bosscher, 2012). La muestra de este estudio estuvo compuesta por pacientes con dolor crónico, la cual se dividió en dos subgrupos, el primero (N=164) conformado por pacientes con dolor musculoesquelético no especificado, el segundo grupo (N=114) conformado por pacientes con dolor de espalda baja no especificado. De acuerdo con los resultados obtenidos, el instrumento presentó alta consistencia interna con una puntuación de Alfa de Cronbach de 0.92 para el grupo 1 y de 0.90 para el grupo 2; además se confirmó la estructura factorial de un solo factor, el cual explicó el 59.4% de la varianza. No se presentaron diferencias significativas en el método test-retest y, con respecto a la validez del instrumento, se encontró que la PSEQ tiene una alta correlación con los otros instrumentos utilizados que estaban relacionados conceptualmente.

Resultados similares fueron encontrados en un estudio realizado en el 2014 (Adachi et al.), en el cual se realizó la validación de la versión en japonés de la PSEQ. En cuanto a la confiabilidad, en este estudio se encontró una alta consistencia interna con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.94, donde el factor de carga para todos los ítems superaba el valor 0.50. El método test-retest confirmó una alta estabilidad y, en cuanto a la validez del instrumento, se encontró que éste presentaba una estructura de un único factor, tal como en los estudios anteriores y el instrumento original, el cual en este caso representaba el 66% de

la varianza total. En el análisis de los resultados se encontró que el PSEQ es predictor de afectividad negativa y catastrofización del dolor.

La PSEQ también ha sido traducida y validada al danés por los autores Rasmussen, Rydahl-Hansen, Amris, Danneskiold y Mortensen en el año 2016. Tal como en los estudios anteriores, la PSEQ en su versión danesa reflejó una buena confiabilidad (Alfa de Cronbach 0.88 y correlación test-retest de 0.93), y además confirmó la unidimensionalidad en la estructura factorial del instrumento. En este estudio, también se encontraron correlaciones positivas entre la autoeficacia al dolor, estrategias activas de afrontamiento y control del dolor.

Teniendo en cuenta los antecedentes de este instrumento, se puede observar que el mismo ha sido traducido y validado en diferentes idiomas y poblaciones clínicas alrededor del mundo, confirmando su alta confiabilidad y validez como medida de la autoeficacia en pacientes con dolor de diferentes etiologías. Sin embargo, la PSEQ no contaba con una adaptación al idioma español, constatándose un vacío en cuanto a la evaluación de la autoeficacia en pacientes hispanohablantes y específicamente en la población colombiana que presentan dolor y, de manera específica, del síndrome de fibromialgia. Por ello, se decidió traducir y adaptar a la población colombiana en el proyecto de investigación mencionado al que se vincula el presente trabajo de grado. Esta investigación, por tanto, complementa los alcances del proyecto de investigación titulado “Autorregulación del dolor y Fibromialgia: La capacidad explicativa del Modelo de Funciones Ejecutivas de Autorregulación sobre el afrontamiento, la funcionalidad y la intensidad del dolor en una muestra de mujeres con diagnóstico de fibromialgia” desarrollado como trabajo de

investigación de maestría del Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva (Ortega, 2019), en el cual se realizó el proceso de traducción y adaptación cultural de la escala por parte de los expertos correspondientes. El estudio se desarrolló con población del Valle de Aburrá, la cual es una subregión ubicada en el centro-sur del departamento de Antioquia conformada por diez municipios, se caracteriza por ser un centro de desarrollo urbanístico, que presenta condiciones de desarrollo económico sostenible en la infraestructura, pero que se ve abocado a fenómenos como brechas socioeconómicas en la población.

Teniendo en cuenta lo anterior, los alcances de esta investigación se vinculan a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia al Dolor, traducida al español, en una muestra de pacientes con fibromialgia del Valle de Aburrá?

### 3. Justificación

Las dificultades para la evaluación objetiva de los pacientes con dolor crónico por los especialistas del área de la salud son considerables, debido a que los síntomas que los pacientes exponen son, en su mayoría, de carácter subjetivo y de difícil diagnóstico. En este sentido, el desarrollo de instrumentos de evaluación que permitan una objetivación de los síntomas permite conocer mejor el trastorno, lo que a su vez abre nuevas posibilidades y avances respecto a su diagnóstico, estudio y tratamiento.

Por otra parte, la importancia del análisis de la confiabilidad y validez en las medidas que ofrecen los instrumentos radica tanto en el avance de la psicología científica, como de la praxis en ámbitos tan variados como la salud, la educación y las organizaciones ya que, con base en la información que brindan estas herramientas, el psicólogo puede tomar decisiones que correspondan con la realidad del sujeto y, en general de la población del contexto que se pretende evaluar.

Teniendo en cuenta lo anterior, se podría afirmar entonces, que este tipo de trabajos acerca de las características psicométricas de los instrumentos permiten tener garantías respecto al uso de los mismos en cuanto a su confiabilidad y validez cuando se utilizan en las poblaciones específicas que se pretenden evaluar, atendiendo al uso ético de las pruebas, tal como se indica en la Ley 1090 de 2006 (Código Deontológico y Bioético del ejercicio de la profesión de Psicología) en el artículo 2: “De los principios generales”, numeral 8: “Evaluación de técnicas”; el artículo 36: “Deberes del psicólogo con las personas objeto de

su ejercicio profesional”, literal a) y e); y el capítulo VI “Del uso del material psicotécnico”.

En el caso de la evaluación de la autoeficacia al dolor en la fibromialgia, tal como se ha mencionado, no existen instrumentos en nuestra población que den cuenta de este constructo, lo cual supone una necesidad relevante para la comprensión del manejo de sus síntomas y su cronificación. De esta manera, si se cuenta con medidas confiables y válidas sobre la autoeficacia al dolor, sería factible incluir esta variable en los programas de salud para establecer mejores proyectos de intervención en los pacientes con fibromialgia y la regulación de los síntomas de dolor.



## **4. Objetivos**

### **4.1. Objetivo General**

Identificar las propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia al Dolor, traducida al español, en una muestra de pacientes con fibromialgia del Valle de Aburrá.

### **4.2. Objetivos Específicos**

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de la muestra de estudio.
2. Determinar la consistencia interna de la Escala de Autoeficacia al Dolor en la muestra de estudio.
3. Establecer la validez de contenido de la Escala de Autoeficacia al Dolor en la muestra de estudio.
4. Determinar la validez de constructo de la Escala de Autoeficacia al Dolor en la muestra de estudio.
5. Especificar los estadísticos de tendencia central y de distribución de las puntuaciones de la Escala de Autoeficacia al Dolor en la muestra de estudio.

## **5. Marco teórico**

### **5.1. Dolor crónico**

#### **5.1.1. Definición y caracterización de la experiencia de dolor y del dolor crónico.**

La Asociación Internacional del Estudio del Dolor (IASP, 2012) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a daño actual o potencial, o descrito en términos de tal daño”. En esta definición se pueden identificar dos factores primordiales asociados a la experiencia de dolor: la sensación y la emoción. El primero se refiere al proceso fisiológico, en el cual las señales aferentes del sistema nociceptivo dan cuenta de un estímulo nocivo que puede poner en peligro el cuerpo (Haggard, Iannetti y Longo, 2013). En cuanto al factor emocional, éste se relaciona con el procesamiento de la señal que se recibe del sistema nociceptivo; dicha percepción es ligada a afectos negativos que dan cuenta de la sensación displacentera ante los estímulos dolorosos.

Por otra parte, respecto a la conceptualización del dolor, las teorías como la de neuromatriz de Melzack (1999 en Morales y Navarro, 2014) y de la compuerta desarrollada por Malzack y Wall (1965 en Sánchez, 2013), plantean la elicitación de los mecanismos de acción fisiológicos sobre los cuales se establece el dolor, teniendo presente tanto elementos del Sistema Nervioso Central SNC, como de elementos del Sistema Nervioso Periférico SNP, donde cada componente biológico cumple una función para que el fenómeno de dolor se presente. Si bien estas teorías son en esencia biológicas, son una oportunidad para

empezar a elaborar conceptos y teorías sobre el dolor con componentes psicológicos, tales como las emociones, las cogniciones y diferentes creencias que afectarán el proceso biológico que los autores describen.

No obstante, a pesar de esta ampliación conceptual acerca de los componentes psicológicos del dolor, su clasificación y diagnóstico como problema incluye diferentes criterios que pudieran resultar más limitados por su abordaje desde una perspectiva eminentemente biologicista. Así, de acuerdo con la Asociación Internacional Para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) se han establecido ciertos criterios taxonómicos con el fin de caracterizar mejor el fenómeno del dolor y mejorar la comunicación entre profesionales que trabajan con él, los cuales hacen referencia a: la región afectada, los sistemas involucrados, las características temporales del dolor, la intensidad declarada por el paciente y su etiología (Dagnino, 1994).

Desde esta perspectiva, una correcta clasificación e identificación del dolor permite no sólo conocer las características del fenómeno, sino que incide activamente en su diagnóstico y tratamiento terapéutico. Por ejemplo, encontramos que Dagnino (1994) describe una clasificación del dolor en término de su origen, evolución y mecanismos (las categorías no son excluyentes). Sin embargo, una de las clasificaciones más relevantes tiene que ver con la diferenciación entre el dolor agudo y el dolor crónico, los cuales se definen en términos de temporalidad del dolor, aunque no se puedan establecer diferencias o similitudes a nivel cualitativo.

Al respecto, el dolor agudo surge debido a estímulos nocivos provenientes de heridas, enfermedades de estructuras viscerales o profundas; de igual forma puede deberse a la función anormal de músculos u órganos que no generan daño tisular a largo plazo (Dagnino, 1994). La función del dolor agudo como respuesta a un estímulo que genera daño tisular resulta adaptativa para los individuos (Rodríguez, 2014), en cuanto permite conservar la integridad del cuerpo y la evitación de estímulos nocivos o amenazantes. Por su parte, el dolor crónico pierde dicha función y, en lugar de guardar la integridad del cuerpo ante un estímulo doloroso, genera todo tipo de desgaste tanto a nivel físico como emocional.

Específicamente, el dolor crónico consiste en “un dolor persistente y recurrente con una duración mayor a tres meses”, cuyo grado de severidad del dolor se puede calcular con base en tres criterios: intensidad del dolor, distres relacionado y discapacidad funcional (Tredeea, et al., 2015). De acuerdo con Rodríguez (2014), es el resultado de una falla en los mecanismos de analgesia, alterando el mecanismo normal de dolor.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, onceava edición (CIE-11) ha catalogado las diferentes condiciones médicas asociadas al dolor crónico en siete grupos diferentes, que se diferencian en su etiología principalmente, seguidos de criterios como: los mecanismos fisiopatológicos y el lugar afectado. A continuación, se listan los grupos de clasificación (Tredeea, et al., 2015):

- a. Dolor crónico primario.
- b. Dolor crónico asociado al cáncer.

- c. Dolor crónico postraumático y postquirúrgico.
- d. Dolor neuropático crónico.
- e. Dolor de cabeza crónico y orofacial.
- f. Dolor visceral crónico.
- g. Dolor cónico musculoesquelético.

### **5.1.2. Síndromes asociados al dolor crónico.**

Los Síndromes de Sensibilización Central (SSC) son una categoría médica en la que se definen ciertas condiciones patológicas como un mecanismo de respuesta amplificada del Sistema Nervioso Central respecto a los estímulos periféricos (Yunus, 2015). Dicho concepto ha tenido un gran desarrollo en los últimos años, haciendo énfasis en los mecanismos *top-down* y *bottom-up* que inciden en la respuesta aumentada del Sistema Nervioso Central ante estímulos variados. Como se ha propuesto anteriormente, conocer estos mecanismos de funcionamiento biológico, permiten sentar una base para el estudio de otras variables que inciden en los mecanismos del dolor, tal como son las variables psicológicas.

Diferentes condiciones de dolor, tales como el síndrome de fatiga crónica, síndrome de colon irritable, síndrome de fibromialgia y otros de dolor generalizado, han sido incluidos dentro de este grupo de SSC, los cuales, si bien no comparten una patología estructural, tienen en común el mecanismo de sensibilización central, el cual incluye el

funcionamiento anormal de neuronas a través de la actividad sináptica de ciertos neurotransmisores (Yunus, 2007).

De acuerdo con Yunus (2007), las fibras C serían las implicadas en los SSC, las cuales transmiten información nociceptiva difusa, sorda y ardiente. Además de estas fibras, se debe tener presente el papel de la Sustancia P y otros neuroquímicos, que tienen un rol en la transmisión del dolor y, por tanto, en caso de una liberación anormal ante estímulos no nociceptivos, podría amplificarse la señal y convertirse en un estímulo doloroso.

### **5.1.3. Modelos psicológicos explicativos del dolor crónico.**

Los modelos psicológicos del dolor crónico generalmente abordan componentes como la autoeficacia, el catastrofismo, el afrontamiento, el miedo y la ansiedad, los cuales permiten abordar las condiciones emocionales y motivacionales de los sujetos con dolor crónico, además de las capacidades o recursos asociados al manejo de dicha patología. Entre los modelos psicológicos más relevantes acerca del dolor crónico encontramos los siguientes:

a) *Modelo miedo-evitación al dolor* (Esteve y Ramírez-Maestre, 2013): Dicho modelo postula que una vez las personas experimentan dolor agudo, se realiza un proceso de valoración de éste. El resultado de esta valoración en la mayoría de las personas es percibir el dolor como una experiencia desagradable; sin embargo, a éste no se le atribuye un significado altamente amenazante o es considerado como señal de graves consecuencias.

