

El cuestionario de dolor de McGill

C. LÁZARO¹, J.E. BAÑOS² Y R. TORRUBIA³

«Describir el dolor solamente en términos de intensidad es como explicar el mundo visual solamente en términos de flujos de luz, sin tener en cuenta los patrones, colores, texturas y otras dimensiones de la experiencia visual»

R. Melzack y W.S. Torgerson¹

RESUMEN

Los instrumentos multidimensionales permiten superar algunas de las limitaciones de los unidimensionales en la evaluación del dolor. Entre ellos, destaca el *McGill Pain Questionnaire* (MPQ), desarrollado en la universidad canadiense del mismo nombre por R. Melzack a principios de la década de los 70. El MPQ consta de tres categorías, emocional, sensorial y evaluativo, con una serie de descriptores que permiten a los sujetos describir su dolor con mayor precisión y más allá de las limitaciones intrínsecas a los instrumentos, como las escalas analógicas visuales, las verbales o las de puntuación numérica. El MPQ ha sido validado en diversos idiomas, y en España se dispone de una versión llamada *McGill Pain Questionnaire-Spanish Version*, que ha sido ampliamente utilizada y que ha demostrado propiedades psicométricas aceptables. En el presente artículo se presentan las características de ambos cuestionarios y su utilidad en la evaluación del dolor.

Palabras clave: Valoración del dolor. *McGill Pain Questionnaire*. Propiedades psicométricas MPQ.

ABSTRACT

Multidimensional questionnaires permit to overcome some limitations that are common to unidimensional tools in the evaluation of pain. Among them *McGill Pain Questionnaire* (MPQ) has been the most useful. It was developed in this Canadian university in the 1970s by the psychologist R. Melzack. MPQ has three categories, emotional, sensorial and evaluative, and a list of descriptors which permits a easier pain description by patients than the obtained by traditional methods, such as visual analogue, verbal or numerical scales. MPQ has been validated in several languages. The most known in Spanish is the *McGill Pain Questionnaire-Spanish Version*, that has been widely use by its adequate psychometric properties. In this review, we will report the characteristics of both instruments as well as its usefulness to evaluate pain. (DOLOR 2007;22:69-77)

Corresponding author: Carlos Lázaro Alcay, 20426cla@comb.es

Key words: Pain assessment. *McGill Pain Questionnaire*. Psychometric properties MPQ.

¹Departamento de Farmacología, Terapéutica y Toxicología
Universitat Autònoma de Barcelona
Bellaterra, Barcelona

²Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud
Universitat Pompeu Fabra
Barcelona

³Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal
Universitat Autònoma de Barcelona
Bellaterra, Barcelona

Dirección para correspondencia:

Carlos Lázaro Alcay
Servicio de Anestesiología, Reanimación y Clínica del dolor
Centre Mèdic Sant Jordi
Pl. Estació, 12
08030 Barcelona
E-mail: 20426cla@comb.es

DEFINICIÓN Y ESTRUCTURA

Cada teoría, con su visión alternativa a los conocimientos precedentes, lleva aparejada una nueva formulación de los conceptos y unos nuevos instrumentos que permitan determinar las variaciones observadas en los paradigmas explicativos de dicha teoría. El término dolor integra una pléyade de cualidades en combinaciones únicas para cada tipo de dolor y paciente. El dolor que se instaura en una angina de pecho es obviamente distinto del de una fractura de tibia, las expectativas del paciente hacia su dolor varían de acuerdo con el pronóstico de la lesión o sus expectativas personales y, así, el dolor es experimentado de forma completamente distinta. En el caso que nos ocupa, la cualidad diferencial del dolor será un atributo primordial, para el estudio de esta... «sensación corporal con cualidades similares a las que se explican durante la estimulación de daño tisular...», entre otras características, y, reconociendo que la intensidad es una de sus dimensiones más prominentes, ahondaremos en este artículo sobre las cualidades del dolor.

