

EL LENGUAJE DEL DOLOR

Ana.I. Masedo
M.Rosa Esteve

Dpto. de Psicología Social y de la Personalidad.
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

RESUMEN

El presente estudio tiene por objeto determinar si para describir el dolor que experimentan los pacientes con distintos síndromes dolorosos utilizan constelaciones de adjetivos característicos. Para ello se aplicó el Cuestionario de Dolor McGill, adaptado al castellano por Lázaro y colaboradores (1994), a pacientes que sufren distintas dolencias (N= 117), tanto de índole agudo como crónico, muy comunes en las consultas médicas: dolor oncológico (N= 32), artritis reumatoide (N= 24), dolor torácico (N= 34) y fracturas (N= 25). Los pacientes que sufrían dolor torácico elegían frecuentemente como si apretara, preocupante y que asusta para describir su dolor. Descriptores como tirantez, como agarrotado, como si pasara corriente, como hinchado y como un hormigueo caracterizaban al dolor de los pacientes con artritis reumatoide, mientras que los pacientes que sufrían dolor oncológico utilizaban punzante y nauseante. Los pacientes que padecían alguna fractura describían su dolor como opresivo y como hinchado. Los pacientes con dolor crónico oncológico y artritis reumatoide, eran los que presentaban mayor puntuación en la dimensión afectiva y sensorial. Así mismo, los pacientes con dolor torácico tenían una puntuación mayor en la dimensión afectiva que los pacientes con fracturas. Todo ello

podría explicarse atendiendo al significado que tiene el dolor para estos pacientes: su grado de interferencia con la vida diaria y su potencial amenaza contra la vida.

Palabras clave: DOLOR, CUESTIONARIO DE DOLOR MCGILL; LENGUAJE DEL DOLOR; DIMENSIÓN SENSORIAL, DIMENSIÓN AFECTIVA; SÍNDROMES DE DOLOR.

SUMMARY

The aim of this research was to determine the existence of word patterns characteristically used to describe pain by patients suffering from different pain conditions. One of the Spanish versions of the McGill Pain Questionnaire (Lázaro et al., 1994) was applied to a sample (N= 117) of patients suffering from either chronic or acute pain. These were 32 oncology patients, 24 suffering rheumatoid arthritis, 34 with chest pain and 25 with fractures. Pressing, exhausting and fearful were the adjectives most often used to describe pain in the chest. Tugging, gnawing, penetrating, tender and itchy were more often chosen by rheumatoid arthritis patients. Oncology pain patients qualified their pain as stabbing and sickening. Cramping and tender were chosen by the fracture pain patients. On the affective and sensory dimensions patients with chronic syndromes showed higher scores than acute patients. Furthermore, chest pain patients showed a higher score than the fracture group in the affective dimension but not in the sensory dimension. These results are explained on the basis of the meaning ascribed to pain: its life-interruption quality and its potential as life threatening.

Key words: PAIN; MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE SPANISH VERSION; LANGUAGE OF PAIN; SENSORY DIMENSION; AFFECTIVE DIMENSION; PAIN SYNDROMES.

INTRODUCCIÓN

Como ocurre con la evaluación de otros fenómenos por los que se interesa la psicología, la evaluación del dolor es una empresa compleja. Y lo es, entre otros motivos, porque el dolor es un fenóme-

no privado y de naturaleza subjetiva y por tanto, el hecho de que la experiencia de dolor se refiera fundamentalmente a eventos internos, nos lleva inevitablemente a que la valoración de esta experiencia se realice casi siempre y tanto por psicólogos como por cualquier otro profesional, a través de la información del sujeto que la vive o, lo que es lo mismo, a través de instrumentos de autoinforme.

El uso generalizado por parte de pacientes aquejados de una misma patología dolorosa de descriptores específicos de dolor, sugiere que cada síndrome puede estar caracterizado por una constelación única de palabras. El *Cuestionario de Dolor McGill (McGill Pain Questionnaire)* (Melzack, 1975) fue creado mediante una metodología cualitativa atendiendo a los adjetivos que se utilizan usualmente para calificar el dolor. El McGill es el instrumento con mayor tradición y de uso más extenso en el estudio del dolor. A su creación (Melzack y Torgerson, 1971) subyace un complejo proceso de construcción consistente fundamentalmente en tres fases. La primera fase consistió en la recopilación de los adjetivos descriptores del dolor más comunes en ese espacio cultural, extraídos de la literatura médica, de los diccionarios, del uso de médicos y otros profesionales de la salud y del uso de los pacientes aquejados de alguna patología dolorosa. Posteriormente, en una segunda fase, una amplia muestra de profesionales médicos, psicólogos y graduados universitarios clasificaron todos estos descriptores en subcategorías en función de su grado de similitud. La tercera fase tenía por objeto ordenar los descriptores de cada categoría según su intensidad. Para ello de nuevo una muestra de médicos, psicólogos y graduados universitarios valoró el grado de intensidad asociado a cada descriptor con el fin de ordenarlos de menor a mayor intensidad.

Las subcategorías resultantes estaban a su vez agrupadas en las categorías sensorial, afectiva y evaluativa. Dichas categorías evalúan las tres dimensiones (sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y evaluativa) que se diferencian desde la *Teoría de la Puerta de Control (Gate Control Theory)* (Melzack y Wall, 1965) y que son las que se postulan como componentes de la experiencia de dolor. La *Teoría de la Puerta de Control* rompió con las teorías tradicionales, vigentes en el momento, desde las que se consideraba que

la experiencia de dolor era el resultado proporcional a la magnitud del daño sensorial. Esta teoría introduce de lleno la perspectiva psicológica al estudio del dolor puesto que asume que componentes emocionales y cognitivos interactúan con los sensoriales modulando la experiencia final de dolor.