Por lo tanto, tras un período de reposo se incrementa el nivel de actividad de la persona como parte de la recuperación.

No obstante, una pequeña parte de los individuos atribuye un significado catastrófico a la experiencia de dolor, lo cual provocará miedo al dolor y, consecuentemente, conductas de evitación. En este modelo, el miedo al dolor se define como las creencias de que el movimiento y la actividad en general van a empeorar el dolor o se generará una nueva lesión (Vlaeyen y Linton, 2000).

En 1984 Melin y Götestam (citado en Esteve y Ramírez-Maestre, 2003), sugirieron un abordaje conductual del modelo de miedo-evitación, de forma que el condicionamiento clásico se relaciona con cómo ciertas situaciones neutras se asocian con el dolor y elicitan respuestas de activación simpática y miedo, mientras que el condicionamiento operante se relaciona con la consolidación de las conductas de evitación, dado que la persona aprende que, evitando dichas situaciones, se reduce el dolor y el miedo.

b) *Modelo miedo-ansiedad-evitación al dolor*. Propuesto por Asmund, Norton y Vlaeyen (2004), surge como una reformulación del modelo de miedo-evitación anteriormente descrito. En este nuevo modelo se introduce la variable ansiedad asociada a la evitación, y que es diferenciada del miedo al dolor. De esta forma, la ansiedad está relacionada con “la evitación de situaciones que el sujeto puede considerar como potencialmente dañinas y con la hipervigilancia” (López, Gómez y Ruiz, 2009, p.12). De acuerdo con los autores, se mantiene la presunción del catastrofismo como el mecanismo que aumenta el miedo al dolor; sin embargo “se introduce la noción de que es el miedo repetido al dolor lo que acabaría por provocar ansiedad ante el mismo”( López, Gómez y

Ruiz, 2009, p.12), de tal forma que las personas acaban evitando actividades y movimientos que provocaran dolor, apuntando a un incremento en la discapacidad (López, Gómez y Ruiz, 2009).

c) *Modelo de creencias en salud.* Ampliamente reconocido como un marco conceptual de las conductas de salud, el modelo de creencias en salud se enfoca en el cambio conductual a nivel individual. El modelo se fundamenta en cuatro postulados: 1) la creencia sobre la susceptibilidad a un determinado problema o situación; 2) la creencia de la severidad de dicho problema; 3) la creencia de que a través de una conducta obtendrá un beneficio con un costo personal admisible; y 4) la creencia sobre los posibles obstáculos para llevar a cabo la conducta (Green y Murphy, 2014).

De acuerdo con el modelo, se postula la importancia de las creencias, en especial las asociadas al catastrofismo, que desempeñan un rol fundamental en la experiencia de dolor, incrementando la intensidad percibida de éste (Rodríguez, 2014).

d) *Teoría transaccional del estrés.* Las experiencias estresantes se consideran como transacciones entre la persona y el ambiente; no obstante, la percepción subjetiva sobre el factor estresante y los recursos personales y sociales a disposición de la persona determinan el nivel de estrés. De acuerdo con el modelo, los recursos personales y sociales como autoestima, autoeficacia y apoyo social, funcionan como predictores del nivel de estrés percibido, sumado al hecho de que dicho estrés percibido junto con el agotamiento emocional, podrían predecir los síntomas psicósomáticos (González-Ramírez, García-Campayo, Landero-Hernández, 2011).



e) *Modelo integrador del dolor* (Clauw, 2015; citado en Sáenz, 2016). Este modelo establece ciertos factores biológicos (genético, neurofisiológico, inmunológico, neuroendocrino y autonómico) asociados al inicio y mantenimiento de síntomas. Los factores psicológicos, sociales y comportamentales, funcionan entonces no como elicitadores del fenómeno de dolor, pero sí como moduladores de la experiencia y la respuesta de dolor en las personas afectadas. Las principales ideas desarrolladas en este modelo describen el dolor como un mecanismo de amplificación de la señal debido a la sensibilización central, junto con la incapacidad de inhibir la misma. La sensibilización central se entiende como el incremento de las respuestas del Sistema Nervioso Central a estímulos periféricos, y el sistema neuroendocrino y SNA eje hipotálamo-pituitario-adrenal como moduladores de las respuestas de estrés.

## **5.2.Fibromialgia.**

### **5.2.1. Definición y caracterización del síndrome.**

La fibromialgia consiste en una condición crónica caracterizada por el dolor en todo el cuerpo, que además se acompaña de otros síntomas como fatiga y dificultades cognitivas (American College of Rheumatology, 2017). De acuerdo con Caluw (2014) la fibromialgia puede ser pensada como un estado de dolor centralizado en el cual se manifiesta dolor en diferentes regiones del cuerpo en distintos momentos.

De acuerdo con el Colegio Americano de Reumatología (2017), los criterios para el diagnóstico de fibromialgia son:

1. Dolor y síntomas durante la semana pasada, con base en el total de áreas dolorosas de 19 partes del cuerpo más el nivel de gravedad de estos síntomas:

- Dolor diseminado DD: contar el número de áreas en donde el paciente tuvo dolor en la última semana. La puntuación será entre 0 y 19. Áreas: tórax, abdomen, cuello, espalda superior, espalda inferior, derecho/izquierdo: hombro, brazo superior, brazo inferior, cadera (trocanter, glúteo), pierna superior, pierna inferior y maxilar inferior.
- Escala de severidad de los síntomas ESS: es la suma de de la severidad de los tres síntomas (fatiga, sueño no reparador, síntomas cognitivos) y de los síntomas somáticos. La puntuación será entre 0 y 12. En cada uno de ellos, indicar el nivel de severidad en la última semana: 0 = Sin problemas; 1 = Ligeros o leves problemas, generalmente leves o intermitentes; 2 = Moderado, considerable problema, frecuentemente presente y/o nivel moderado; 3 = Severo, continuos problemas que perturban la vida.
- Considerando los síntomas somáticos en general, si el paciente tiene: 0 = Ningún síntoma; 1 = Pocos síntomas; 2 = Un moderado número de síntomas; 3 = Un gran número de síntomas. Síntomas somáticos: dolor muscular, colon irritable, fatiga/cansancio, problemas en el recuerdo o en el pensamiento, debilidad muscular, cefalea, dolor/calambres en el abdomen, parestesias, vértigo, insomnio, depresión, diarrea, dolor en el abdomen superior, náuseas, nerviosismo, dolor torácico, visión borrosa, fiebre, sequedad de boca, pinchazos, respiración con silbidos (wheezing), fenómeno de Raynaud, urticaria/ronchas, acúfenos, vómitos, acidez, úlceras orales, pérdida o cambio en el gusto, crisis convulsivas, sequedad de ojos, respiración entrecortada, pérdida del apetito, rash, fotosensibilidad, dificultades en la audición, fragilidad capilar, caída del cabello, micción frecuente o dolorosa, espasmos vesicales.

2. Síntomas con duración de al menos tres meses a un nivel similar.

3. Ningún otro problema de salud que explique el dolor y otros síntomas.

Figura 1. Criterios diagnósticos para la fibromialgia de acuerdo con el American College of Rheumatology ACR de 2010. (Fuente: Elaboración propia)

Es común encontrar que los pacientes con fibromialgia manifiestan, además de dolor musculoesquelético, impedimentos cognitivos asociados a los procesos de memoria, atención y función ejecutiva (Ambrose, Gracely y Glass, 2012; Higgins, Martin, Baker,

Vasterling y Risbrough, 2017). Estos problemas cognitivos son manifestaciones centrales de la fibromialgia y, de acuerdo con Ferreira y Ferreira (2013), en algunas ocasiones pueden resultar más discapacitantes que el mismo dolor. De esta manera, surge la necesidad de rescatar los modelos psicológicos del dolor y, a la luz de ellos, comprender mejor el grupo de síntomas que destacan en la fibromialgia.

### **5.3. Autoeficacia.**

#### **5.3.1. Aproximación y evolución del concepto.**

El desarrollo conceptual del constructo de autoeficacia se ha visto marcado, en primera instancia por la teoría social cognitiva desde la cual se propone dicho concepto, pero además por los aportes que se han realizado desde la investigación, tanto en cuanto a la autoeficacia general como en contextos de actuación específica o por dominios.

A partir de 1971, Bandura introduce en la Teoría del Aprendizaje Social elementos que empiezan a componer los postulados sobre la agenciación humana, ya que, para él, el funcionamiento humano se da en una relación recíproca entre factores personales, el comportamiento y las condiciones externas, en contraposición con teorías de corte conductual que atribuyen el comportamiento a condiciones externas, o el psicoanálisis que lo atribuye a causas meramente internas. En dicha reciprocidad se señala la importancia de los procesos autorregulatorios, además de los procesos vicarios y simbólicos.

Más adelante, Bandura propone la teoría de la autoeficacia (1979), y la define como las creencias que tienen las personas acerca de sus capacidades para generar niveles de desempeño que influyen sobre los eventos que afectan sus vidas. De acuerdo con el autor, cuando las personas tienen un fuerte sentido de eficacia, su realización humana mejora y por ende, su bienestar (Bandura, 1994). En los años siguientes, Bandura continúa trabajando sobre este concepto, y en 1987 se modifica la definición antes mencionada, donde introduce un elemento importante, que es la capacidad de organizar y ejecutar cursos y fuentes para la acción, los cuales son requeridos para manejar prospectivamente las situaciones. De esta forma, la autoeficacia ya no se limita a generar resultados, sino que estos resultados se ven influenciados por las capacidades de organización para la acción.

Teniendo en cuenta lo anterior, en 1977 Bandura plantea que la autoeficacia percibida se refiere a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar las situaciones futuras” (p. 193). De acuerdo con el autor, dichas creencias tienen una influencia en la forma en que las personas piensan, sienten, actúan y se motivan.

Dentro de este mismo marco, se propone que las creencias de las personas con respecto a su eficacia en alguna tarea, o en general en su agencia personal, pueden constituirse a partir de cuatro formas de influencia: las experiencias de dominio, las experiencias vicarias, la persuasión social y los estados psicológicos y emocionales (Bandura, 1999). Estas fuentes de influencia se refieren a las experiencias de éxito o fracaso que un individuo experimenta tanto personalmente, como a partir de modelos que percibe

similares a él. Además, influyen las persuasiones que ejerce el medio exterior y las emociones que intervienen en la forma en que el individuo interpreta las situaciones y sus capacidades ante éstas.

De igual forma, la eficacia percibida de las personas influye de manera esencial en el funcionamiento de las mismas mediante los procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y selectivos; estos procesos funcionan de manera interrelacionada y no de forma independiente. Dicha influencia se ve reflejada en el establecimiento de objetivos, el esfuerzo que se invierte en la consecución de éstos, la evaluación y el afrontamiento ante estresores, y la selección de entornos que hace el individuo (Bandura, 1999). Por ejemplo, cuando una persona tiene un alto sentido de autoeficacia se propone metas retadoras, haciendo uso de un buen pensamiento analítico en cuanto a la predicción y el establecimiento de cursos de acción. Además, estas personas invertirán más esfuerzo para la consecución del objetivo planteado y, ante los problemas, podrán manejar el estrés y la ansiedad, modelando la situación a su gusto.

Otros autores han abordado también el concepto de la autoeficacia, por ejemplo Sanjuán, Pérez y Bermúdez (2000) quienes hacen una diferencia entre autoeficacia por dominios y la autoeficacia general, que definen como las creencias estables que tienen las personas con las cuales manejan los estresores cotidianos. Por su parte, Marat (2003), introduce en su trabajo con autoeficacia un matiz diferente a la definición de Bandura, pues incluye en el concepto el elemento de juzgamiento sobre las capacidades para organizar y efectuar los cursos de acción que se orientan al logro de metas. De la misma forma, Olaz en 2003 habla de la autoeficacia como el juicio sobre las propias capacidades de respuesta, y

sus resultados se han de interpretar de acuerdo con las señales que la persona haya establecido como índices de eficacia.

En el año 2005, Tejada propone a la autoeficacia como grupo diferenciado de creencias sobre diferentes dominios de funcionamiento, los cuales tienen que ver con la autorregulación del pensamiento, la motivación, reacciones afectivas y fisiológicas. Dichas creencias ejercen influencias en procesos de agenciamiento personal como la toma de decisiones, el esfuerzo dedicado a una tarea, los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales.

En general, en el ámbito investigativo se ha abordado la autoeficacia como un factor importante en los campos de la salud, la educación y el deporte, por mencionar algunos; donde se suelen asociar las creencias de autoeficacia de las personas en ciertos dominios específicos con los resultados obtenidos en términos de conductas, actitudes o desempeño.

Por otra parte, el término de autoeficacia enmarcado en el desarrollo de habilidades a través de procesos cognitivos presenta similitudes y diferencias con otros conceptos que abordan fenómenos asociados al control y manejo individual. Por ejemplo, Gerin, Litt, Deich y Pickering (1995), plantean el concepto de “control percibido”, que se define como las creencias que tienen las personas sobre las posibilidades que tienen, mediante la ejecución de determinadas conductas, de ejercer control con relación a un elemento ambiental (Sanz, 2016). A diferencia del concepto de autoeficacia, el control percibido se centra en la creencia de que las consecuencias se pueden lograr mediante ciertas conductas, sin embargo, no hace referencia a la creencia de la persona de desarrollar dicha conducta.