Existen numerosos antecedentes históricos sobre la atención prestada por parte de los médicos a las descripciones de dolor, pero la primera recopilación sistemática de términos distintos empleados para explicar el dolor fue realizada por K.M. Dallenbach² en 1939, obteniendo 44 descriptores de dolor. Sin embargo, la clasificación respondía más a un soporte empírico que a una formulación teórica, y fue organizada en cinco categorías de acuerdo con: 1) temporalidad; 2) distribución espacial; 3) función constrictiva; 4) función afectiva, y 5) atributos cualitativos.

El *McGill Pain Questionnaire* es un instrumento de valoración multidimensional del dolor desarrollado por R. Melzack y W.S. Torgerson en 1971, basado en los descriptores utilizados por K.M. Dallenbach, et al. obtenidos mediante búsqueda bibliográfica y entrevistas a pacientes, hasta completar 102¹. La organización conceptual de estos descriptores está vinculada a la teoría de la puerta de entrada de R. Melzack y P.D. Wall, por una parte, y al modelo explicativo tridimensional del dolor elaborado por R. Melzack y K.L. Casey³.

Los autores intentaron crear un instrumento capaz de valorar estas dimensiones que fue conocido como el Cuestionario de Dolor o Cuestionario de R. Melzack y W.S. Torgerson, y que fue ampliamente utilizado en la *McGill University*. Conforme los investigadores fueron sintiéndose más familiarizados con su utiliza-

ción, se le dio el nombre de *McGill Pain Questionnaire* (MPQ). A pesar de que R. Melzack pensó que era una primera aproximación, se continúa utilizando en su forma original¹.

LAS CATEGORÍAS DEL MPQ

La teoría explicativa de R. Melzack y K.L. Casey nace tras la observación de que pacientes a los que se había practicado un lobotomía frontal conservan la capacidad para percibir el dolor, aunque no se sienten afectados por éste. En otras palabras, no sienten el sufrimiento que acompaña al dolor. Los pacientes afectados de asimbolia hacia el dolor, alteración que aparece tras determinadas lesiones que afectan a porciones del lóbulo parietal y corteza frontal, son capaces de apreciar las propiedades espaciales y temporales del dolor sin presentar ningún tipo de queja o comportamiento de retirada⁴.

Estas observaciones sugirieron a los autores de esta teoría la existencia de tres grandes dimensiones psicológicas involucradas en la percepción del dolor: sensorial-discriminativa, afectiva-motivacional y cognitiva-evaluativa. Estos aspectos de la experiencia dolorosa se relacionarían con procesos existentes en áreas distintas del sistema nervioso; en la dimensión sensorial-discriminativa están involucrados los sistemas espinales primarios de conducción rápida, la dimensión afectiva-motivacional proviene de la actividad de las estructuras límbica y reticular que son influenciadas por los sistemas espinales primarios de conducción lenta y, finalmente, la dimensión cognitiva-evaluativa representaría un proceso de intercambio de información ubicado en áreas neocorticales y sistemas filogenéticamente más nuevos en términos de evaluación de la entrada de impulsos relativa a experiencias almacenadas. La interacción de estas dimensiones produce una información perceptual sobre las propiedades espaciotemporales, magnitud y localización, además de provocar una tendencia motivacional como reacción de huida de la agresión y una valoración cognitiva basada en experiencias previas, valoración de los posibles resultados y búsqueda de estrategias de respuesta, lo que da lugar también a nuevas respuestas motoras.

La dimensión sensorial

De acuerdo con el punto de vista más clásico, el dolor es la consecuencia de una lesión hística que produce la activación de receptores y de vías alta-

mente específicas. Estímulos de intensidad que producen dolor inmediato, o capaces de producirlo en caso de mantenerse, se consideran estímulos nociceptivos⁵. La relación entre estímulo y sensación nociceptiva, sin embargo, no es de 1 a 1. En determinadas circunstancias, esta sensación puede resultar inhibida por sistemas antinociceptivos centrales y, de forma contraria, determinadas situaciones fisiopatológicas permiten el mantenimiento de la sensación nociceptiva independientemente de que el estímulo haya desaparecido. La expansión de conocimientos aportada por nuevas teorías sostiene que la dimensión sensorial está constituida por aquellas sensaciones somatosensoriales asociadas a lesiones tisulares o descritas en tales términos⁶.