El *Cuestionario de Dolor McGill* cuenta con adaptaciones a numerosos idiomas y de las cuatro versiones realizadas al castellano, la desarrollada por Lázaro y colaboradores (1994) es la que presenta mayor calidad psicométrica y ha seguido con mayor fidelidad los pasos prescritos en la creación del instrumento original. Las adaptaciones que se han realizado del McGill difieren en cuanto a la metodología que se ha seguido para su construcción. Así, algunas adaptaciones, como es el caso de dos de las realizadas al castellano (Molina et al., 1984; Lahuerta et al., 1982), son traducciones de los descriptores ingleses del McGill. Tal y como indican Boureau y colaboradores (1992), ninguna traducción es un equivalente satisfactorio del original lo cual se acentúa en el caso del McGill en particular debido a que se pierden matices relativos a la intensidad y cualidad del dolor. Las diferencias culturales, idiomáticas o semánticas en muchas ocasiones hacen imposible traducir adecuadamente los descriptores ingleses (Boureau, 1984; Vanderiet et al., 1987; Verkes et al., 1989; Strand y Wisnes, 1991). Con el objetivo de solventar estas limitaciones, se han creado otras adaptaciones que reproducen fielmente el proceso de construcción del cuestionario original (Melzack y Torgerson, 1971). Este es el caso de las versiones al castellano de Ruiz López y colaboradores (1990) y de Lázaro, Bosh, Torrubia y Baños (1994). A la hora de decidir si utilizar la versión de Ruiz López y colaboradores (1990) o la versión de Lázaro, Bosh, Torrubia y Baños (1994), ha sido la calidad psicométrica del cuestionario de Lázaro y colaboradores (1994) la que nos ha hecho decantarnos por él. Además de los resultados de la validación que se realizó del cuestionario en el momento de su creación (Lázaro et al., 1994), recientemente contamos con alguna evidencia que apoya la validez de esta adaptación (Masedo y Esteve, en prensa). Hasta el momento no se cuenta con información descriptiva respecto a los adjetivos característicos de distintos síndromes dolorosos aplicando este cuestionario en la población española a pesar de que

se considera que con esta información el McGill contribuye de forma significativa al diagnóstico del dolor y teniendo en cuenta la gran variedad de estudios que se han realizado en torno a esta cuestión con poblaciones de otras nacionalidades (Dubuisson y Melzack, 1976; Reading y Newton, 1977; Leavitt et al., 1979; Melzack et al., 1982; Reading et al., 1982; Kremer y Atkinson, 1983; Ljunggren, 1983; Clark et al., 1995; Pirec et al., 1995; Stevens et al., 1995; Niven y Brodie, 1995; Van-Kooten, 1999).

Los descriptores que forman el *Cuestionario de Dolor McGill* adaptado al castellano por Lázaro y colaboradores (1994), al igual que en la versión original, se agrupan en tres categorías de orden superior que a su vez son las dimensiones del dolor postuladas desde la *Teoría de la Puerta de Control* (Melzack y Wall, 1965):

a) Dimensión sensorial-discriminativa en la que se agrupan palabras que hacen referencia a las cualidades sensoriales del dolor: las propiedades termales, temporales, espaciales y de presión (subcategorías 1-12). Se corresponde con la *categoría sensorial* del cuestionario.

b) Dimensión motivacional-afectiva en la que se agrupan palabras que hacen referencia al dolor en términos de tensión, temor y manifestaciones del Sistema Nervioso Central (subcategorías 16-18). Este grupo de descriptores se denomina *categoría afectiva*.

c) Dimensión cognitivo-evaluativa: que reúne aquellas palabras referidas a los aspectos subjetivos de la experiencia global del dolor (subcategoría 19). También se denomina *categoría evaluativa*.

Al cuestionario se añadió una cuarta categoría, denominada *Miscelánea* (subcategorías 13-15) donde se incluían aquellas descripciones menos usuales pero que son características de ciertos cuadros.

A pesar de que el *Cuestionario de Dolor McGill* (1975) distingue entre estos tres componentes y los evalúa separadamente y proporciona una puntuación para cada uno de ellos, Turk y colaboradores (1985) pusieron en tela de juicio la utilidad de diferenciar entre componentes del dolor en los que las puntuaciones por categorías presentan unos índices de correlación más elevados que los propios índices de consistencia interna. Por tanto, los autores concluyeron que no tenía sentido distinguir entre estas tres dimensiones. Sin

embargo, Melzack (1985) criticó esta postura y expuso varios estudios que mostraban cómo algunos tipos de dolores clínicos diferían en las dimensiones sensorial y afectiva. Siguiendo a Melzack (1985) algunos de ellos pueden presentar una alta puntuación en la dimensión sensorial y una puntuación baja de la dimensión afectiva y viceversa. Así, en el estudio de Reading y Newton (1977), las pacientes diagnosticadas de dismenorrea primaria hacían más uso de adjetivos afectivos para describir su dolor que las pacientes aquejadas de dolor agudo del aparato intrauterino. En otro trabajo, los pacientes que acudían a urgencias por problemas de dolor hacían mayor uso de descriptores sensoriales que una muestra de pacientes con dolor crónico los cuales, a su vez, presentaban mayor intensidad en la dimensión afectiva que los primeros (Melzack et al., 1982).