Por otra parte, el concepto de competencia percibida es un constructo más general pero no igual a la autoeficacia, ya que éste se refiere a la creencia que tienen las personas del control que ejercen sobre el entorno. Es decir, que es un concepto transituacional, al no aplicarse a una situación en especial; es transconductual, ya que no se refiere a conductas específicas ni al control global que las personas tienen sobre sus conductas, sumado a la creencia del control que sus conductas ejercen sobre el ambiente.

#### **5.4. Relación entre la autoeficacia y la fibromialgia.**

De acuerdo con la Teoría de la Compuerta de Melzack y Wall (1965), el dolor se presenta cuando, por una parte se da la proyección del impulso nervioso desde la médula y, por otra parte, se integra la sensación de desagrado del sistema límbico y otros elementos cognitivos como creencias, expectativas y atención desde diferentes ubicaciones de la corteza cerebral. La autoeficacia se encuentra dentro de dichos elementos cognitivos que componen la experiencia de dolor, por lo cual ha sido de gran interés para el estudio en pacientes con dolor crónico, donde se ha demostrado no solo la relación existente entre las creencias de autoeficacia y el nivel de discapacidad, sino también con el mantenimiento de conductas del dolor.

Por ejemplo, con respecto al nivel de discapacidad, se ha encontrado que en general, una baja autoeficacia suele ser predictor de peor control del dolor, menor adherencia a los tratamientos, depresión y reducción de la funcionalidad física (Sanz, 2016). Además, se ha demostrado que las conductas de dolor se mantienen en aquellos pacientes con fibromialgia que reportan una menor autoeficacia, contrario a aquellas conductas saludables

relacionadas con tareas cotidianas y menor discapacidad de los pacientes con un mayor nivel de autoeficacia (González, Palacios y Arbona, 2014).

### **5.5. Métodos y técnicas de la evaluación en autoeficacia.**

La evaluación y medición de la autoeficacia ha de tener presente ciertos aspectos fundamentales, de acuerdo con las bases teóricas que respaldan dicho constructo. En primer lugar, las escalas de autoeficacia deben ser construidas y desarrolladas de acuerdo con el dominio de funcionamiento que es objeto de interés particular, identificando aquellas habilidades y sub-habilidades que requiere una exitosa actuación (Bandura, 2006).

Debido a que los ítems deben reflejar la autoeficacia, tan preciso como sea posible, el proceso de redacción de los ítems de las escalas debe estar orientados hacia el uso de términos que denoten capacidad, como “puedo”, en lugar de “voy a hacer”, ya que estos últimos reflejan una declaración de intención, lo cual no está implicado directamente en la autoeficacia. Además, en el proceso de construcción de un instrumento que evalúe este constructo, es necesario tener un conocimiento suficiente del dominio y las actividades específicas que éste implica, para así conocer los elementos a incluir dentro de dichos ítems. Es decir, es necesario un enfoque multifacético de las actividades de dominio en las escalas de autoeficacia, de modo que éstas guarden relación con los factores que determinan el funcionamiento del dominio de interés. (Bandura, 2006).



Las medidas preventivas de minimización de sesgos en la evaluación de la autoeficacia se realizan tanto en las instrucciones como en la forma de aplicación del instrumento. Las variables a evitar tienen que ver con los efectos motivacionales, sociales y emocionales. Por lo tanto, la aplicación de estos instrumentos debe ir acompañada de un etiquetado de la prueba que evite generar respuestas de miedo a la evaluación negativa, instrucciones claras para su diligenciamiento y claridad en la confidencialidad del uso de la información obtenida (Bandura, 2006).

Siendo así, el concepto de autoeficacia ha promovido el desarrollo de instrumentos, como inventarios y escalas, que se proponen estimar dicho concepto en dominios muy variados de la actividad humana (Wittkowski, A., Garret, C., Calam, R., Weisberg, D., 2017) como lo muestran instrumentos tales como la escala Child Adjustment and Parent Efficacy Scale (CAPES-SE) que busca evaluar la autoeficacia en pautas de crianza. Por otro lado, cuestionarios como el Oral Higiene Self-Efficacy Questionnaire (OHSEQ) (Stewart, J., Strack, S., Graves, P., 1997), o el AIDS Prevention Questionnaire: Self-efficacy Condom Use Subscale (Ballester, Gil y Jimenez, 2007), evalúan el concepto de autoeficacia en la salud oral y la salud sexual, respectivamente. Entre los instrumentos que buscan el análisis de la autoeficacia en trastornos de dolor crónico, podemos encontrar The Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES) o Chronic Disease Self-Efficacy Scale (CDSSES); (Miles et al., 2011), que permiten un abordaje del concepto a través de las capacidades individuales, el tratamiento y el apoyo psicosocial.

## **6. Diseño metodológico**

### **6.1. Tipo de estudio**

Se trata de un estudio cuantitativo, el cual, de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico de uno o varios atributos determinados.

Esta investigación tiene un diseño no experimental, teniendo presente que se va a tomar la información del atributo tal como se encuentra en su contexto natural, sin producir alteraciones a éste. Además de lo anterior, se propone que el estudio sea transversal en un grupo único.

Asimismo, se propone un alcance descriptivo y explicativo, en cuanto se trata de la caracterización del instrumento utilizado y de sus propiedades psicométricas, en relación con el marco teórico del constructo de autoeficacia.

### **6.2.Población y muestra**

#### **6.2.1. Población.**

La población considerada para este estudio son mujeres diagnosticadas con síndrome de fibromialgia entre los 24 y 60 años, residentes en el Valle de Aburrá, las cuales hayan sido

diagnosticadas por un especialista médico de acuerdo con los criterios del Colegio Americano de Reumatología del 2010.

Los procesos de contacto con las participantes se realizaron mediante instituciones de salud en las que se lleva el control médico por especialistas, también mediante publicación en redes sociales de convocatoria de participación y por referenciación de las mismas participantes.

### **6.2.2. Proceso de muestreo.**

La selección de la muestra se hace por muestreo no probabilístico y por conveniencia y, para ello, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

#### *6.2.2.1. Criterios de inclusión.*

- Personas diagnosticadas con fibromialgia por un médico especialista.
- Mujeres
- Edades comprendidas entre los 25 y 60 años.
- Aceptación de la participación voluntaria en el estudio.

#### *6.2.2.2. Criterios de exclusión.*

- Personas con dolor crónico debido a una condición osteomuscular diferente de la fibromialgia.
- Personas con discapacidad debido a una causa diferente de la fibromialgia.
- Personas con déficit cognitivo que limite el uso de los instrumentos.

### **6.2.3. Tamaño de la muestra.**

El tamaño de la muestra se compuso de 110 mujeres residentes del Valle de Aburrá, quienes habían sido diagnosticadas con fibromialgia por un profesional médico especialista.

### **6.3. Operacionalización de variables**

El listado de las variables propuestas en el estudio se agrupan en el Anexo 4 de acuerdo con sus dimensiones de análisis, sus denominaciones, etiquetas, niveles de medición y valores de medida.

### **6.4. Instrumentos de evaluación.**

#### **6.4.1. Encuesta de caracterización sociodemográfica y clínica**

Se aplicó una encuesta de caracterización de 19 ítems, la cual se desprende de una encuesta general construida para el estudio que fue liderado por Ortega (2019). Del total de ítems, seis corresponden a la caracterización sociodemográfica y los ítems restantes a la caracterización clínica, incluyendo como último ítem el nivel de dolor reportado al momento de diligenciar los instrumentos (Véase Anexo 1)

Las variables sociodemográficas incluidas dentro del protocolo de evaluación fueron: edad, situación conyugal, número de hijos, nivel de estudios, ocupación actual y

personas con las que vive. Las preguntas correspondientes a la caracterización clínica de las participantes incluyeron ítems que evaluaban la evolución clínica de la fibromialgia, el padecimiento de otras condiciones médicas, el uso y respuesta ante tratamientos y medicamentos, e ítems sobre los profesionales que la habían atendido.

El último ítem de este instrumento solicitaba a cada participante indicar en una escala de 1 a 10, la intensidad de dolor que presentaba en el momento de responder los instrumentos, siendo 1 “sin dolor” y 10 “dolor máximo”.

#### **6.4.2. Escala de autoeficacia al dolor (PSEQ)**

La Escala de Autoeficacia al Dolor (PSEQ) es un instrumento que evalúa las creencias de autoeficacia en las personas con dolor crónico. En comparación con otras medidas de autoeficacia al dolor, el PSEQ pide a los pacientes tomar en cuenta el dolor para responder cada ítem (Nicholas, 2007).

Se determina el nivel de autoeficacia de acuerdo con las respuestas brindadas a cada uno de los 10 ítems que componen el PSEQ. Las respuestas de dicha escala van de 0 (no cree en absoluto) a 6 (totalmente segura) sobre su creencia para realizar ciertas actividades. La máxima puntuación posible es de 60 y el menor resultado posible es de 0, los cuales corresponden a los niveles alto y bajo de autoeficacia. (Véase Anexo 2)

La validación del instrumento original en inglés fue realizada en una muestra inicial para el análisis psicométrico de 103 pacientes quienes presentaban dolor crónico de espalda

baja (Nicholas, 2007). En el estudio se encontró que la PSEQ cuenta con una confiabilidad interna medida con Alfa de Cronbach de 0.92. Además, se obtuvo otro resultado correspondiente a la confiabilidad por método test-retest, cuya correlación fue de 0.73. Por su parte, la validez del instrumento fue evaluada mediante estructura factorial, donde se encontró que existe un factor que explica el 58.6% de varianza, y se logró evidenciar que hay una correlación con otras medidas ya validadas.

#### **6.4.3. Traducción y adaptación de la escala de autoeficacia al dolor (PSEQ).**

Los procedimientos que se presentan a continuación hicieron parte de la investigación titulada “Autorregulación del dolor y Fibromialgia: La capacidad explicativa del Modelo de Funciones Ejecutivas de Autorregulación sobre el afrontamiento, la funcionalidad y la intensidad del dolor en una muestra de mujeres con diagnóstico de fibromialgia” (Ortega, 2019), de la cual se depende el presente proyecto. Para el uso de este instrumento se realizó inicialmente un proceso de traducción que garantizara un uso apropiado del mismo, contando con la correspondiente autorización del autor.

Para comenzar, se pidió a dos traductores oficiales independientes que hicieran la traducción del instrumento original (inglés) al español para, tras revisar ambas traducciones y llegar a un acuerdo entre los investigadores para la versión en español, solicitar a un traductor nativo de habla inglesa que llevara a cabo una retrotraducción del instrumento en español al inglés, con el fin de garantizar que se mantuviera el sentido original de cada ítem. Finalmente, la versión definitiva en español fue sometida a juicio por tres expertos de

la psicología y medicina, a partir de la cual se estableció la validez de contenido. En el apartado de resultados se presentarán los análisis desarrollados por estos expertos y la versión final del instrumento que se aplicó y analizó en la presente investigación puede revisarse en el Anexo 2.

### **6.5. Procedimientos para la recolección de la muestra.**

El contacto con las participantes en el estudio se realizó a partir de diversos procedimientos: se visitaba a diferentes especialistas médicos que atienden pacientes con fibromialgia (reumatólogos y psiquiatras) a nivel particular en la ciudad de Medellín y se les informaba acerca del estudio, ofreciéndoles información por escrito para que pudieran leerlas sus pacientes y dejar sus datos si estaban interesadas en ser contactadas por los investigadores para participar en la investigación. Este procedimiento también se desarrolló con diferentes programas de atención a pacientes con diagnóstico de fibromialgia de la ciudad, los cuales se vinculaban a diferentes instituciones prestadoras de la salud. Adicionalmente, se realizó una convocatoria pública de participación mediante redes sociales en grupos específicos de fibromialgia, los cuales llenaron un cuestionario de datos para realizar el tamizaje de las personas que cumplieran los criterios de inclusión.

### **6.6. Procedimientos para la recolección de datos.**

Las participantes del estudio fueron contactadas vía telefónica y por correo electrónico con el fin de consultar sobre su disposición a participar del estudio principal, informando acerca

de los objetivos de la investigación y el rol de su participación dentro de éste.

Posteriormente, se concertaba una cita con las pacientes que aceptaron participar, para realizar la entrevista y la aplicación de los instrumentos por parte de las investigadoras, quienes fueron entrenadas para este proceso.

Durante la fase de aplicación de instrumentos, se explicó nuevamente a las participantes las características de la investigación y se enfatizó el carácter voluntario de su participación, para luego proceder con la firma del Consentimiento Informado (Ver Anexo 3), teniendo presente que tenían la oportunidad de retirarse en el momento en que lo desearan y de realizar pausas o descansos, en caso de que lo consideraran necesario.

Las participantes contaron con un espacio físico con las condiciones apropiadas de iluminación y ventilación para el diligenciamiento de los instrumentos, además de tener asesoría por parte de las investigadoras en caso de inquietudes. Se procuró tener un espacio de conversación en el cual surgieran las percepciones de las participantes acerca de la fibromialgia, de manera que se sintieran más cómodas con la participación en el estudio. Finalmente, se agradeció a las participantes por su contribución en la investigación, recordando que obtendrían un certificado de participación.