Es un hecho observable que existen cualidades distintas para cada tipo de dolor que se pueden describir de una forma específica. Estas cualidades pueden ser de distinta índole, y expresarse en términos de intensidad, espacialidad, temporalidad o de sensaciones de intrusión física (constricción, incisión, tracción). Esta condición no es análoga a la sensación de amenaza. Mediante estudios de analgesia hipnótica se ha podido establecer la capacidad de experimentar sensaciones nociceptivas intensas sin producir la sensación desagradable que es inherente al dolor.

A partir de sistemas periféricos muy específicos, las vías nociceptivas establecen conexiones con el principal centro de integración y procesamiento de la actividad somatosensorial que se halla en el tálamo lateral y es conocido como núcleo ventrocaudal. K.D. Davis, et al.⁷ realizaron un interesante estudio mediante la implantación de microelectrodos en el tálamo de pacientes despiertos de forma que pudieran definir las cualidades y localizaciones del dolor que les era provocado por microestimulación a intervalos regulares. Estos autores fueron capaces de localizar en el tálamo lateral, pasando por el núcleo ventrocaudal, las descripciones de aspectos cualitativos del dolor presentes en MPQ que realizaban los pacientes tras microestimulación. Estos resultados mostraron la existencia de distintos sustratos anatómicos para esta función de discriminación cualitativa. Así, al tálamo lateral le es atribuida una actividad mediadora en los aspectos sensoriales-discriminantes del dolor, mientras que al tálamo medial corresponderían los aspectos afectivos-motivacionales. Otros fenómenos somatosensoriales capaces de producir sensaciones desagradables, como las que resultan de lesión neuropática (disestesias, parestesias), son sensaciones que no cumplen con la definición de dolor ya que no pue-

den explicarse en términos parecidos a los que resultan de estimulación de daño histórico.

La dimensión emocional

Ante cualquier estímulo, el cerebro es capaz de recurrir a un sistema que compartimos con otros mamíferos, basado en una forma de funcionamiento automático e imágenes ancestrales que interesa a conductas sociales, oníricas y sexuales, así como de atención, memoria y aprendizaje.

Las emociones constituyen el cuerpo de facultades del sistema nervioso que nos han permitido evolutivamente la supervivencia y adaptación mediante respuestas fisiológicas a distintos estímulos, produciendo un dominio de reacciones al entorno a que estamos sujetos que suceden de forma automática, lo que supone una ventaja en cuanto a la rapidez de respuesta. El hombre, racionalista militante, aunque escasamente practicante, a menudo olvida que la mayoría de decisiones relevantes están sometidas a un control emocional. Podríamos enumerar una serie de hechos cotidianos de estas características. Estos fenómenos tienen un componente abstracto que ocurre de forma inaccesible a la razón. La atención investigadora se ha centrado en la angustia, miedo, alegría, tristeza, vergüenza, culpa y envidia como emociones comunes de interés clínico.

Existe un sistema muy específico que Paul Broca denominó sistema límbico por limitar con el tronco del encéfalo (del latín *limbus*, «límite»). Este sistema contiene estructuras mesencefálicas como la amígdala y el hipocampo. Este último recibe información del tálamo y controla las respuestas vegetativas, el *gyrus cinguli* que rodea el cuerpo calloso descrito por James Papez⁸. Posteriormente, se han postulado como decisivas para el sistema límbico otras estructuras como el hipotálamo y el rinencéfalo.

La sensación percibida pone en marcha un sentimiento desagradable de intrusión que concita nuestra inmediata atención acompañada de reflejos vegetativos y se percibe como una amenaza provocando miedo y otras sensaciones emocionales que codeterminan los aspectos motivacionales-afectivos del dolor. En esta introducción se han enunciado definiciones alternativas de la emoción y, dentro de este término, existen varios miembros de la familia de las emociones que interesan al dolor. Todos estos fenómenos tienen en común el ser sensaciones desagradables y, como se explicó, tienen un valor escalable (pueden variar en intensidad) en contraste con los fenómenos cognitivos. Además, son íntimas y difícilmente accesibles

por un valorador externo (no existe una taxonomía universal comprensible).