Otro estudio en el que se pone de manifiesto que diferentes tipos de dolor clínico difieren en cuanto al grado de malestar emocional asociado es el realizado por Price y colaboradores (1987). Estos autores proponen que la preponderancia de la dimensión afectiva depende del grado en que el sujeto percibe el dolor como una grave amenaza contra la vida y así lo concluyen al comprobar que los pacientes con dolor oncológico, comparados con pacientes con otras patologías (dolor de espalda, dolor miofacial, dolor de parto y dolor neurálgico), son los que presentan mayor puntuación en la dimensión afectiva del dolor. Kremer y Atkinson (1983), con objeto de comprobar si la categoría afectiva del *Cuestionario de Dolor McGill* (1975) se mostraba sensible a los trastornos emocionales relacionados con el dolor, realizaron un análisis de regresión mediante el cual comprobaron que los descriptores de dicha categoría explicaban un 44% de la varianza del malestar psicológico de los pacientes de dolor crónico. Por el contrario, los descriptores sensoriales tan sólo explicaban un 2% de la varianza. En resumen, parece que la categoría afectiva del McGill puede considerarse como un índice válido del grado de malestar emocional asociado al dolor.

Muchos otros estudios han contrastado que a través de las puntuaciones del *Cuestionario de Dolor McGill* ha podido diferenciarse entre dolor orgánico y funcional (Leavitt et al., 1979; Leavitt y Garron, 1980; Oostdam y Duivenvoorden, 1984), síndromes de dolor específicos (Dubuisson y Melzack, 1976; Melzack et al., 1986), dolor

experimental fásico y tónico (Chen y Treede, 1985), pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico (Kremer et al., 1983) y dolor agudo y crónico (Melzack et al., 1982; Reading et al., 1982; Terman y Dar, 1986). Así, algunas patologías parecen ir acompañadas de experiencias de dolor características (Dubuisson y Melzack, 1976). En el estudio de Dubuisson y Melzack (1976) los pacientes describían mayoritariamente el dolor causálgico con un adjetivo térmico (*burning*, en la versión al castellano *como si quemara*). El dolor del miembro fantasma se describía como un dolor *opresivo (cramping)* y *extenso (shooting)*, posteriormente Nikolajsen y colaboradores (1997) informan de los mismos descriptores añadiendo como un pinchazo o como agujas (*pricking/boring*). El dolor que presentan los pacientes de artritis reumatoide también era descrito mayoritariamente con adjetivos de la subcategoría *constricción (gnawing)*, en la versión al castellano *como agarrotado*. Otro trabajo que analiza los adjetivos utilizados para describir el dolor es el realizado por Ljunggren (1983) con pacientes que padecían dolor lumbar empleando una versión noruega del cuestionario McGill. El dolor de estos pacientes (diagnosticados de lumbago-ciática y hernia discal) se localizaba fundamentalmente en el glúteo, el muslo y la pantorrilla, y era descrito característicamente como cortante (*aching-like*), bien delimitado (*flashing*) y con sensaciones de calor y frío. También se ha prestado atención al dolor postoperatorio. Stevens, Dibble y Miaskowski (1995) realizaron un estudio descriptivo con pacientes a los que se les había practicado una mastectomía tras ser diagnosticadas de cáncer de mama. Los descriptores del dolor más frecuentes fueron perforante (*lancinating*) y como si quemara (*burning*). Por otro lado, Van-Kooten (1999) examinó los descriptores verbales del dolor de pacientes a los que se les había practicado un bypass coronario. Por orden de frecuencia los adjetivos citados fueron: exasperante (*exhausted*), como hinchado (*tenderness*), como agarrotado (*gnawing*) y como si cortara (*sharp*). El dolor experimental inducido por agua helada lo describen frecuentemente como si cortara (*sharp*) y como latidos o vibraciones (en inglés *throbbing*, sin traducción equivalente en la versión al castellano) (Pirec et al., 1995). Sin embargo, no siempre se encuentran patrones diferenciales en la descripción del dolor, éste es el caso de un estudio en el que se comparó la descripción del

dolor de mujeres que habían experimentado el parto por primera vez y mujeres que ya lo habían experimentado antes: no hubo diferencias significativas ni en la selección de las categorías ni en la de los descriptores. Niven y Brodie (1996) explicaron estos resultados atendiendo a la información semántica que tienen las mujeres acerca del dolor de parto que podría influir en el recuerdo y en la evaluación del dolor.

De la revisión bibliográfica sobre el *Cuestionario de Dolor McGill* llama la atención la extensa literatura existente en torno al cuestionario original y, sin embargo, la escasez de estudios respecto a sus adaptaciones al castellano. Lázaro y colaboradores (1994) validaron este cuestionario sobre una muestra de 44 pacientes con dolor agudo post operatorio y 23 pacientes con dolor reumático, neuropático y cáncer. Posteriormente, no han vuelto a realizarse estudios con esta adaptación ni con ninguna otra, que retomen los objetivos que se plantearon los autores que crearon el cuestionario original. De ahí la conveniencia de determinar en nuestro ámbito cultural qué descriptores son característicos de distintos síndromes dolorosos puesto que el Cuestionario de Dolor McGill fue concebido fundamentalmente para aportar esta información junto con las puntuaciones totales a cada escala y al cuestionario global. Por ello, en este trabajo se pretende analizar detalladamente el lenguaje que emplean pacientes con diferentes patologías clínicas para valorar su dolor. Para ello se utilizará la versión al castellano de Lázaro y colaboradores (1994) pues es la que ha seguido un proceso de construcción más riguroso. Así mismo y retomando algunos de los objetivos que se plantearon respecto al cuestionario original, se examinará el componente afectivo y sensorial que acompaña a cada síndrome doloroso en dos condiciones con dolor agudo (dolor torácico y fracturas) y dos condiciones de dolor crónico (artritis reumatoide y dolor oncológico).