### **6.7. Plan de análisis.**

La información recolectada fue registrada en una hoja de cálculo de Excel®. Una vez se contó con los datos tabulados, se procedió a exportar el archivo al programa SPSS 20®



donde se calcularon las frecuencias y porcentajes de las variables asociadas a las características sociodemográficas y clínicas de la muestra. Respecto a la Escala de Autoeficacia al Dolor en español, se analizaron sus características psicométricas a través de los siguientes análisis:

- Indicadores de validez de contenido de cada ítem (claridad, comprensión, pertinencia y relevancia) y de la suficiencia de los ítems mediante juicio de tres expertos en una escala de 1 a 3 (siendo 3 la mayor calificación).
- Alfa de Cronbach, de cada ítem y de la escala total.
- Estructura factorial.
- Puntuaciones T.
- Baremos de la muestra.

## 7. Consideraciones éticas.

En

conformidad con los principios establecidos internacionalmente en las Pautas Éticas preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y a nivel nacional, en la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993 y la Ley 1090 del 2006; este estudio se desarrolló conforme a los siguientes criterios:

- Consideración de los principios éticos de respeto por las personas, beneficencia y justicia promulgados en las Pautas CIOMS; además del respeto por los principios del ejercicio de la Psicología indicados en la Ley 1090 del 2006, como son: la responsabilidad, competencia y confidencialidad.
- La investigación ha sido considerada como de riesgo mínimo, lo cual fue informado a las participantes, garantizando la atención oportuna en caso de alteraciones emocionales.
- Se dio prioridad al Consentimiento Informado de forma escrita del sujeto de investigación con las excepciones establecidas en la Resolución 008430/93, garantizando en todo momento la confidencialidad de su información.
- Autorización por parte del autor, para la traducción y el uso del instrumento de cuyas características psicométricas se iban a analizar.

## 8. Resultados

En el presente apartado se expondrán los resultados obtenidos en la investigación. En primer lugar, se presentará de manera clara la información sociodemográfica y la caracterización clínica de la muestra para, posteriormente, continuar con la presentación de los valores obtenidos respecto a la validez del contenido de la Escala de Autoeficacia al Dolor en español, la cual se analizó mediante juicio de expertos que se hizo a la traducción de la prueba antes de su aplicación. A continuación, se presentarán los datos correspondientes a la consistencia interna, la validez de constructo y los baremos obtenidos en la muestra del estudio. Mientras que para la evaluación de la consistencia interna se utilizó el Alpha de Cronbach, la validez de constructo fue evaluada mediante análisis factorial.

### 8.1. Caracterización sociodemográfica de la muestra.

La muestra de este estudio estuvo conformada por 110 mujeres con edades comprendidas entre los 24 y los 60 años ( $\bar{x} = 46.5$ ;  $DT=9$ ) residentes en el Valle de Aburrá, quienes habían sido diagnosticadas de fibromialgia por un médico experto.

Respecto a la situación conyugal de las pacientes, las dos terceras partes de la muestra estaban casadas/unión libre, casi una cuarta parte reportó estar soltera, y el porcentaje restante corresponde a las pacientes divorciadas/separadas, viudas y en otra

situación conyugal. La distribución de la muestra según situación conyugal puede observarse de manera detallada en la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Situación conyugal de la muestra*

Variable	N= 110	
	<i>Fi</i>	%
Situación conyugal		
Casada/Unión libre	66	60,00
Soltera	23	20,90
Divorciada/Separada	17	15,45
Viuda	3	2,72
Otro	1	0,90
Total	110	100

Nota: *N* = muestra total; *fi* = frecuencia absoluta; % = porcentaje de la frecuencia. (Fuente: Elaboración propia)

Además del estado civil anteriormente descrito, se encontró que más de la mitad de la muestra conviven con su familia nuclear (esposo o compañero, hijos, padres); además, que una tercera parte de las pacientes que conforman la muestra viven con un hijo y/u otro familiar diferente al compañero sentimental, y tan sólo una décima parte de ellas vivía sola (véase Tabla 2).

**Tabla 2.***Tipo de convivencia de la muestra*

Variable	N=110	
	<i>f</i> <sub>1</sub>	(%)
Tipo de convivencia		
Esposo/hijos	38	34,54
Esposo	17	15,45
Familia nuclear/Extensa	18	16,36
Hijos	14	12,72
Familia extensa	12	10,90
Sola	9	8,18
Otras personas	2	1,81
Total	110	100

*N*= Muestra total; *f*<sub>1</sub>= Frecuencia absoluta; %= Porcentaje de la frecuencia. (Fuente: Elaboración propia)

En cuanto al nivel educativo, la mitad de las participantes contaba con estudios de nivel técnico o pregrado, y casi un tercio de la muestra ha tenido al menos formación escolar de primaria y/o secundaria. En menor proporción se encontraban las pacientes con formación posgraduada (Véase Tabla 3).

**Tabla 3***Nivel de escolaridad de la muestra*

Variable	<i>N = 110</i>	
	<i>Fi</i>	%
Nivel de estudios		
Estudios técnicos	41	37,27
Básica secundaria	20	18,18
Pregrado universitario	18	16,36
Postgrado universitario	15	13,63
Básica primaria	13	11,81
Otro	2	1,81
Sin estudios	1	0,90
Total	110	100

Nota: *N* = muestra total; *fi* = frecuencia absoluta; % = porcentaje de la frecuencia. (Fuente: Elaboración propia)

Respecto a la ocupación de las participantes, dado que el ítem de la encuesta sociodemográfica que indagaba sobre la ocupación de las participantes permitía varias opciones de respuesta, se encontró que más del 80% de las participantes marcaron una sola ocupación, el 15,45% marcó dos opciones y solo una paciente señaló tres ocupaciones. Los resultados indican que casi un tercio de la muestra se encontraban empleadas y un porcentaje similar corresponde a quienes indicaron la ocupación de ama de casa; además un 19,1% de las participantes eran trabajadoras independientes y las opciones que obtuvieron menor porcentaje de respuesta fueron: desempleada (7,2%) y labores no remuneradas (2,7%) (Véase Tabla 4).

**Tabla 4.***Actividad ocupacional/laboral de las participantes*

Variable	<i>N=110</i>	
	<i>Fi</i>	%
Actividad ocupacional/laboral		
Empleada	37	33,63
Hogar	33	30,0
Trabajo independiente	18	16,36
Estudiante	9	8,18
Pensionadas	7	6,36
Desempleada	4	3,63
Labores no remuneradas	2	1,81
Total	110	100

*N=* Muestra total; *fi=* Frecuencia absoluta; % = Porcentaje de la frecuencia. (Fuente: Elaboración propia)

## 8.2. Caracterización clínica de la muestra.

Al preguntar a las participantes sobre la presencia de síntomas relacionados con el diagnóstico de fibromialgia, es notable la presencia casi generalizada de síntomas físicos como el dolor generalizado en casi el total de las participantes. De manera similar, la gran mayoría de las participantes dieron cuenta de la presencia de fatiga asociada a la enfermedad y trastornos del sueño. En cuanto a los síntomas cognitivos, el 85,45% de las participantes afirmaron presentar síntomas relacionados con dificultades para memorizar información y un porcentaje similar dio cuenta de dificultades para concentrarse. Además, más de la mitad de la muestra afirmó presentar otros síntomas, entre los cuales resaltan la

presencia de: migrañas, mareos, calambres y alteraciones del estado de ánimo (Véase Tabla 5)

**Tabla 5**

*Síntomas del síndrome de fibromialgia reportados por las pacientes*

Variable	<i>N = 110</i>	
	<i>Fi</i>	<i>%</i>
Síntomas		
Dolor generalizado	109	99,09
Trastorno del sueño	108	98,18
Fatiga	105	95,45
Dificultad para la memorización	94	85,45
Dificultad para la concentración	91	82,72
Otros	68	61,81

Nota: *N* = muestra total; *fi* = frecuencia absoluta; % = porcentaje de la frecuencia. (Fuente: Elaboración propia)

Respecto al tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas de fibromialgia, los datos que se analizaron fueron de 108 participantes que completaron todos los ítems de esta parte del cuestionario. En cuanto a los resultados, se observó que la mitad de las participantes reportaron el inicio de los síntomas hacía más de diez años, mientras que una cuarta parte de las pacientes identificaba el inicio de los síntomas de fibromialgia desde hace 5 a 9 años, y un porcentaje similar indicaba síntomas desde hace 5 años o menos (Véase Tabla 6). En total, la media del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas fue de 11,86 años, con un rango entre los 0 y los 47 años. Se encontraron diferentes valores de moda en esta variable, lo cual explica las diferencias entre la media y la mediana.



**Tabla 6**

*Años transcurridos desde el inicio de los síntomas de fibromialgia en la muestra*

Variable	n=108				
	<i>Fi</i>	%	$\bar{x}$	$\tilde{x}$	$\hat{x}$
Años desde inicio de síntomas					
0 a 2 años	9	8,33			
3 a 5 años	24	22,22			
6 a 10 años	29	26,85			
11 a 15 años	19	17,59	11,86	9	8
16 a 20 años	14	12,96			
Más de 20 años	13	12,04			
Total	108	100			

Nota: *n*=Número de participantes, *fi*= Frecuencia, %= Porcentaje o media por rango,  $\bar{x}$  =Media,  $\tilde{x}$  = Mediana,  $\hat{x}$  = Moda. (Fuente: Elaboración propia)

En cuanto al tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico, llama la atención que más del 70% de la muestra habían obtenido el diagnóstico al menos tres años después del inicio de los síntomas, y que en un porcentaje de casos mayor al 45% este tiempo había sido mayor a 5 años, y en otro porcentaje significativo (18,52%) incluso en un período mayor a 10 años. En promedio, el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 6,52 años, correspondiendo la moda a 3 años y la mediana a 4,50 (Véase Tabla 7).

**Tabla 7.**

*Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas de fibromialgia hasta el diagnóstico en la muestra.*

Variable	n=108		$\bar{x}$	$\tilde{x}$	$\hat{x}$
	<i>Fi</i>	%			
< 6 meses	6	5,56			
< 1 año	3	2,78			
1 a 2 años	19	17,59	6,52	4,50	3
3 a 5 años	30	27,78			
6 a 10 años	30	27,78			
> 10 años	20	18,52			
Total	108	100			

Nota: *n*=Número de participantes, *fi*= Frecuencia, %= Porcentaje o media por rango,  $\bar{x}$  =Media,  $\tilde{x}$ = Mediana,  $\hat{x}$  = Moda. (Fuente: Elaboración propia)

Dentro de la caracterización clínica, también resulta importante conocer los tratamientos que han seguido estas pacientes, por lo que en la encuesta se preguntó a las participantes tanto por los profesionales consultados, como por los tipos de medicamentos usados para tratar el dolor y otros tratamientos usados con el fin de disminuir los síntomas de la enfermedad.

Referente a los profesionales consultados, se observó que las participantes han consultado en su mayoría a diferentes profesionales del área médica y relacionados con el

## Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia al Dolor en fibromialgia

dolor (reumatólogo, médico del dolor, fisiatra y ortopedista), además del médico general.

Un 53% también han consultado con médicos alternativos (homeopatía, acupuntura...) y un 40% con el especialista neurólogo. Respecto al ámbito de la salud mental, las dos terceras partes de la muestra indica haber consultado al profesional de psicología y, en un porcentaje casi similar, a psiquiatría. Llama la atención que casi un quinto de la muestra ha consultado con asesores espirituales o sacerdotes. Los profesionales menos consultados fueron: farmaceuta, hierbatero y trabajador social (Ver Gráfico 1).

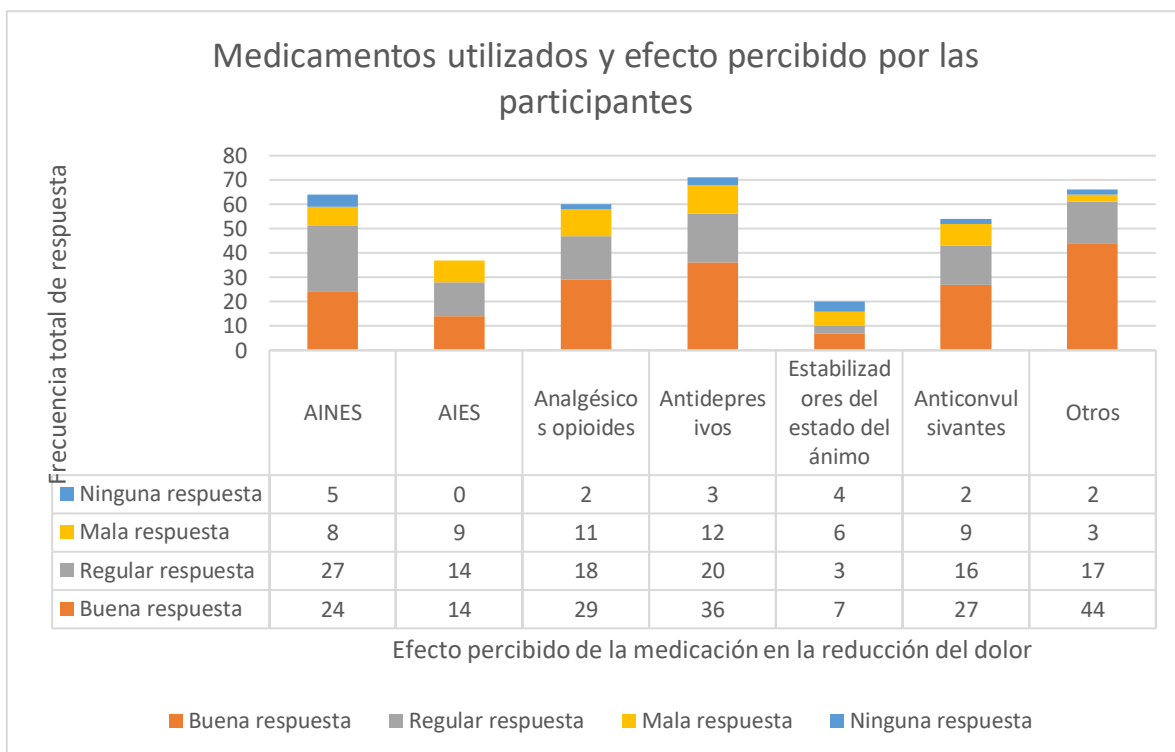


**Gráfico 1.** Tipos de profesionales consultados por la muestra para el manejo de sus síntomas, en términos de frecuencia (Fuente: Elaboración propia).