La separación de estas facultades de otras racionales se pone en evidencia al observar que a menudo escapan al control racional. Este hecho puede reflejarse en la actividad de la amígdala, una de las estructuras implicadas en el sistema límbico, que recibe menos información de las áreas corticales comparado con la multitud de estas estructuras con las que establece conexiones. Tal fenómeno, nos recuerda rápidamente un escrito de A. Schopenhauer⁹ en el que refiere: «El intelecto es extraño a la voluntad hasta el punto de ser engañado con frecuencia por ella; [...] Es un confidente de la voluntad al cual no se lo dice todo».

La importancia de la valoración de este constructo viene determinada de la propia naturaleza desagradable del dolor, una facultad que concita la puesta en marcha de respuestas automáticas inmediatas. No en vano es común que sean los descriptores de índole afectiva los que aportan una mayor capacidad discriminante en pacientes con dolor de causa orgánica establecida¹⁰.

La dimensión cognitiva

La presencia de dolor produce un inmediato análisis de la nueva situación, en términos de interrupción inmediata del transcurso vital, expectativas sobre las consecuencias futuras o el deseo de volver al estado previo de ausencia del dolor. Éstas son valoradas por el sujeto mediante una actividad claramente cognitiva¹¹. Este proceso involucra una plétora de vías ascendentes que realizan interconexiones con áreas cerebrales corticales, subcorticales y constituyen una elaborada red con áreas especializadas en el procesamiento de estímulos somatosensoriales, atención, memoria, evaluación cognitiva, afectividad y motivación¹².

Queda por demostrar cómo se codifican las magnitudes de las distintas dimensiones del dolor a este nivel. Mediante técnicas de neuroimagen, se ha podido cartografiar la contribución relativa de distintas áreas cerebrales tras la activación dolorosa dependiente de la intensidad. El estímulo calórico realiza un reclutamiento de nuevas áreas conforme aumenta la intensidad¹³. Las estructuras involucradas resultaron estar relacionadas con componentes de dolor: áreas SI y SII, corteza somatosensorial primaria y secundaria (aspectos cuantitativos y cualitativos de la sensación dolorosa, respectivamente), área motora suplementaria (SMA) y corteza premotora ven-

tral (control motor), corteza anterior cingulada o ACC (atención, desagrado y evaluación), ínsula (sensación de amenaza) y procesamiento en tálamo y *putamen*¹⁴. Tanto la dimensión afectiva como la cognitiva muestran una sensibilidad a variaciones de la intensidad del estímulo. Esta poderosa interdependencia hace que resulte muy difícil la cuantificación específica de la dimensión cognitiva.

Las expectativas sobre el transcurso del dolor son capaces de modular de forma significativa la percepción de la intensidad del dolor¹⁵. El estudio de las características cognitivas del dolor nos acerca al estudio de la misma consciencia del ser donde se dan cita la sensación, percepción, el significado y las bases del comportamiento derivado. A pesar de que las actividades que tienen lugar son conocidas, se han hecho pocos esfuerzos para obtener métodos de valoración sistemática que reflejen este componente.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL MPQ

Se analizan en esta sección aquellos estudios que han juzgado el grado en que MPQ satisface las propiedades psicométricas.

La validez

La validez de contenido

El MPQ ha sido construido utilizando ítems relevantes en el dolor extraídos del vocabulario de pacientes con dolor y ordenados a partir de una construcción teórica. Sus contrapartidas en español han sido realizadas, bien traduciendo los ítems presentes en el MPQ original¹⁶⁻¹⁸, como realizando versiones que siguen la misma metodología que el original^{19,20}. Las primeras se asocian a la dificultad de encontrar equivalencias semánticas (de significado)²¹ y equivalencias métricas (intensidad asociada al descriptor)²²; en el caso de las versiones, se asegura mayor comprensión y adaptación cultural, pero esta modalidad consume más tiempo y esfuerzo.

La consistencia interna

La adecuación de la adscripción de los descriptores dentro de las subclases ha sido analizada mediante técnicas de agrupamiento y clasificación directa sometida a un análisis de agrupamientos (*cluster analysis*) realizado sobre la matriz de similitud resultante, resultando en una solución de 20 grupos que, por su

similitud con MPQ, confirmó una correcta clasificación de descriptores²³.

