

La autoeficacia en el dolor

ARTÍCULOS científicos



Sociedad Iberoamericana
de Información Científica



La autoeficacia en el dolor

Resumen objetivo elaborado sobre la base de: *The Relationship Between Psychosocial Factors and Reported Disability: the Role of Pain Self-efficacy*

De: Varela A, Van Asselt K; integrantes de Arkansas Colleges of Health Education, Fort Smith; Capella University, Minneapolis, EE.UU.

El artículo original fue publicado en *Musculoskeletal Disorders* 23(1):1-14, Ene 2022

Introducción

El dolor crónico y la discapacidad informada asociada se consideran un problema de salud mundial. Un porcentaje importante de personas con dolor crónico tiene dolor lumbar crónico inespecífico (DLCI). Se ha informado que los factores psicosociales cognitivos y afectivos influyen en la aparición y la perpetuación del dolor crónico y la discapacidad asociada. Por lo tanto, el abordaje de estos factores es fundamental para el abordaje del dolor y sus consecuencias, sobre todo en casos de dolor crónico inespecífico.

La capacidad de un individuo para controlar el dolor, regular las emociones asociadas, mantener las actividades laborales, comunicarse con los médicos y utilizar adecuadamente las estrategias de abordaje del dolor se denomina autoeficacia en el dolor. Esta podría mediar la relación entre los otros factores psicosociales y la discapacidad informada en el contexto del dolor crónico.

El objetivo del presente estudio fue investigar papel de la autoeficacia en el dolor en las relaciones entre factores psicosociales específicos y la discapacidad informada en personas con DLCI.

Métodos

El presente estudio correlacional, transversal, cuantitativo y no experimental investigó la relación entre factores psicosociales específicos, la autoeficacia en el dolor y la discapacidad informada en pacientes de entre 20 y 60 años diagnosticados con DLCI. Los participantes fueron reclutados de cuatro clínicas de fisioterapia diferentes, de cuatro ciudades en los Estados Unidos. Se registraron datos referidos al sexo, la edad y el nivel de dolor.

Además, todos los participantes completaron cuestionarios relacionados con el miedo a la actividad física, el catastrofismo del dolor, la depresión, la autoeficacia en el dolor y la discapacidad informada, incluido el *Pain Self-Efficacy Questionnaire* (PSEQ), el *Oswestry Disability Index* (ODI) lumbar, el *Fear Avoidance Behaviour Questionnaire* (FABQ), la *Pain Catastrophizing Scale* (PCS) y el *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9).

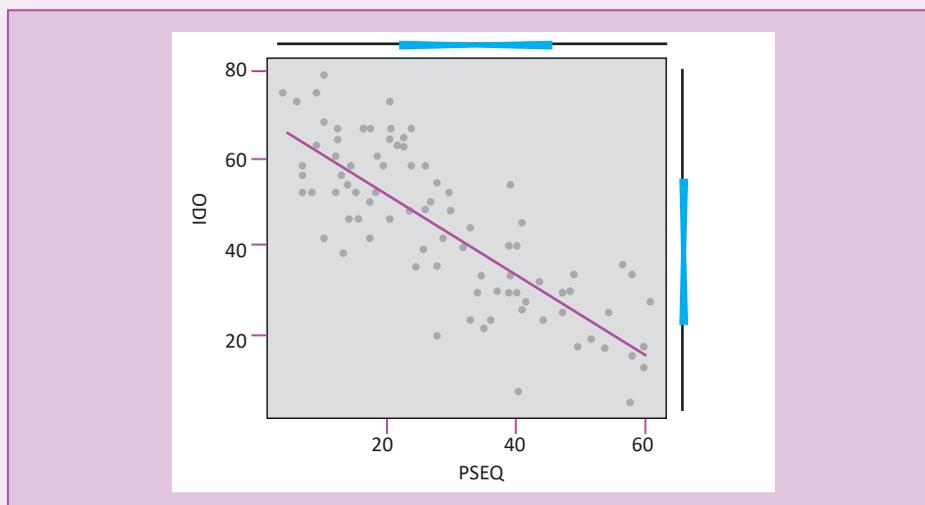


Figura 1. Diagrama de dispersión bivariado del *Pain Self-Efficacy Questionnaire* (PSEQ) y del *Lumbar Oswestry Disability Index* (ODI).

Se utilizaron análisis de regresión multivariada y mediación, y moderación para investigar las relaciones entre la autoeficacia para el dolor, el miedo a la actividad física, el catastrofismo del dolor, la depresión y la discapacidad informada. El valor de $p = 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados

Se incluyeron 90 pacientes (61 mujeres y 29 varones). El promedio de edad de los participantes fue 44.4 años, y la media del nivel de dolor fue 5.53. Dos participantes fueron excluidos después de completar los cuestionarios. Las estadísticas estaban ligeramente sesgadas por la presencia de más mujeres que varones. Sin embargo, esta asimetría no afectó los valores de p en ninguna prueba de hipótesis en del análisis de regresión.