En cuanto a los medicamentos utilizados, la lista de medicamentos está conformada fundamentalmente por medicamentos exclusivos para el dolor y/o psicofármacos. Destaca los antidepresivos como el medicamento más frecuentemente utilizado por la muestra, a los

## Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia al Dolor en fibromialgia

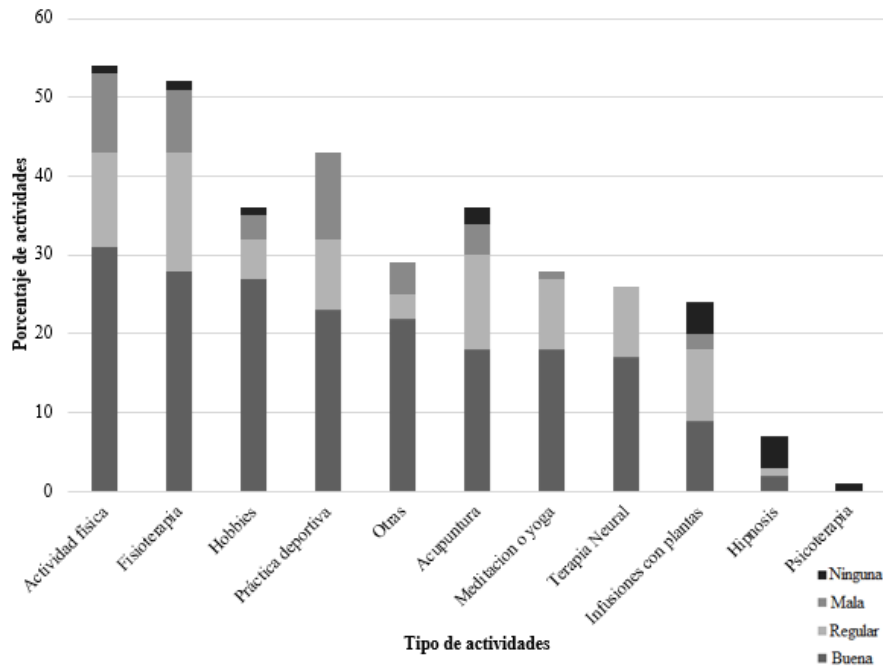
cuales le siguen en porcentaje un grupo heterogéneo de medicamentos (Dolex Forte, Dolex Duramax y Lyrica) para el manejo del dolor. Más de la mitad de la muestra utilizan también anti-inflamatorios no esteroideos y analgésicos opioides. Casi la mitad utilizan anticonvulsivantes y, en menor proporción, las participantes utilizaban anti-inflamatorios esteroideos y estabilizadores del ánimo (Ver Gráfico 2). Dentro de las respuestas obtenidas destaca el efecto positivo que se percibe en los antidepresivos, analgésicos opioides y otros medicamentos, obteniendo altas puntuaciones por parte de las participantes. No obstante, una porción menor aunque significativa de mujeres indicaron efectos percibidos como regulares de la medicación que tomaban, destacando los antidepresivos nuevamente, los analgésicos no esteroideos y los analgésicos opioides.



**Gráfico 2** Efecto percibido de las participantes por cada grupo de medicamento usado en términos de frecuencia (Fuente: Elaboración propia)

Adicionalmente, en la encuesta se utilizó una sección para preguntar sobre el tipo de tratamientos usados por las participantes para el control de los síntomas de fibromialgia, entre los cuales se encontró que la mitad de las participantes indicaron la “actividad física regular” como el tratamiento más usado con una buena respuesta y solo una quinta parte de las mismas reportó una mala respuesta ante esta técnica. Otro tratamiento frecuentemente utilizado es la “fisioterapia”, con una buena respuesta en su mayoría. Las otras respuestas frecuentemente usadas incluyeron “acupuntura” (33,63%), “hobbies” (32,72%), “meditación o yoga” (26,36%) y “terapia neural” (24,55%). Por su parte, los tratamientos con una menor frecuencia de uso fueron la “hipnosis” con sólo un 6,36% del total de la muestra, donde la mayoría de las participantes que la habían usado reportaban no percibir ninguna respuesta en el manejo del dolor. Otro de los tratamientos menos usados fue la “psicoterapia” con tan solo dos pacientes que refirieron usar este tratamiento para el manejo del dolor, donde una de las pacientes reporta buena respuesta y la otra ninguna respuesta (Ver Gráfico 3).

## Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia al Dolor en fibromialgia



**Gráfico 3.** Resultados de terapias usadas para el control de los síntomas diferentes a los medicamentos. Sobre el eje vertical se presenta el porcentaje total de uso, y la proporción de respuesta al tipo de actividad, está presentada en escala de grises (Fuente: Elaboración propia).

En el último ítem de la encuesta de caracterización, se preguntó a las pacientes acerca del nivel de dolor que presentaban en el momento de diligenciar los instrumentos por medio de una escala de valoración numérica con opciones de respuesta de 0 a 10, donde 0 significaba “sin dolor” y 10 “dolor máximo”. La mayoría de las pacientes respondieron con un nivel medio y alto de dolor, mientras que las puntuaciones bajas de dolor tuvieron un menor porcentaje con respecto al total de las respuestas (Véase Tabla 8).

**Tabla 8.***Nivel reportado de dolor por la muestra de participantes*

Variable	N = 110	
	<i>Fi</i>	%
0	5	4,54
1	3	2,72
2	1	0,90
3	2	1,81
4	7	6,36
5	16	15,54
6	14	12,72
7	14	12,72
8	18	16,36
9	8	7,27
10	22	20
Total	110	100

Nota:  $N$  = muestra total;  $f_i$  = frecuencia absoluta; % = porcentaje de la frecuencia.

(Fuente: Elaboración propia)

A continuación, se presenta la Gráfica 4 donde se puede observar visualmente que los niveles reportados de dolor más frecuentemente reportados por las participantes fueron del máximo nivel de dolor para la quinta parte de las participantes, y para más de la mitad de ellas los niveles de dolor se situaban en niveles intermedios de 5 a 8 puntos, encontrándose muy baja frecuencia de niveles inferiores de dolor en la muestra de participantes.

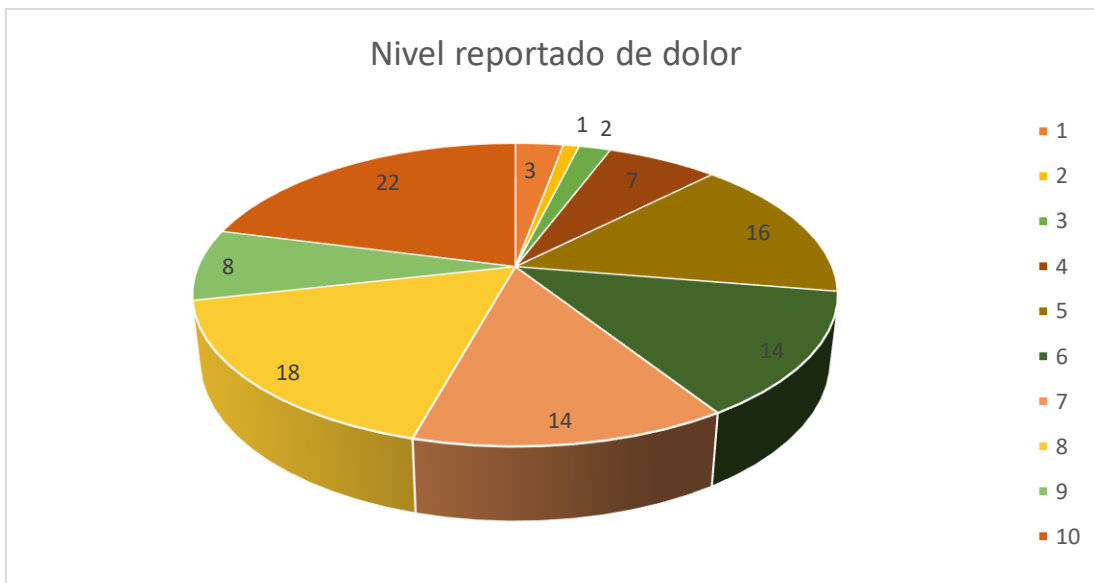


Gráfico 4 Nivel reportado de dolor en términos de frecuencia. (Fuente: Elaboración propia)

En conclusión, la caracterización de las pacientes permite dar cuenta de algunas condiciones especiales que se ligan al diagnóstico de fibromialgia. Por ejemplo, estas pacientes suelen consultar con varios profesionales antes de dar con el diagnóstico e incluso después de ello; también se evidencian dificultades para el diagnóstico, por lo que suele existir una brecha temporal entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico médico. Con respecto a la medicación y otros tratamientos utilizados, se evidenció que las pacientes suelen enfocarse no solo en la disminución del dolor, sino en el afrontamiento y mejoría de la salud mental.



### **8.3. Análisis psicométrico de la Escala de Autoeficacia al Dolor versión en español.**

A continuación se presentan los hallazgos correspondientes a los análisis psicométricos de la escala en cuanto a su validez de contenido, confiabilidad, validez de constructo y baremos.

#### **8.3.1. Validez de contenido.**

En el marco de la investigación titulada “Autoregulación y Fibromialgia: La capacidad explicativa del Modelo de Funciones Ejecutivas de Autorregulación sobre el afrontamiento, la funcionalidad y la intensidad del dolor en una muestra de pacientes con fibromialgia” (Ortega, 2019), para garantizar el proceso de traducción del instrumento al español, se analizó la validez de contenido de la Escala de Autoeficacia al Dolor en español por medio de un juicio de expertos, donde participaron tres profesionales destacados del área de la salud y el dolor (psiquiatra, anestesiólogo y neuropsicólogo/biólogo). Para la evaluación de expertos se pidió calificar en una escala de 1 a 3 (siendo 3 la mayor calificación) los siguientes indicadores de cada ítem: claridad y comprensión para determinar la validez lógica de la escala; pertinencia, relevancia y suficiencia para determinar la validez de contenido de esta.

Los resultados obtenidos en este proceso fueron satisfactorios en cuanto a las propiedades de la escala que se evaluaron por medio del proceso de juicio de expertos, ya que la escala tuvo el puntaje superior (tres) en cada una de las dimensiones a evaluar y por parte de los tres expertos que ejecutaron este proceso, lo cual asegura las condiciones para

analizar otras propiedades psicométricas del instrumento y garantiza una adecuada adaptación para su uso en el contexto del Valle de Aburrá en cuanto a la adaptación cultural que hizo parte del proceso de traducción.

### 8.3.2. Consistencia interna.

La consistencia interna de la Escala de Autoeficacia al Dolor traducida al español fue calculada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach considerando el total de ítems de la escala, obteniendo una puntuación total de  $\alpha=0,925$ , confirmando una buena consistencia interna para la escala (Véase Tabla 9).

**Tabla 9.**

*Estadísticas de fiabilidad*

Alfa de Cronbach	N
,925	10

Nota: N= Total de elementos de la Escala. (Fuente: Elaboración propia)

A continuación, se presentan los resultados correspondientes a los valores Alpha de Cronbach de cada uno de los ítems del instrumento, los cuales varían entre 0,912 y 0,927; y la correlación total de los elementos corregida, la cual varía entre 0,549 y 0,796 ( $\bar{x}=0,714$ ). Dichos resultados indican una sólida relación entre los ítems y el puntaje total del instrumento (Véase Tabla 10).

**Tabla 10.***Estadísticas de total de elementos*

Ítem	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem 1	30,70	168,750	,717	,917
Ítem 2	30,67	171,242	,621	,922
Ítem 3	30,98	162,629	,794	,913
Ítem 4	30,82	168,577	,753	,915
Ítem 5	30,72	169,983	,674	,919
Ítem 6	30,88	161,976	,796	,912
Ítem 7	32,10	170,203	,549	,927
Ítem 8	30,61	161,980	,760	,914
Ítem 9	30,93	163,346	,746	,915
Ítem 10	31,31	164,994	,732	,916

(Fuente: Elaboración propia)

**8.3.3. Validez de constructo.**

Para determinar la validez de constructo del Cuestionario de Autoeficacia al Dolor se realizó un análisis factorial, partiendo del índice de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin que es igual a 0,918 (Véase Tabla 11).