Otros estudios se han ocupado del ordenamiento de los descriptores dentro de las subclases, lo que les confiere su valor rango. Al utilizar una solución unidimensional, los valores asignados a los descriptores no cumplían con el tipo de clasificación interválico²⁴.

La especificidad

Esta característica analiza la capacidad para diferenciar entre grupos de pacientes con fines taxonómicos y diagnósticos, o bien de ajustarse de forma específica al constructo que se pretende valorar en contraste con otras situaciones adyacentes a dicho constructo.

A pesar de estar construido de forma muy cuidadosa y sobre una base teórica sólida, el MPQ, y también otras escalas, podrían reflejar una tendencia generalizada a responder de forma negativa a los entrevistadores, especialmente en casos de gravedad (dolor neoplásico); en este caso las respuestas se situarían en una única dimensión y carecerían de capacidad para discriminar entre negatividad, dolor u otros componentes. Esta cuestión fue aclarada mediante matrices de correlación, resultando en que el MPQ resulta una medida específica de los constructos que pretende medir²⁵.

La validez discriminante

Algunos autores ha sugerido el uso del MPQ como una escala unidimensional al hallar correlaciones moderadas entre las tres dimensiones presentes. Sólo un tercio de la varianza podía ser explicada por estos factores separados, mientras que dos tercios se asociaban a un factor común de más alto orden, hecho que los autores reconocieron como una falta de validez discriminante²⁶. Sin embargo, otros investigadores afirman que el MPQ no debe ser analizado de la misma forma que otros instrumentos de valoración psicológica, ya que estos últimos valoran dimensiones distintas y empíricamente no correlacionadas; en contraste las dimensiones presentes en el MPQ no son necesariamente independientes²⁷. Este extremo se explicará con mayor profundidad al abordar la estructura factorial del MPQ.

Se ha descrito la capacidad del MPQ de discriminar entre dolor agudo, observando una mayor utilización de descriptores de la categoría sensitiva, y dolor crónico con mayor frecuencia de descriptores de

índole afectiva y evaluativa²⁸, así como la posibilidad de obtener clasificaciones correctas sobre distintos síndromes clínicos de dolor a partir de las puntuaciones obtenidas. Así, en pacientes afectos de distintos síndromes dolorosos, y mediante análisis múltiple discriminante de sus respuestas, se determinó que era posible clasificar correctamente el 77% de pacientes dentro de los grupos diagnósticos²⁹. Otros estudios determinaron patrones de descriptores para diferenciar lumbalgia orgánica de funcional, con una concordancia de 87% entre diagnóstico médico y clasificación psicométrica³⁰, o bien identificaron descriptores clave para establecer diagnóstico diferencial entre neuralgia del trigémino y dolor facial atípico³¹. La categoría afectiva del MPQ ha tenido un valor predictivo sobre las puntuaciones obtenidas en varias escalas de depresión³².

La sensibilidad

Tal vez la más importante cualidad de una escala psicométrica aplicada al área del dolor sea su sensibilidad, definida como la capacidad de detectar cambios en el transcurso del dolor ligados a su evolución natural o debido a la intervenciones médicas. Sin una sensibilidad adecuada, resulta difícil realizar estimaciones sobre el nivel de dolor o determinar la eficacia de los efectos de los tratamientos analgésicos. Así, el MPQ ha mostrado sensibilidad a los cambios de percepción del dolor que ocurren tras realizar intervenciones diseñadas para reducirlo³³.

La estructura factorial del MPQ

Como punto de partida, el MPQ es un instrumento basado en evidencias empíricas (descripciones del dolor) y cuyas categorías presentes reflejan las tres dimensiones implicadas en su percepción de acuerdo con una construcción teórica basada en evidencias sobre sus componentes (categorías sensitiva, afectiva y evaluativa) según R. Melzack y K.L. Casey³.