Se observó una fuerte asociación estadísticamente significativa negativa entre los resultados del PSEQ y el ODI lumbar (coeficiente de correlación: -0.806 y $p < 0.001$). Sin embargo, inesperadamente se descubrieron correlaciones significativas entre el nivel de dolor y la edad. Por lo tanto, la descripción completa de la relación entre el PSEQ y el ODI requirió un ajuste por nivel de dolor y edad. La correlación negativa entre el PSEQ y el ODI siguió siendo significativa ($p < 0.001$) después de ajustar según los parámetros mencionados.

No se pudo establecer una relación entre el FABQ y el ODI lumbar al ajustar por nivel de dolor y edad. Hubo una relación directa entre el FABQ y el PSEQ, y una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) entre el PSEQ y el ODI lumbar. Se demostró que la autoeficacia para el dolor sirve como mediador entre el miedo a la actividad física y la discapacidad informada al ajustar por el nivel de dolor informado y la edad.

No se identificó una relación entre la PCS y el ODI lumbar o el PHQ-9 y el ODI lumbar. La relación entre el catastrofismo del dolor y la discapacidad informada cambió cuando se introdujo la autoeficacia en el dolor en el modelo de regresión. El PHQ-9 fue un predictor estadísticamente significativo del PSEQ. La depresión no tenía una relación estadísticamente significativa con la discapacidad informada. Se observó que la autoeficacia para el dolor

mediaba completamente la relación entre el catastrofismo del dolor y la discapacidad informada al ajustar por el nivel de dolor y la edad. Esto sugirió que la autoeficacia en el dolor era el mecanismo mediante el cual los niveles informados de depresión afectan la discapacidad.

Los análisis demostraron que la autoeficacia para el dolor mediaba completamente la relación entre el catastrofismo del dolor y la discapacidad informada al ajustar por el nivel de dolor y la edad, lo que indica que la autoeficacia para el dolor era el mecanismo mediante el cual el catastrofismo afecta la discapacidad.

Discusión

La autoeficacia en el dolor parece tener un papel clave como mediador entre el miedo informado a la actividad física y la discapacidad, la catastrofización del dolor y la discapacidad, y la depresión y la discapacidad informadas en pacientes con DCLI. Estos hallazgos principales no se vieron afectados por la edad y el nivel de dolor, en parte debido a la edad límite de 60 años. Los resultados del presente estudio concuerdan con los de diversas investigaciones y sugieren que la autoeficacia para el dolor influye significativamente, y modela de manera potencial las relaciones entre los factores psicosociales específicos y la discapacidad informada en mayor grado de lo que se creía anteriormente. Los niveles más bajos de autoeficacia en el dolor se presentan con niveles elevados de dolor y discapacidad informados, en una proporción de casi uno a uno. Del mismo modo, los niveles más altos de autoeficacia en el dolor se relacionan con mejores resultados funcionales. La autoeficacia en el dolor permite explicar la relación interdependiente entre los niveles de dolor informados, los factores psicológicos y la discapacidad informada. La gravedad del dolor puede reflejar la falta de estrategias de autoeficacia en el dolor. Por lo tanto, esta puede servir para unificar los paradigmas de tratamiento que abordan los factores psicosociales que actualmente se cree que influyen en el dolor crónico y la discapacidad informada. Se ha observado que una mala autoeficacia frente al dolor promueve una pérdida de resiliencia y aumenta la impotencia. Se podría afirmar que el paciente con DCLI con depresión presenta baja autoeficacia en el dolor. Por lo tanto, abordar la autoeficacia en el dolor influye en el nivel de depresión. La importancia de la autoeficacia en el dolor en el DCLI, al igual que en cualquier dolor crónico, destaca la importancia de valorar esta variable mediante cuestionarios, como el PESQ. Esta información será de mucha utilidad para el abordaje integral de una afección tan prevalente y discapacitante como el dolor crónico. Además, predice niveles de resiliencia o riesgo. La autoeficacia dirigida al dolor se refuerza con habilidades de resolución de problemas, establecimiento de metas y dominio del desempeño. La autoeficacia se considera un concepto contextual que probablemente varíe con las experiencias personales y las interacciones dinámicas. A medida que los médicos se enfocan en la autoeficacia en el dolor en el abordaje del dolor, deben desafiarse a sí mismos para fomentar el desarrollo de la confianza entre sus pacientes.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio indican que la autoeficacia en el dolor es un factor importante en la relación entre los factores psicosociales del miedo, el

catastrofismo y la depresión, y la discapacidad relacionada con el dolor crónico. Las estrategias de afrontamiento adaptativas basadas en la confianza personal son prometedoras para el abordaje del dolor crónico y la rehabilitación. Esto destaca la importancia de medir autoeficacia en el dolor en todo paciente con dolor crónico. A los individuos con baja autoeficacia en el dolor se les puede enseñar habilidades para mejorar su confianza general, incluida la autoeficacia para abordar el dolor de forma independiente, y funcionar de manera óptima en la vida diaria.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2022