**Tabla 11.***Prueba de KMO y prueba de Bartlett*

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,918
	Aprox. Chi-cuadrado	684,786
Prueba de esfericidad de Bartlett	Gl	45
	Sig.	,000

(Fuente: Elaboración propia)

A continuación, se procedió con el método de extracción de análisis de elementos principales y, de esta forma, se confirmó la estructura de un factor del instrumento, el cual explica el 60,37% de la varianza total (Véase Tabla 12).

**Tabla 12.**

*Varianza total explicada*

Componente	Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado
1	6,038	60,375	60,375

Método de extracción: análisis de componentes principales. (Fuente: Elaboración propia)

#### **8.3.4. Resultados de la escala.**

Una vez tabulados los resultados del protocolo de evaluación, se encontró que la puntuación media para la Escala de Autoeficacia al Dolor fue de 34,45 (*DT* 14,21). De acuerdo con los baremos obtenidos de la muestra del presente estudio (Véase Tabla 13), se observa que la mayor parte de las participantes se encuentran entre el primer y segundo cuartil, lo cual implica puntuaciones bajas para la autoeficacia al dolor.

**Tabla 13.**

*Distribución de cuartiles de la muestra obtenida.*

Cuartil	X	Z
1	23	41,95
2	36	51,09
3	45	57,43
4	60	67,98

Nota: X = Puntuación directa; Z = Puntuación típica. (Fuente: Elaboración propia)

## 9. Discusión.

El objetivo principal de este estudio fue identificar las características psicométricas de la Escala de Autoeficacia al Dolor traducida al español en población con diagnóstico de fibromialgia del Valle de Aburrá, debido el vacío encontrado en la evaluación de la autoeficacia al dolor en pacientes con dolor crónico en general en el contexto colombiano y en específico, respecto a la condición de fibromialgia. De acuerdo con lo anterior, se ha encontrado que los resultados obtenidos fueron similares a los evidenciados en investigaciones anteriores que han retomado el mismo instrumento en otros idiomas, por lo que en este apartado se abordarán tanto similitudes como diferencias que inciden en el análisis de la prueba y su aplicación en contextos clínicos e investigativos.

Por ejemplo, se observa que los puntajes obtenidos de la prueba, donde la puntuación media fue de 34,45 ( $DT$  14,21), pueden considerarse similares a otras validaciones como la realizada por Adachi et. al (2014) en población japonesa ( $\bar{x}$ =33,1;  $DT$ =13,5) y Sampaio, Maroco y Campos (2018) en población brasileña ( $\bar{x}$  =34,8;  $DT$ =14,8). Dichos estudios contaron con una muestra de 176 y 1,155 pacientes (de los cuales 179 presentaban dolor crónico) respectivamente; en estas muestras se incluyeron pacientes con dolor crónico, dolor menor a 3 meses y sin dolor. No obstante, el resultado obtenido difiere de otros estudios con una muestra más similar en cuanto a tamaño y características de dolor como, por ejemplo, la versión holandesa (grupo 2 de dolor de espada baja no especificado) ( $\bar{x}$  =36,3;  $DT$ =12,4) (Van der Maas, et al. 2012), y la versión china (Lim et al., 2007) donde los investigadores obtuvieron una puntuación media de 28,5

( $DT=13,3$ ), que es una puntuación menor que la del presente estudio, pese a la similitud en el tamaño de la muestra. De acuerdo con lo anterior, podría pensarse que las diferencias evidenciadas se relacionan con elementos culturales, ya que la puntuación más aproximada a la obtenida concuerda con un país latinoamericano (Brasil) (Sampaio et al., 2018) con condiciones culturales y socioeconómicas semejantes, en contraste con las características de poblaciones asiáticas o europeas con las que pueden haber diferencias claramente relevantes respecto a la percepción del dolor y la autoeficacia al dolor.

Respecto a las propiedades psicométricas de la escala, se observa que la consistencia interna de la escala, con una puntuación de Alpha de Cronbach de 0,92, concuerda con las puntuaciones obtenidas en los estudios anteriores de este instrumento que se han realizado en otros idiomas (Adachi et. al,2014; Lim et al., 2007; Van der Maas, 2012; Rasmussen et al., 2016; Sampaio et al., 2018) indicando que las variaciones del idioma no afectan la confiabilidad del instrumento y de los resultados logrados, en cualquier caso.

A pesar del excelente resultado en cuanto a la consistencia interna de la prueba, es importante resaltar que el ítem 7 (“Soy capaz de afrontar mi dolor sin medicación”) presenta mayor variabilidad con respecto a los demás elementos de la escala (0,54). Resultados similares fueron encontrados en la versión japonesa, donde dicho elemento tenía los puntajes más bajos tanto en el factor de carga como en la correlación ítem-total (0,50) (Adachi et. al, 2014) y en la versión brasileña, donde se identificó un patrón de respuesta

diferente a los otros ítems y obtuvo un puntaje menor a la media (Sampaio et. al, 2018). Estos hallazgos permiten suponer un efecto de la medicación en las creencias de autoeficacia de los pacientes con respecto a las demás actividades de su vida cotidiana, ya que dicho ítem no sólo aborda una actividad del dominio “dolor”, sino que implica el elemento farmacológico como condición. Al respecto, se ha encontrado que el tratamiento farmacológico suele ser el primer abordaje en fibromialgia para el manejo de los síntomas, en específico se encuentra la prescripción de antidepresivos (amitriptilina, pregabalina, ciclobenzaprina, entre otras) como tratamiento de primera línea con evidencia de mejores resultados tanto en este estudio como en otros (Buitrago, Tejero, Gato, Rivera y Pérez, 2017; de Miguel et. al, 2010; Ángel, Martínez, Saturno, 2016; Lautenschläger, 2000). Sin embargo, a pesar de la introducción de otras modalidades de intervención como el ejercicio físico y la terapia psicológica de enfoque cognitivo conductual con mejores resultados que el tratamiento farmacológico únicamente (Ángel, Martínez, Saturno, 2016), las respuestas a la encuesta de las participantes del estudio no reportaban mejoras significativas de los síntomas cuando se contaba con este tipo de intervención, por lo que resulta importante destacar el papel que cumplen los medicamentos, en especial aquellos que pertenecen a categorías psicofarmacológicas.

Con relación a la validez de constructo, los resultados del análisis factorial no muestran grandes diferencias respecto a los anteriores estudios, ya que todos confirman la estructura de un solo factor. Además, las diferencias en cuanto al porcentaje de la variación explicada son similares, teniendo presente las diferencias muestrales. Éste y los resultados pasados permiten confirmar que la evaluación del constructo de autoeficacia, tal como fue



abordado por Bandura (2006), coincide con la Escala de Autoeficacia al Dolor que fue evaluada, ya que se trata de varias actividades que inciden sobre un único dominio. Es decir, que si se cumple con los criterios establecidos por el autor (Bandura, 2006), la evaluación debe obtener como resultado un único factor en el análisis factorial, pues en caso contrario, los ítems de la prueba podrían estar apuntando a otros dominios, que, aunque pueden tener relación con la autoeficacia, no son el mismo. De esta manera, el resultado que se obtuvo en el análisis factorial, confirma que se está evaluando la autoeficacia al dolor de acuerdo con los supuestos teóricos que soportan la teoría de la autoeficacia de Bandura (1977), y que las actividades descritas en el instrumento inciden en las creencias de las personas con respecto a la vivencia de dolor.

Es importante resaltar algunas limitaciones en cuanto a los objetivos del estudio, por ejemplo, con respecto a la confiabilidad del instrumento, si bien se cuenta con una muy buena consistencia interna, no se dispone de otras medidas como métodos test-retest tal como se hizo en estudios anteriores, o mediante comparación con otros instrumentos que midieran el mismo constructo, por lo que sería importante considerar estos análisis en futuros estudios.

## **10. Conclusiones**

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio, es posible determinar que la Escala de Autoeficacia al Dolor traducida al español es consistente y válida para su uso en la población de mujeres con diagnóstico de fibromialgia del Valle de Aburrá. A pesar de las limitaciones del tamaño muestral y que la población obedece únicamente a una condición de dolor crónico que es la fibromialgia, el instrumento cuenta con los respaldos suficientes como para considerar su uso en contextos hospitalarios y de investigación en el Valle de Aburrá para pacientes con condiciones de fibromialgia. No obstante, se requiere de estudios con una muestra a nivel nacional para garantizar resultados igualmente confiables en el resto del país y probablemente de Latinoamérica.

### Referencias bibliográficas

- Adachi, T., Nakae, A., Maruo T., Shi, K., Shibata, M., Maeada, L., Saitoh, Y., Sasaki, J. (2014). Validation of the Japanese version of the pain self-efficacy questionnaire in Japanese patients with chronic pain. *Pain Medicine*, 15(8), 1405-17.
- Alok, R., Das, S. K., Agarwal, G. G., Tiwari, S. C., Salwahan, L., Srivastava, R. (2014). Problem-Focused Coping and Self-efficacy as Correlates of Quality of Life and Severity of Fibromyalgia in Primary Fibromyalgia Patients. *Journal of Clinical Rheumatology*. 20 (6) 314 -316
- Ambrose, K.R., Gracely, R.H., y Glass, J.M. (2012). Fibromyalgia dyscognition: concepts and issues. *Official Journal of the Italian Society of Rheumatology. Reumatismo*, 64 (4) 206-215. doi: 10.4081/reumatismo.2012.206
- American College of Rheumatology. Disponible en: (<https://goo.gl/Wdz5vb>). Consultado el 30 de septiembre de 2017.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28, 117-148. doi: 10.1207/s15326985ep2802\_3
- Bandura, A. (Ed.). (1995). *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la Sociedad actual*. España. Descleé de Brouwer, S.A.
- Bandura, A. (2001). Self-efficacy and Health, In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Oxford, 13815-13820.
- Bonafé, F.S., Marôco, J. & Campos, J.A. (2018). Pain self-efficacy questionnaire and its use in samples with different pain duration time. *Brazilian Journal of Pain*, 1(1), 33-39.

- Caluw, D.J. (2014). Fibromyalgia: A Clinical Review. *JAMA*, 311(15), 1547-1555. doi: 10.1001/jama.2014.3266
- Campayo, J. G., Rodero, B., Alda, M., Sobradie, N., Montero, J., & Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina Clínica*, 131(13), 487–492. doi: 10.1157/13127277
- Castel-Bernala B., García-Bardóna V., y Tornero-Molinab J. (2006). Evaluación psicológica en el dolor crónico. *Reumatología Clínica*, 2 (Supl 1) 44-49. doi: 10.1016/S1699-258X(06)73082-0
- Esteve, R. y Ramírez-Maestre, C. (2013). Modelo de Miedo-Evitación del Dolor evolución y nuevas. *Revista de Psicología de la Salud-Journal of Health Psychology*. 1. 45-73.
- Flammer, A. (2001). Self-efficacy, In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, Oxford, 13812-1381.
- Fundafibro. Fundación para el manejo integral de la Fibromialgia y la Fatiga Crónica. Disponible en ( <https://goo.gl/ENSbjk>). Consultado el 03 de septiembre de 2017.
- García-Campayo, J., Pascual, A., Alda, M., & Ramírez, M. (2007). Coping with fibromyalgia: Usefulness of the Chronic Pain Coping Inventory-42. *Pain*, 132, S68-S76. doi: 10.1016/j.pain.2007.02.013
- García-Campayo, Rodero, B., Alda, M., Sobradie, N., Montero-Marín, J., Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de la Escala de Catastrofización ante el Dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina Clínica*. 131(13) 487 – 492. doi: 10.1157/13127277

- González, A. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 610-617. doi: 10.1016/S0716-8640(14)70081-1
- Gonzalez, E., Palacios, A., y Arbona, C. (2014). Calidad de vida en fibromialgia: influencia de factores físicos y psicológicos. *Psicología Conductual*, 22(1), 19-35.
- Green, E. C., y Murphy, E. (2014). Health Belief Model. Disponible en: (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118410868.wbehibs410>.)
- Haggard, P., Iannetti, G., & Longo, M. (2013). Spatial Sensory Organization and Body Representation in Pain Perception. *Current Biology*, 23(4), R164-R176. doi: 10.1016/j.cub.2013.01.047
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M.P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México. McGraw-Hill.
- Higgins, D., Martin, A., Baker, D., Vasterling, J., & Risbrough, V. (2017). The Relationship between Chronic Pain and Neurocognitive Function. *The Clinical Journal Of Pain*, 1. doi: 10.1097/ajp.0000000000000536
- International Association for the Study of Pain. *IASP Taxonomy*. Disponible en: (<https://goo.gl/BFhF5y>). Consultado el 22 de agosto de 2017.
- Jones, G. T., Atzeni, F., Beasley, M., Fließ, E., Sarzi-Puttini, P. y Macfarlane, G. J. (2015), The Prevalence of Fibromyalgia in the General Population: A Comparison of the American College of Rheumatology 1990, 2010, and Modified 2010 Classification Criteria. *Arthritis & Rheumatology*, 67, 568–575. doi:10.1002/art.38905
- Lami, M., Martínez, M.P., Miró, E., Sánchez, A.I. (2013). Versión española de la "Escala de Catastrofización del Dolor": estudios psicométrico en mujeres sanas. *Behavioral Psychology*. 21(1) 137-156.