MÉTODO

Sujetos

Al igual que Lázaro y colaboradores (1994), en este trabajo se evaluarán síndromes de dolor crónico y de dolor agudo. Se inclu-

yeron cuatro síndromes muy comunes en el contexto clínico y que constituyen motivos de consulta médica de primer orden. La muestra está compuesta de 117 pacientes con dolor: 25 sujetos con fracturas, 34 con dolor torácico, 24 pacientes de artritis reumatoide y 32 pacientes oncológicos. Los pacientes fueron captados a través de servicios distintos dado que se trataba de síndromes de dolor agudo y crónico que se intervienen desde diferentes especialidades. Los pacientes con fracturas y dolor torácico acudieron al Servicio de Urgencias, los pacientes con cáncer a la Unidad del Dolor y al Servicio de Oncología y los pacientes con artritis reumatoide acudían al Servicio de Reumatología, todos ellos ubicados en la Residencia Carlos Haya de Málaga. Todos los pacientes habían sido previamente diagnosticados por los especialistas correspondientes y fueron entrevistados mientras esperaban para recibir el tratamiento. La edad media de los pacientes era de 61,39 años. Respecto al sexo, el 44,7% eran hombres y el 55,3% eran mujeres. Los pacientes de artritis reumatoide llevaban una media de 16,2 años con dolor y los oncológicos, 2,7 años. Aproximadamente, los pacientes con dolor torácico tenían dolor desde una media de 72,3 horas anteriores y por último, los pacientes con fracturas llevaban una media de 15 horas de dolor.

Instrumentos

El *Cuestionario de Dolor McGill*, adaptado al castellano por Lázaro y colaboradores (1994), consta de una lista de 65 adjetivos reunidos en 19 subcategorías, cada una de las cuales contiene de dos a seis términos que describen el dolor dispuestos en orden de intensidad creciente. Dichas subcategorías se agrupan para formar las categorías sensorial, afectiva y evaluativa.

El *Cuestionario de Dolor McGill* proporciona información cualitativa a través del análisis de los descriptores seleccionados y también un índice de puntuación por categoría o subescala así como un índice total. En este estudio, por una lado se ha extraído la información cualitativa significativa dentro de cada categoría diagnóstica, y por otro lado, se han comparado los índices de puntuación de la categoría afectiva y de la categoría sensorial que presentan los pacientes aquejados de una u otra patología dolorosa.

Procedimiento

Todas las entrevistas tuvieron lugar en un solo momento tras previa aceptación voluntaria de participación en el estudio. El tiempo empleado en la administración del Cuestionario de Dolor McGill, fue aproximadamente de 10 minutos. En todos los casos se evitaba la presencia de otras personas y se tuvieron en cuenta las recomendaciones de otros autores en cuanto a la forma de administración del McGill original (Melzack, 1975; Graham et al., 1980; Keplack et al., 1981) que se pasó de forma oral acompañándose de tarjetas con grandes letras donde se inscribían todas las alternativas de respuesta posibles en la parte superior y números en la parte inferior.

RESULTADOS

Con el fin de hacer un análisis cualitativo del informe de dolor de los pacientes, se han hallado los porcentajes de uso de cada uno de los descriptores dentro de su respectiva subcategoría.

En la Tabla 1 se muestran los descriptores de dolor utilizados al menos por el 35% de los pacientes de cada grupo diagnóstico (se utiliza este porcentaje siguiendo las sugerencias de Dubuisson y Melzack, 1977). Puede comprobarse que algunos descriptores se utilizan repetidamente por parte de todos los pacientes. Así ocurre con el descriptor *continuo* de la subcategoría Temporal I, el descriptor *repartido* de la subcategoría Localización II, el descriptor *pesadez* de la subcategoría Consistencia y por último el descriptor *terriblemente molesto* de la categoría evaluativa.

No obstante, puede observarse que algunos descriptores eran prácticamente exclusivos de cada categoría diagnóstica. Así, los pacientes que sufrían dolor torácico elegían frecuentemente *como si apretara*, *preocupante* y *que asusta* para describir su dolor. Descriptores como *tirantez*, *como agarrotado*, *como si pasara corriente*, *como hinchado* y *como un hormigueo* caracterizaban al dolor de los pacientes con artritis reumatoide, mientras que los pacientes que sufrían dolor oncológico utilizaban de forma característica los ítems *punzante* y *nauseante*. Los pacientes que padecían alguna fractura describían su dolor como *opresivo* y *como hinchado*.

Tabla 1.- Descriptores del Cuestionario de Dolor McGill al castellano (Lázaro et al, 1994) utilizados por al menos el 35% de los pacientes dentro de cada subcategoría

CÁNCER (N = 32)	ARTRITIS REUMATOIDE (N = 24)	DOLOR TORACICO (N =34)	FRACTURAS (N = 25)
SENSORIAL			
Continuo (65,6%)	Continuo (65,4%)	Temporal I Continuo (73,2%)	Continuo (68%)
Insistente (37,5%)	Insistente (42,3%)	Temporal II	Repetitivo (68%)
Bien delimitado (53,1%)	Extenso (38,5%)	Localización I Bien delimitado (64,7%)	Bien delimitado (60%)
Repartido (65,6%)	Repartido (73,1%)	Localización II Repartido (52,9%)	Repartido (70%)
Punzante (46,9%)		Punción	
	Incisión Constricción Como agarrotado (42,3%) Como si apretara (41,2%) Tracción		Opresivo (36%)
	Tirantez (34,6%)		
		Térmicos I Térmicos II	
		Sensibilidad Tactil	
	Como un hormiguero (59,2%)		
Pesadez (68,5%)	Consistencia Pesadez (61,5%)	Pesadez (55,9%)	Pesadez (56%)
	Miscelánea Sensorial I		
	Como hinchado (57,7%)		Como hinchado (26%)
	Miscelánea Sensorial II Como si pasara corriente (57,7%)		
	Miscelánea Sensorial III Agudo (38,5%)	Agudo (38,2%)	Miscelánea
AFECTIVA			
		Tensión emocional	
Que amarga la vida (46,9%)	Que amarga la vida (46,2%)		
Nauseante (37,5%)	Signos Vegetativos		
		Miedo	
		Que asusta (38,2%)	
EVALUATIVA			
Terriblemente molesto (43,8%)	Terriblemente molesto (65,4%)	Terriblemente molesto (38,2)	Terriblemente molesto (44%)