- Lim, S., Chen, P., Wong, T.C., Gin, T., Wong, E., Chan, S.F., y Chu J. (2007). Validation of the Chinese Version of Pain Self-Efficacy Questionnaire. *Anesthesia & Analgesia*, 104 (4), 918-923. doi: 10.1213/01.ane.0000255731.24092.a5
- López, A., Gómez, L., Ruiz, T. (2009). Trastorno de estrés postraumático y dolor crónico: nexos entre psico y pato(logía). *Escritos de Psicología*, 3(1), 8-19.
- Lupi, J., Carvalho de Abreu, D., Ferreira, M., Oliveira, R., & Chaves, T. (2016). Brazilian Portuguese version of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR-Br): cross-cultural validation, reliability, and construct and structural validation. *Disability And Rehabilitation*, 39(16), 1650-1663. doi: 10.1080/09638288.2016.1207106
- Marques, A. P., Santo, A.S., Berssaneti, A.A., Matsutani, L. A., y Yuan, S.L. (2016). Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Revista Brasileira de Reumatologia*. doi: 10.1016/j.rbre.2017.01.005
- Miles, C., Pincus, T., Carnes, D., Taylor, S., y Underwood M. (2011). Measuring Pain Self-efficacy. *Clinical Journal of Pain*, 27(5), 461-470. doi: 10.1097/AJP.0b013e318208c8a2
- Moix Queraltó, J; (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología*, 36, 37-60. Recuperado de (<https://goo.gl/R8VBoJ>)
- Morales, M. A., y Torrado, C. (2014). Dolor y modalidades físicas: un nuevo paradigma en fisioterapia. *Salud Uninorte*, 30, 465-482. Recuperado de (<https://goo.gl/AvKGYq>)
- Nicholas, M.K. (1989). Self-Efficacy and Chronic Pain. Annual Conference of the British Psychological Society, St. Andrews.

- Nicholas, M. K. (2007), The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *European Journal of Pain*, 11, 153–163. doi:10.1016/j.ejpain.2005.12.008
- Ojeda, B., Failde, I., Dueñas, M., Salazar, A., & Eccleston, C. (2015). Methods and Instruments to Evaluate Cognitive Function in Chronic Pain Patients: A Systematic Review. *Pain Medicine*, 17(8), 1465-1489. doi: 10.1093/pm/pnv077
- Ortega, M. (2019). Autorregulación del dolor y Fibromialgia: La capacidad explicativa del Modelo de Funciones Ejecutivas de Autorregulación sobre el afrontamiento, la funcionalidad y la intensidad del dolor en una muestra de mujeres con diagnóstico de fibromialgia (Tesis de maestría). Universidad de Antioquia, Colombia.
- Park, D., Glass, J., Minear, M., & Crofford, L. (2001). Cognitive function in fibromyalgia patients. *Arthritis & Rheumatism*, 44(9), 2125-2133.
- Peterson, C., y Stunkard, A. J. (1992). Cognates of personal control: Locus of control, self-efficacy, and explanatory style. *Applied & Preventive Psychology*, 1(2), 111-117.
- Plata, M., Castillo-Olivares, M., y Guevara-Lopez, U. (2004). Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 27 (1), 16-23.
- Rasmussen, M., Rydahl-Hansen, S., Amris, K., Samsøe, B.D., y Mortensen, E. (2016). The adaptation of a Danish version of the Pain Self-Efficacy Questionnaire: reliability and construct validity in a population of patients with fibromyalgia in Denmark. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), 202-210. doi: 10.1111/scs.12232
- Rasoolzade Tabatabaei, S., & Haghghat, F. (2014). The psychometric properties of pain self-efficacy questionnaire in multiple sclerosis patients. *Journal Of Kermanshah University Of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci)*, 17(11), 70-717.
- Roghayeh A.M., Mohammad A.B., Sedigheh K. (2011). The Moderating Role of Self-Efficacy on the Relationship Between Alexithymia and Severity of Pain in Chronic

Pain Patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30. 149-153, ISSN 1877-0428.

Sanz, Y. (2016). Andar como ejercicio físico en fibromialgia: Aportaciones desde la teoría de la acción planeada (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández de Elche, España.

Tomonori, A., Aya, N., Tomoyuki, M., Kenrin, S., Masahiko, S., Lynn, M., Youichi, S., y Jun, S. (2014). Validation of the Japanese Version of the Pain Self-Efficacy Questionnaire in Japanese Patients with Chronic Pain. *Pain Medicine*, 15(8), 1405–1417. doi: 10.1111/pme.12446

Treede, R.D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., ... Wang, S. J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003–1007. doi: 10.1097/j.pain.000000000000160

Van der Maas, L., de Vet, H., Köke, A., y Bosscher, R.J. (2012). Psychometric Properties of the Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ): Validation, Prediction, and Discrimination Quality of the Dutch Version. *European Journal of Psychological Assessment*, 28, 68-75. doi: 10.1027/1015-5759/a000092

Walitt, B., Nahin, R., Katz, R., Bergman, M., y Wolfe, F. (2015). The Prevalence and Characteristics of Fibromyalgia in the 2012 National Health Interview Survey. *PLoS ONE*, 10(9). doi: 10.1371/journal.pone.0138024

Wolfe, F., y Walitt, B. (2013). Culture, science and the changing nature of fibromyalgia. *Nature Reviews Rheumatology*, 751-755. doi: 10.1038/nrrheum.2013.96



## ANEXOS

### Anexo 1. Encuesta sociodemográfica y clínica.

#### ENCUESTA INDIVIDUAL

A continuación encontrará una serie de preguntas relacionada con información personal y de su enfermedad. Le solicitamos sea totalmente sincera al momento de responder y recuerde se mantendrá una absoluta reserva de su identidad al momento de analizar la información.

Nº de documento:

Código:

**1. Edad:**

**2. Situación Conyugal:**

- Soltera  Casada/unión libre  
 Separada/divorciada  Viuda  
 Otro: \_\_\_\_\_

**3. Número de hijos:** \_\_\_\_\_

**4. ¿Cuál es su nivel de estudios? (tenga en cuenta sólo el nivel que haya finalizado)**

- Sin estudios formales  Estudios de nivel técnico o tecnológico  Otros  
 Básica primaria  Pregrado universitario  
 Básica Secundaria  Postgrado universitario

**5. ¿Cuál es su ocupación actual?( puede señalar más de una opción en el caso de que corresponda)**

- Estudiante  Labores no remuneradas(cuidadores de familiares,voluntariados, etc)  
 Empleada  Desempleada  
 Ama de casa  Otras ocupaciones  
 Trabajadora independiente Si señaló la opción Otras ocupaciones, por favor escríbalas:  
\_\_\_\_\_

**6. ¿Con quién vive?**

- Vive sola  Vive sola con un padre (padre o madre)  
 Vive con su esposo(a)/compañero(a)  Vive con hermanos  
 Vive con hijos  Vive con otros familiares  
 Vive con sus padres (padre y madre)  Vive con un amigo/amiga

**7. ¿Usted se encuentra al cuidado de familiares por razones médicas o de discapacidad?**

- Si **En el caso de que sea afirmativa la respuesta mencione su vínculo con ellos.**  
 No \_\_\_\_\_

**8. ¿Cuál o cuáles de los siguientes síntomas ha presentado por su condición fibromialgica?**

- Dolor generalizado  Fatiga  Dificultad para la memorización  
 Trastorno de sueño  Dificultad para la concentración  Otros

## Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia al Dolor en fibromialgia

En el caso de contestar otros, por favor mencione los síntomas que la aquejan:

---

9. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas de la fibromialgia?

---

10. Usted relaciona el inicio de los síntomas de fibromialgia con alguna experiencia en su vida.

---

---

11. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde que le fue realizado el diagnóstico de fibromialgia?

---

12. ¿Qué tipo de profesionales o personas ha consultado para el manejo de sus síntomas?  
(sientase en la libertad de escoger uno o más de uno en el caso de que corresponda)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Médico general  | <input type="radio"/> Psicólogo                   | <input type="radio"/> Psiquiatra          |
| <input type="radio"/> Ortopedista   | <input type="radio"/> Hierbatero                  | <input type="radio"/> Otros profesionales |
| <input type="radio"/> Reumatólogo   | <input type="radio"/> Sacerdote/asesor espiritual | En caso de haber contestado               |
| <input type="radio"/> Fisiatra  | <input type="radio"/> Trabajador social           | Otros profesionales, por favor            |
| <input type="radio"/> Médico del dolor                                      | <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional       | menciónelos                               |
| <input type="radio"/> Médico alternativo<br>(homeópata, acupunturista etc.) | <input type="radio"/> Farmaceuta                  | _____                                     |
|   | <input type="radio"/> Neurólogo                   | _____                                     |

13. ¿Qué clase de profesional realiza sus controles por fibromialgia actualmente?  
(Puede de escoger más de una opción en el caso de que corresponda)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Médico general  | <input type="radio"/> Psicólogo                   | <input type="radio"/> Psiquiatra           |
| <input type="radio"/> Médico del dolor                                      | <input type="radio"/> Hierbatero                  | <input type="radio"/> Otros profesionales: |
| <input type="radio"/> Fisiatra  | <input type="radio"/> Sacerdote/asesor espiritual | _____                                      |
| <input type="radio"/> Reumatólogo   | <input type="radio"/> Trabajador social           | _____                                      |
| <input type="radio"/> Médico alternativo<br>(homeópata, acupunturista etc.) | <input type="radio"/> Terapeuta ocupacional       | _____                                      |
|   | <input type="radio"/> Neurólogo                   |  |

14. ¿Cuál o cuáles de las siguientes condiciones de dolor, además de la fibromialgia, le han sido diagnosticadas? (Puede escoger más de una opción si corresponde)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Migraña o cefalea tensional | <input type="radio"/> Síndrome de Dolor cervical miofacial |
| <input type="radio"/> Síndrome de fatiga crónica  | <input type="radio"/> Dolor pélvico crónico                |

Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia al Dolor en fibromialgia

- Síndrome de colon irritable
- Dismenorrea (fuertes cólicos menstruales)
- Dolor de la articulación temporomandibular
- Dolor torácico no cardíaco (osteocondritis)
- Cistitis intersticial
- Síndrome doloroso regional complejo
- Dolor crónico postquirúrgico

**15. ¿Qué otras condiciones médicas le han sido diagnosticadas?**

- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Hipotiroidismo
- Obesidad
- Síndrome de ovario poliquístico
- Miomatosis uterina
- Cálculos biliares
- Neuropatías de cualquier origen
- Gastritis crónica
- Reflujo gastroesofágico
- Trastorno de ansiedad
- Trastorno depresivo
- Trastorno de pánico
- Artritis reumatoide
- Osteoartrosis
- Lumbago
- Otras condiciones médicas:

---



---

**16. ¿Qué tipo de medicamentos utiliza actualmente para el control del dolor?**

Puede escoger varias opciones según corresponda. Por favor, además señale al lado de cada uno de los tipos de medicamentos que usted usa y cómo ha sido la respuesta a él. En caso de que no lo haya usado, por favor, deje la casilla vacía.

Tipo de medicamentos	Bueno	Regular	Mal	Ninguno
Anti-inflamatorios no esteroideos (ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, ketorolaco, piroxicam, meloxicam, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-inflamatorios esteroideos (prednisolona, betametasona, dexametasona etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analgésicos opiodes (codeína, hidrocodona, tramadol, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antidepresivos (imipramina, sertralina, amitriptilina, fluoxetina, paroxetina, venlafaxina, bupropion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estabilizadores del estado de ánimo (ácido valproico, carbamacepina)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticonvulsivantes (pregabalina, gabapentina)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia al Dolor en fibromialgia

Especifique que medicamentos:

---

---

---

De los medicamentos usados cuál es el que más le ha servido?

---

**17. Mencione qué medicamentos utiliza para el control de los síntomas de otras enfermedades:**

---

---

---

**18. ¿Qué otros tipos de tratamientos o actividades ha utilizado para el control de los síntomas de la fibromialgia? ? (si no ha utilizado alguno de las alternativas propuestas por favor deje las casillas en blanco)**

Tipo de tratamiento	Bueno	Regular	Mal	Ninguno
Acupuntura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipnosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia neural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infusiones con plantas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meditación o yoga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fisioterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Práctica deportiva o gimnasia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actividad física regular ( caminar 30 minutos al menos tres veces por semana)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hobbies y otras actividades (manualidades, dibujo etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

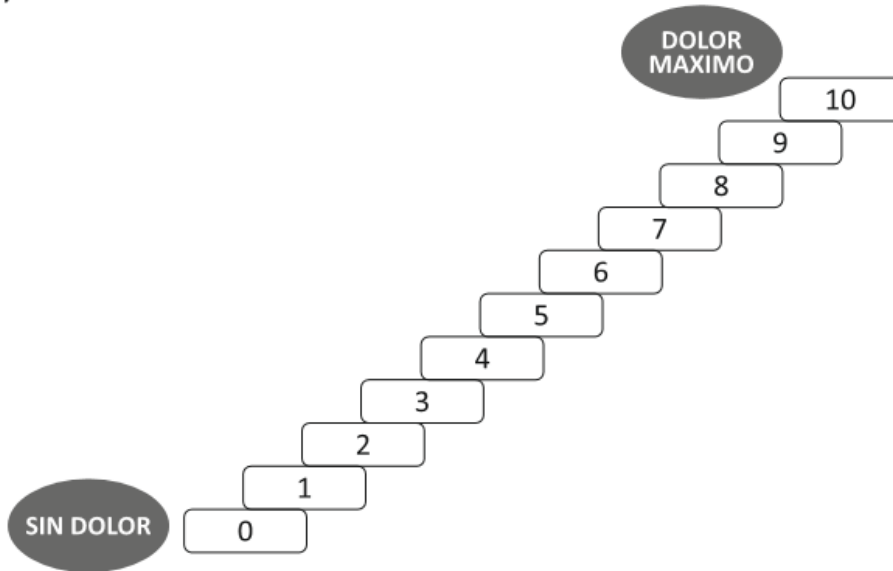
Otras:

---

---

---

19. En la siguiente escala señale la intensidad del dolor que siente actualmente en una escala de 0 a 10. En donde 0 corresponde a la ausencia total de dolor y 10 al dolor más intenso que usted haya sentido



**Anexo 2. Escala de Autoeficacia al Dolor.**

**CUESTIONARIO DE AUTOEFICACIA EN DOLOR (CAED)**

M.K. Nicholas, 1989

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor evalúe qué tan seguro esté de que puede hacer las siguientes cosas en este momento, a pesar del dolor. Para indicar su respuesta, encierre en un círculo uno de los números de la escala en cada punto, de tal forma que 0 = no cree en absoluto y 6 = esté totalmente seguro.

Por ejemplo:

0      1      2      3      4      5      6

No cree en absoluto

Totalmente seguro

*Recuerde este cuestionario no le está preguntado si ha hecho estas cosas o no, sino qué tan **capaz** está de poder hacerlas en este momento a pesar del dolor.*

1. Soy capaz de disfrutar las cosas, a pesar del dolor.

0    1    2    3    4    5    6

2. Soy capaz de realizar la mayoría de los quehaceres domésticos (por ejemplo limpiar, lavar platos, etc), a pesar del dolor.

0    1    2    3    4    5    6

3. Puedo socializar con mis amigos o con mi familia con la frecuencia que solía hacerlo, a pesar del dolor.

0    1    2    3    4    5    6

4. Puedo manejar mi dolor en casi todas las situaciones.

0    1    2    3    4    5    6

5. Soy capaz de hacer algún tipo de trabajo, a pesar del dolor ("Trabajo" incluye trabajo doméstico, tanto trabajo remunerado como no remunerado).

0    1    2    3    4    5    6

Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia al Dolor en fibromialgia

Recuerde este cuestionario no le está preguntado si ha hecho estas cosas o no, sino qué tan **capaz** está de poder hacerlas en este momento a pesar del dolor.

6. Todavía puedo hacer muchas cosas que me gusta hacer, como pasatiempos o actividades recreativas, a pesar del dolor.

0    1    2    3    4    5    6  
\_\_\_\_\_

7. Soy capaz de afrontar mi dolor sin medicación.

0    1    2    3    4    5    6  
\_\_\_\_\_

8. Todavía puedo lograr la mayoría de mis metas en la vida, a pesar del dolor.

0    1    2    3    4    5    6  
\_\_\_\_\_

9. Puedo tener un estilo de vida normal, a pesar del dolor.

0    1    2    3    4    5    6  
\_\_\_\_\_

10. Puedo volverme más activo gradualmente, a pesar del dolor.

0    1    2    3    4    5    6  
\_\_\_\_\_

### **Anexo 3. Consentimiento informado.**

#### **Consentimiento informado**

El grupo de Investigación en Psicología Cognitiva de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas en la Universidad de Antioquia se encuentra realizando una investigación acerca del manejo del dolor en la fibromialgia. El estudio tiene como objetivo principal determinar cuáles son los principales factores de autorregulación que influyen en el afrontamiento, la funcionalidad y la intensidad del dolor en los pacientes con fibromialgia. Para el cumplimiento de los objetivos de este estudio se aplicarán varios instrumentos (una encuesta y varias escalas). El tiempo estimado para la aplicación de los instrumentos es de 1 hora y no conlleva riesgos para su salud. El procedimiento consiste en el diligenciamiento de unos cuestionarios, su tarea será sencilla y consistirá en responder cada uno de ellos en el orden en el que aparecen. Le rogamos total **sinceridad y concentración** a la hora de contestar.

Usted debe saber que su **colaboración es totalmente voluntaria**, y que es libre de no participar en el estudio, o abandonarlo cuando crea oportuno. Para garantizar la confidencialidad de sus datos todos los registros de los participantes serán identificados con un código. Su código asignado es:

\_\_\_\_\_.

Es importante aclarar que la investigación está clasificada como de **RIESGO MÍNIMO** y contempla los parámetros establecidos en la resolución N° 008430 de 1993, emanada por el Ministerio de Salud de la República de Colombia. No obstante, si en algún momento usted se siente cansado/a o desconcentrado/a, o siente alguna otra molestia o síntoma, puede solicitar unos minutos de receso o solicitar apoyo por parte de los investigadores. Aunque esta investigación no retribuirá ningún beneficio económico a los participantes, sí **se reconocerá la participación** de los mismos mediante un certificado oficial y a través del acceso directo a los hallazgos científicos resultantes del estudio.

Si tiene alguna pregunta acerca de su proceso de participación, hágala en este momento por favor. *Se espera que los resultados del estudio puedan aportar al desarrollo de un modelo explicativo a cerca de los factores que influyen en el afrontamiento, la discapacidad y la intensidad del dolor en los pacientes con fibromialgia.*



**Consentimiento informado del participante:**

He leído el consentimiento informado y aclarado las dudas de manera satisfactoria. Me comprometo a enunciar información verídica y autorizo el uso de la información para los propósitos de la investigación.

***Acepto voluntariamente participar en el presente estudio***

1. **Nombre del participante:** \_\_\_\_\_

**Nº identificación y Firma:** \_\_\_\_\_

2. **Nombre del Primer Testigo:** \_\_\_\_\_

**Nº identificación y Firma:** \_\_\_\_\_

3. **Nombre del Segundo Testigo:** \_\_\_\_\_

**Nº identificación y firma:** \_\_\_\_\_

**Anexo 4. Tabla de operacionalización de variables del estudio.**

**Operacionalización de variables.**

**1. Encuesta sociodemográfica y clínica.**

Código	Variable	Etiqueta	Item	Nivel de medición	Valores
<b>1.1</b>	<b>Datos Sociodemográficos</b>				
1.1.1	Edad	Edad cumplida en años	1	Escalar	25-60
1.1.2	Situación conyugal	Estado civil	2	Nominal	1- Soltera 2- Casada/Unión libre 3- Separada/Divorciada 4- Viuda 5- Otro
1.1.3	Número de hijos	Total de hijos	3	Escalar	0-99
1.1.4	Nivel de estudios	Nivel de formación académica	4	Ordinal	1- Sin estudios 2- Básica primaria 3- Básica secundaria 4- Técnica/tecnología 5- Pregrado universitario 6- Postgrado universitario
1.1.5	Ocupación	Actividad diaria remunerada o no remunerada	5	Nominal	1- Estudiante 2- Empleada 3- Trabajador independiente 4- Ama de casa 5- Sin ocupación 6- Otras ocupaciones 7-

Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia al Dolor en fibromialgia

1.1.6	Tipo de familiares con quien convive	Situación de convivencia	6	Nominal	1- Vive sola 2- Vive con su esposo/compañero 3- Vive con hijos 4- Vive con sus padres 5- Vive con sus hermanos 6- Vive con un amigo/amiga
1.1.7	Cuidado de otros	Relación de cuidado de otros	7	Nominal	1- Familiar cercano 2- Familia extensa
<b>1.2</b>	<b>Datos Clínicos</b>				
1.2.1	Síntomas	Síntomas característicos de la fibromialgia referidos	8	Nominal	1- Dolor generalizado 2- Trastornos del sueño 3- Fatiga 4- Dificultad para la concentración 5- Dificultad para la memorización 6- Otros
1.2.2	Tiempo de inicio de los síntomas	Tiempo en años desde el inicio de los síntomas de fibromialgia	9	Ordinal	1- Menos de un año 2- De 1-5 años 3- De 5-10 años 4- Más de 10 años
1.2.3	Tiempo de diagnóstico	Tiempo en años transcurridos desde el	10	Ordinal	1- Menos de un año 2- De 1-5 años

Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia al Dolor en fibromialgia

		diagnóstico de fibromialgia			3- De 5-10 años 4- Más de 10 años
1.2.4	Profesionales consultados	Personal médico o no médico que ha consultado por razón de su condición de dolor	11	Nominal	1- Médico general 2- Ortopedista 3- Reumatólogo 4- Fisiatra 5- Médico del dolor 6- Médico alternativo 7- Psicólogo 8- Hierbatero 9- Sacerdote/A sesor espiritual 10- Trabajador social 11- Terapeuta ocupacional 12- Farmaceuta 13- Otros
1.2.6	Comorbilidades (sensibilización central)	Diagnósticos relacionados con la fibromialgia que presente o haya presentado	13	Nominal	1- Cefalea 2- Síndrome de fatiga crónica 3- Síndrome de colon irritable 4- Dolor de la articulación temporomandibular 5- Osteocondritis 6- Síndrome de dolor cervical miofacial

Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia al Dolor en fibromialgia

					<ul style="list-style-type: none"> <li>7- Dismenorrea</li> <li>8- Dolor pélvico crónico</li> <li>9- Cistitis intersticial</li> <li>10- Síndrome doloroso regional complejo</li> <li>11- Dolor crónico postquirúrgico</li> </ul>
<b>1.3</b>	<b>Información terapéutica</b>				
1.3.1	Medicamentos utilizados para el control de los síntomas específicos	Medicamentos utilizados para el control del dolor relacionado con el uso de medicamentos halopáticos y homeopáticos	15	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- AINES</li> <li>2- AIES</li> <li>3- Opiodes</li> <li>4- Antidepresivo</li> <li>5- Estabilizadores del estado de ánimo</li> <li>6- Anticonvulsivantes</li> <li>7- Otros</li> </ul>
1.3.1.1	Respuesta terapéutica	Nivel de control del dolor relacionado con el uso de medicamentos halopáticos y homeopáticos	15	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Bueno</li> <li>2- Regular</li> <li>3- Malo</li> <li>4- Ninguna</li> <li>5- Nunca los ha utilizado</li> </ul>
1.3.3	Terapias no farmacológicas	Actividades o terapias no farmacológicas que ha utilizado por el control del dolor	17	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Acupuntura</li> <li>2- Hipnosis</li> <li>3- Terapia neural</li> <li>4- Infusiones</li> <li>5- Meditación</li> <li>6- Fisioterapia</li> <li>7- Práctica</li> </ul>

Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia al Dolor en fibromialgia

					deportiva o gimnasia 8- Actividad física 9- Hobbies Otras
1.3.4	Respuesta a terapias no farmacológicas	Nivel de control del dolor relacionado con realización de actividades o terapias no farmacológicas	17	Ordinal	1- Buen control de los síntomas 2- Regular control de los síntomas 3- Mal control de los síntomas 4- No control de los síntomas 10- Nunca los ha utilizado

Fuente: Extraído parcialmente de Ortega (2019).

<b>2.</b>	<b>ESCALA DE AUTOEFICACIA AL DOLOR CRONICO</b>				
<b>2.1</b>	<b>Autoeficacia para el manejo del dolor</b>				
<b>Código</b>	<b>Variable</b>	<b>Etiqueta</b>	<b>Item</b>	<b>Nivel de medición</b>	<b>Valores</b>
2.	Autoeficacia para el manejo del dolor	Promedio de las respuestas de los ítems		Cuantitativa/escalar	Rango 0-60
2.1.	Autoeficacia: esparcimiento	Expectativa para el disfrute	1	Cuantitativa/escalar	0- No cree en absoluto 6- Totalmente seguro
2.2	Autoeficacia: desempeño de actividades domésticas	Confianza para el desempeño en	2	Cuantitativa/escalar	0- No cree en absoluto 6-

Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia al Dolor en fibromialgia

		actividades físicas (quehacer doméstico)			Totalmente seguro
2.3	Autoeficacia: Socialización	Expectativa de la capacidad de socialización	3	Cuantitativa/escalar	0- No cree en absoluto 6- Totalmente seguro
2.4	Autoeficacia: Control del dolor	Confianza en la capacidad de control del dolor en cualquier circunstancia	4	Cuantitativa/escalar	0- No cree en absoluto 6- Totalmente seguro
2.5	Autoeficacia: Desempeño laboral	Expectativa para la confianza en el desempeño ocupacional	5	Cuantitativa/escalar	0- No cree en absoluto 6- Totalmente seguro
2.6	Autoeficacia para el esparcimiento	Expectativa para la capacidad de esparcimiento	6	Cuantitativa/escalar	0- No cree en absoluto 6- Totalmente seguro
2.7	Autoeficacia: Afrontamiento	Confianza en la capacidad para el afrontamiento del dolor sin medicación	7	Cuantitativa/escalar	0- No cree en absoluto 6- Totalmente seguro
2.8	Autoeficacia: Autorrealización	Expectativa de cumplimiento de metas	8	Cuantitativa/escalar	0- No cree en absoluto 6- Totalmente seguro

Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia al Dolor en fibromialgia

2.9	Autoeficacia: Estilo de vida	Expectativa de estilo de vida normal	9	Cuantitativa/ escalar	0- No cree en absoluto 6- Totalmente seguro
2.10	Autoeficacia: Actividad física	Confianza el incremento de actividad	10	Cuantitativa/ escalar	0- No cree en absoluto 6- Totalmente seguro

Fuente: Extraído parcialmente de Ortega (2019).