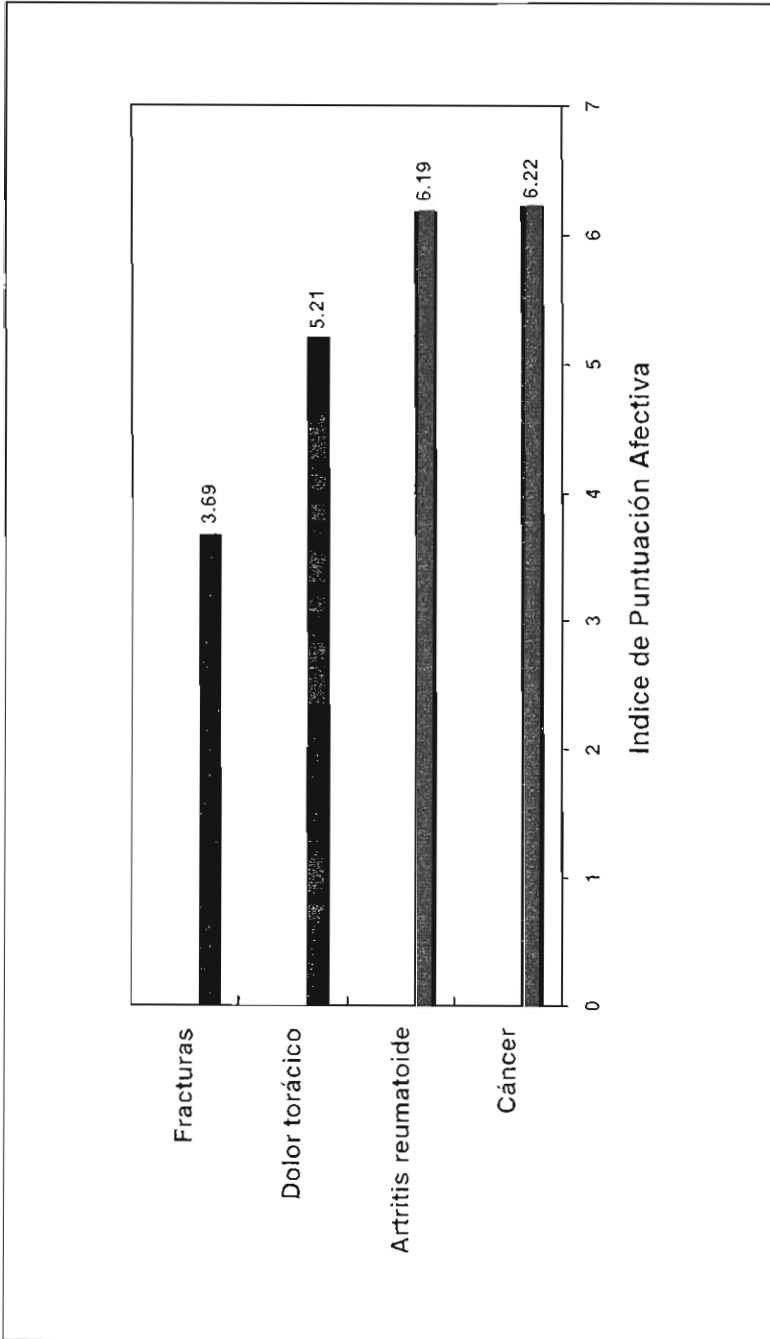


Figura 1.- Puntuación media en la subescala afectiva del Cuestionario de Dolor McGill para cada grupo diagnóstico

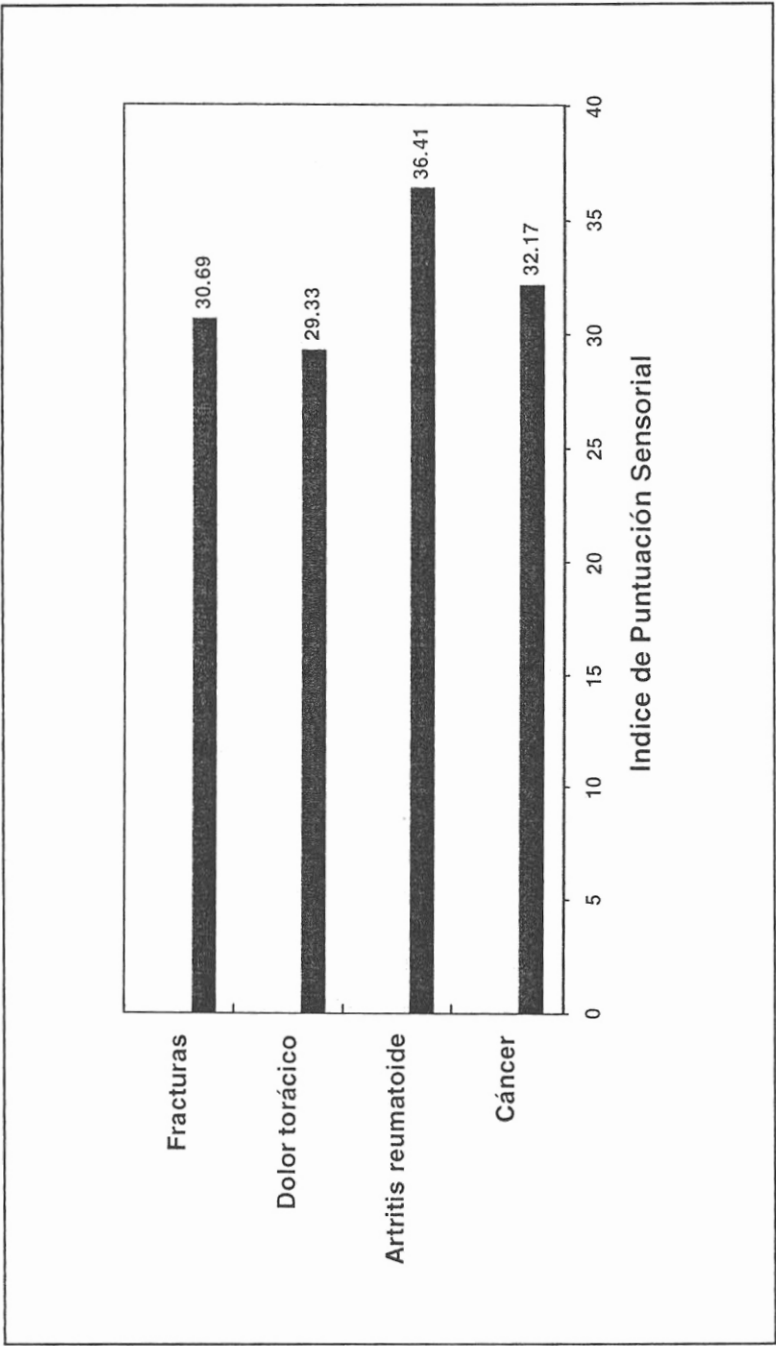


Figura 2.- Puntuación media en la subescala sensorial del Cuestionario de Dolor McGill para cada categoría diagnóstica

Cabe resaltar que los dos diagnósticos característicos de síndromes crónicos emplean en la subcategoría de tensión emocional el descriptor *que amarga la vida*. Sin embargo, los pacientes con fractura no escogen ningún descriptor en esta subcategoría y los pacientes con dolor torácico aluden a su dolor como *preocupante*, seguramente por su estrecha relación con un posible accidente cardiovascular. Esto también se pone de manifiesto en la elección por la mayoría de estos pacientes del descriptor *que asusta*. Por otro lado, el descriptor *como hinchado* es característico de los pacientes que sufren artritis reumatoide y fracturas lo cual es lógico dado el proceso inflamatorio que acompaña a estos cuadros dolorosos.

A excepción del empleo del descriptor *punzante* por parte de un 46,9% de los enfermos oncológicos, llama la atención que no existe un acuerdo en cuanto a los adjetivos con los que describen el dolor.

En la Figura 1 se representan las medias de Puntuación Afectiva que se han obtenido para cada categoría diagnóstica. Puede observarse que el dolor oncológico es el que presenta la mayor puntuación media en la categoría afectiva mientras que el dolor debido a fracturas es el que se acompaña de menor grado de malestar emocional. Los pacientes aquejados de artritis reumatoide son los que siguen, con poca diferencia, en su puntuación en la dimensión afectiva al dolor oncológico. Respecto a los síndromes de dolor agudo, el dolor torácico tiene una puntuación superior a la de fracturas en la subescala afectiva.

Con objeto de comprobar si las diferencias entre los grupos diagnósticos eran significativas, se ha realizado el test de Kruskal Wallis. Se han hallado diferencias significativas entre el rango medio de puntuación afectiva de los pacientes con fracturas ($RM= 42.02$) y el de los pacientes de artritis reumatoide ($RM= 69.58$), siendo significativamente superior en el segundo caso ($p<.01$), y entre los pacientes con fracturas ($RM= 42.02$) y los pacientes oncológicos ($RM= 69.74$), siendo superior en el caso de los oncológicos ($p<.01$). Así mismo, los pacientes con dolor torácico presentaron una puntuación significativamente superior ($p<.05$) ($RM= 56.90$) en la subescala afectiva respecto a los pacientes con fracturas ($RM= 42.02$).

En la Figura 2 se muestran las medias de puntuación en la dimensión sensorial. En este caso, los pacientes con una mayor

puntuación media sensorial son los pacientes de artritis reumatoide seguidos de los pacientes de cáncer. Curiosamente, los pacientes con fracturas obtienen mayor puntuación sensorial que los pacientes con dolor torácico.

De nuevo para determinar si las diferencias entre los grupos diagnósticos eran significativas se ha realizado el test de Kruskal Wallis. El rango medio de puntuación sensorial es significativamente superior ($p < .05$) en los pacientes con artritis reumatoide ($RM = 76$) y con cáncer ($RM = 64.94$) respecto a los pacientes con dolor torácico ($RM = 44$). Las diferencias entre los demás grupos diagnósticos respecto al índice de puntuación sensorial no se muestran estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

La constancia con la que varios descriptores del dolor son utilizados por los pacientes aquejados de una misma patología se considera una información de gran utilidad clínica. Lo que aquí se presenta son los resultados obtenidos con el *Cuestionario de Dolor McGill* adaptado por Lázaro y colaboradores (1994) que no había sido objeto de estudio desde su adaptación. Todo ello a pesar de la gran importancia atribuida al cuestionario original y la extensa literatura existente acerca del McGill y sus propiedades psicométricas con las adaptaciones a otros idiomas.

Ya se ha resaltado la importancia de disponer de un instrumento estándar que tenga la capacidad de captar los distintos matices cualitativos de dolores relacionados con distintas etiologías. En este trabajo, se han determinado los adjetivos que caracterizan cuatro síndromes de dolor variados y muy comunes en las consultas médicas. Además, se ha hecho especial hincapié en que fueran de naturaleza crónica y aguda. Basándonos en nuestros resultados, los pacientes con artritis reumatoide (que además son los que llevan más tiempo sufriendo dolor) son los que describen su dolor atendiendo a más adjetivos sensoriales y además son los que presentan un mayor grado acuerdo (65,4%) en cuanto a que su dolor es *terriblemente molesto*. Al igual que en el trabajo de Dubuisson y Melzack (1977),

estos sujetos utilizan el descriptor *como agarrotado*. Los pacientes oncológicos, en cambio, describen su dolor sin mostrar acuerdo en cuanto a los descriptores sensoriales característicos de su dolor. Esto puede ocurrir, bien porque realmente no existen propiedades sensoriales comunes a todos los tipos de dolores oncológicos que tienen muy distintas localizaciones. Para indagar dicha posibilidad, se sugiere que en futuros estudios se opte por una muestra más homogénea de dolor oncológico y que se diferencie entre distintos tipos de cáncer.

Atendiendo a los síndromes de dolor agudo, parece que el dolor torácico se describe mayoritariamente como un dolor de tipo constrictivo. Además conlleva connotaciones afectivas (aunque con menor intensidad que en un dolor crónico) que caracterizan el informe que hace el sujeto que lo padece. Frente a los pacientes con dolor debido a fracturas, éstos consideran que su dolor es *preocupante* y *asusta* lo cual seguramente estará relacionado con las consecuencias de los potenciales accidentes cardiovasculares que acompañan a este dolor frecuentemente. Éste es un resultado que podría explicarse atendiendo al estudio de Price y colaboradores (1987) en cuanto a que la percepción del dolor está influenciada por el grado en que el dolor puede estar asociado con una potencial amenaza contra la vida.

Es importante señalar que estos cuatro síndromes de dolor difieren en cuanto al grado de malestar emocional que no se acompaña necesariamente de un grado similar de malestar sensorial. Esto se ve claramente reflejado en los pacientes con fracturas puesto que su puntuación media sensorial se acerca bastante a la de un paciente con cáncer y sin embargo, la dimensión afectiva difiere significativamente configurándose como el síndrome de los cuatro presentados que se acompaña de menor malestar emocional. Los resultados de nuestro trabajo en general concuerdan con los de Melzack (1985) en cuanto a la predominancia de la dimensión afectiva de los pacientes de dolor crónico frente a los de dolor agudo. Sin embargo, no hemos hallado que los pacientes con dolor agudo con fracturas y dolor torácico (entrevistados en urgencias) muestren una puntuación más elevada en la dimensión sensorial que los pacientes con dolor crónico. Por el contrario, los pacientes con dolor crónico

son los que presentan una puntuación media mayor en la dimensión sensorial (de forma significativa los pacientes con artritis reumatoide y cáncer frente al dolor torácico). De los resultados de nuestro estudio se deriva que el componente afectivo es el que establece las diferencias entre los síndromes analizados en este estudio.

En este estudio algunos descriptores no han sido utilizados de forma diferencial en distintas categorías diagnósticas aunque deben desarrollarse investigaciones adicionales en esta dirección con otros síndromes dolorosos. En cierto modo, este hallazgo sugiere la posibilidad de que algunos de estos adjetivos sean eliminados o sustituidos dado su bajo poder discriminativo. Además habría que plantearse si la escasa elección de ciertos descriptores pudiera deberse a que los pacientes no entienden su significado. Los estudios más recientes sobre el Cuestionario de Dolor McGill original han puesto en tela de juicio la clasificación de los descriptores sensoriales en las categorías propuestas originalmente (Clark et al., 1995; Fernandez y Towery, 1996). Así, en el estudio de Fernandez y Towery (1996) encontraron que el 40% de los descriptores sensoriales no pudieron ser reclasificados en alguna subcategoría sensorial debido a su incomprensión o ambigüedad de uso. De forma añadida, debe contemplarse que el desarrollo así como la validación de este instrumento tuvo lugar en la comunidad catalana. Precisamente uno de los rasgos más sobresalientes de la comunidad catalana consiste en el hecho de poseer una lengua románica propia distinta del castellano. Se estima que entre el 60% y el 80% de la población dominan la lengua catalana, lengua que cobró carácter oficial con los estatutos de Cataluña (1979) y que se comparte con el castellano en esta comunidad autónoma. Por tanto, cabría estimar las posibles diferencias semánticas derivadas de una sociedad bilingüe y su posible implicación en la creación de un instrumento de estas características así como su repercusión en su comprensión por los habitantes de una comunidad autónoma no bilingüe, como es el caso de Andalucía. Futuras líneas de investigación debieran dirigir sus esfuerzos al afinamiento de los descriptores de la versión de Lázaro y colaboradores (1994) así como a su clasificación en subcategorías contemplando los estudios recientes con el cuestionario original (Clark et al., 1995; Fernandez y Towery, 1996).

Los resultados respecto al índice de puntuación afectiva de los distintos sujetos podrían explicarse apelando al estudio de Price y colaboradores (1987). Factores como la implicación del dolor en el futuro del paciente, la percepción del dolor como interrupción de las actividades diarias o la amenaza que supone contra la vida, podrían estar relacionados con el malestar emocional de los pacientes que sufren dolor. Los síndromes de dolor crónico cuentan con una mayor presencia (especialmente el dolor oncológico) de estos factores y por tanto, el grado de alteración afectiva es mayor en estos síndromes. El dolor torácico presenta mayor grado de malestar emocional que el dolor derivado de fracturas porque el primero podría estar asociado más estrechamente a estos factores.

Futuras investigaciones con otros síndromes dolorosos deben ir encaminadas a contrastar si la versión española del *Cuestionario de Dolor McGill* permite captar patrones característicos en el informe de dolores con distintas etiologías. Asimismo parece necesario determinar las modificaciones que deben realizarse a los descriptores del McGill en su versión al castellano para lograr una mejor identificación del lenguaje propio de los pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación se hizo bajo la D.G.E.S. PM97-0152. Las autoras quisieran mostrar su agradecimiento al Dr. Manuel Rodríguez de la Unidad del Dolor, al Dr. Salvador Fernández del Servicio de Urgencias y al Dr. Antonio Ponce del Servicio de Reumatología, todos ellos del Hospital Carlos Haya, Málaga España.

BIBLIOGRAFÍA

- Boureau, F.; Luu, M.; y Doubrère, J.F. (1992). Comparative study of the validity of four French McGill Pain Questionnaire (MPQ) versions. *Pain*, 50, 59-65.
- Clark, W.C.; Fletcher, J.D.; Janal, M.N.; Carroll, J.D. (1995) Hierarchical clustering of pain and emotion descriptors: toward a revision of the McGill

- Pain Questionnaire. En Bromm, B.; Desmedt, J.E. (Eds) et al. *Pain and the brain: from nociception to cognition. Advances in pain research and therapy, Vol. 22*, 319-330. New York, NY, USA: Raven Press.
- Chen y Treede** (1985) The McGill Pain Questionnaire in the assessment of phasic and tonic experimental pain: behavioral evaluation of the 'pain inhibiting pain' effect. *Pain, 22*, 67-79.
- Dubuisson y Melzack** (1976) Classification of clinical pain descriptions by multiple group discriminant analysis. *Experimental Neurology, 51*, 480-487.
- Fernandez, E. y Towery, S.** (1996) A parsimonious set of verbal descriptors of pain sensation derived from the McGill Pain Questionnaire. *Pain, 66*, 31-37.
- Kremer, E.F.; Atkinson, J.H.; Kremer, A.M.** (1983) The language of pain: Affective descriptor of pain are a better predictor of psychological disturbance than pattern of sensory and affective descriptors. *Pain, 16*, 185-192.
- Lahuerta, J.; Smith, B.A. y Martínez-Lage, J.M.** (1982) An adaptation of the McGill Pain Questionnaire to the Spanish language. *Schmerz, 3*, 132-134.
- Lázaro, C.; Bosch, F.; Torrubia, R. y Baños, J.E.** (1994) The development of a Spanish Questionnaire for assessing pain: preliminary data concerning reliability and validity. *European Journal of Psychological Assessment, Vol. 10 Issues 2*, 145-151.
- Leavitt, F.; Garron, D.C.; D'Angelo, C.M. y McNeill, T.W.** (1979) Low back pain in patients with and without demonstrable organic disease. *Pain, 6*, 191-200.
- Leavitt, F. y Garron, D.C.** (1980) Validity of a back pain classification scale to detecting psychological disturbance as measured by the MMPI. *Journal of Clinical Psychology, 36*, 186-189.
- Ljunggren, A.E.** (1983) Description of pain and other sensory modalities in patients with lumbago-sciatica and herniated intervertebral disc. Interview administration of an adapted McGill Pain Questionnaire. *Pain, 16*, 265-276.
- Masedo, A.I. y Esteve, M.R.** (en prensa) Some empirical evidence regarding about the validity of the Spanish Version of the McGill Pain Questionnaire. *Pain, in press*.
- Molina, F.J.; Molina, F.Z.; Molina, J.C. y Corpo, C.** (1984) The Argentine Pain Questionnaire. *Pain, Suppl. 2 S42*.
- Melzack, R. y Wall, P.D.** (1965) Pain mechanism: A new theory. *Science, 150*, 971-979.
- Melzack, R. y Torgerson, W.S.** (1971) On the language of pain. *Anesthesiology, 34*, 50-59.

- Melzack, R.** (1975) The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.
- Melzack, R., Wall, P.D. y Ty, T.C.** (1982) Acute pain in an emergency clinic: latency of onset and description patterns related to different injuries, *Pain*, 14, 33-43.
- Melzack, R.** (1985) Discriminative capacity of the McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 23, 201-203.
- Niven, C.A.; Brodie, E.E.** (1996) Memory for labor pain: context and quality. *Pain*, 64, 387-392.
- Oostdam, E.M.M. y Duivenvoorden, H.J.** (1984) Description of pain and the degree to which the complaints fit the organic diagnosis of low back pain. *Pain*, 18, 171-82.
- Pirec, V.; Patterson, T.H.; Thapar, P.; Apfelbaum, J.L. et al** (1995) Effects of subanesthetic concentrations of nitrous oxide on cold-pressor pain in humans. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 51, 323-329.
- Price, D.D.; Harkins, S.W. y Baker, C.** (1987) Sensory-affective relationships among different types of clinical and experimental pain. *Pain*, 28, 297-307.
- Reading, A.E. y Newton, J.R.** (1977) A comparison of primary dysmenorrhea and intrauterine device related pain. *Pain*, 3, 265-276.
- Reading, A.E.** (1982) An analysis of the language of pain in chronic and acute patient groups. *Pain*, 13, 185-192.
- Stevens, P.E.; Dibble, S.L.; Miakowski, C.** (1995) Prevalence, characteristics, and impact of postmastectomy pain syndrome: an investigation of women's experiences. *Pain*, 61, 61-68.
- Strand, L.V. y Wisnes, A.R.** (1991). The development of a Norwegian pain questionnaire. *Pain*, 46, 61-66.
- Turk, D.C.; Rudy, T.E.; y Salovey, P.** (1985) The McGill Pain Questionnaire reconsidered: confirming the factor structure and examining appropriate uses. *Pain*, 21, 385-397.
- Van-Kooten, M.E.** (1999) Non pharmacologic pain management for postoperative coronary artery bypass graft surgery patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 31, 157.
- Vanderiet, K.; Adriaensen, H.; Carton, H. y Vertommen, H.** (1987) The McGill Pain Questionnaire constructed for the Dutch language (MPQ-DV). Preliminary data concerning reliability and validity. *Pain*, 30, 395-408.
- Verkes, R.J.; Van der Kloot, W.A. y Van der Meij, J.** (1989) The perceived structure of 176 pain descriptive words. *Pain*, 38, 219-229.