El cuestionario debe administrarse leyendo cada una de las subclases al paciente, pidiéndole que indique aquellos descriptores que coinciden con el dolor que padece. El paciente puede elegir uno o ningún descriptor por cada subclase. Los índices que se obtienen del MPQ son:

- *Pain Rating Index Total* (PRI-T): la suma de todos los valores rango de los descriptores elegidos por el paciente. El mismo proceso puede realizarse limitando la suma a cada una de las tres categorías del MPQ, y así se obtiene *Pain Rating Index*

Sensorial (PRI-S), *Pain Rating Index Affective* (PRI-A) y *Pain Rating Index Evaluative* (PRI-E). Un procedimiento interesante consiste en sumar los valores rango obtenidos en una dimensión, dividiéndolos posteriormente por el valor máximo posible en esa dimensión, de esa forma se transforma el PRI en valores que van de 0-1³⁴.

- *Number of Words Chosen Total* (NWC-T): el número de descriptores elegidos por el paciente.

El mismo proceso puede realizarse limitando el número a cada una de las tres categorías del MPQ, con lo que se obtiene *Number of Words Chosen Sensorial* (NWC-S), *Number of Words Chosen Affective* (NWC-A) y *Number of Words Chosen Evaluative* (NWC-E). Este índice ha caído en desuso, por lo menos en lo que a investigación se refiere. Algunos autores se han dedicado a analizar hasta qué punto puede afirmarse que mediante estas puntuaciones estamos midiendo construcciones distintas de un mismo proceso. En otras palabras, ya que es la teoría la que ha decidido lo que podemos observar, analicemos si esas dimensiones presentes están correctamente representadas en el cuestionario. Así, numerosos estudios se han dirigido a evaluar las respuestas del MPQ de pacientes afectos de síndromes dolorosos, con el fin de conocer de un modo más profundo la estructura del cuestionario. Como resultado, se ha llegado a una situación de opiniones encontradas respecto al número de dimensiones presentes en el dolor, y la necesidad de que se vean plasmadas dentro del cuestionario. Para ello, se han utilizado diversos métodos que se comentan brevemente a continuación.

Los métodos multivariantes, como análisis de conglomerados (*cluster analysis*) y análisis multidimensional de escalas (*multidimensional scaling*, en literatura inglesa), han confirmado en general la estructura del MPQ. El análisis multidimensional de escalas se basa en la observación del grado de similitud entre pares de elementos dentro de un dominio, que se lleva a cabo relacionando estos elementos (v. g. descriptores) en un espacio abstracto donde las distancias determinan la similitud. Otro tipo de estudios pone a prueba el instrumento dentro de un marco clínico; en este caso, algunos autores³⁵ han avisado sobre la posibilidad de que diferencias entre las muestras de pacientes den lugar a diferencias de resultados, con lo que se hace más difícil estudiar el cuestionario con el que han sido evaluados. Es decir, estos análisis realizan cálculos mediante correlaciones matriciales basándose en datos de una muestra, y aplicados a poblaciones distintas, imponen una métrica distinta para cada población, dado que la matriz de

correlaciones se obtiene mediante variables específicas de la muestra, como la media y su varianza.

Otro modo de responder a la pregunta sobre si son correctas las dimensiones existentes y la adscripción de subclases a estas categorías, se realiza utilizando el análisis factorial exploratorio (EFA) del que se obtuvieron modelos bifactoriales³⁶, penta-factoriales³⁷ y heptafactoriales³⁸. Estos análisis recibieron críticas por ser poco adecuados para el estudio de modelos con factores establecidos *a priori*, en este caso el trifactorial como representación de la teoría en la que se basa el MPQ. Para superar este inconveniente, se han llevado a cabo análisis factoriales confirmatorios de factores (CFA) que determinan si el modelo teórico es capaz de explicar las observaciones realizadas. Este modelo requiere que el investigador especifique *a priori* las relaciones entre las variables, dando lugar a un índice de bondad de ajuste (*goodness of fit index*) que explica hasta qué punto se ajusta la estructura estudiada a la varianza observada en un rango inferido de 0-1. Este modelo confirma que la estructura trifactorial presente es adecuada, si bien propone el uso del MPQ en su valor total PRI-T, ya que no reconoce validez discriminante entre las dimensiones presentes³⁹. Para complicar un poco más esta cuestión, se ha sugerido que las dimensiones pueden estar representadas de forma diversa en dolor agudo y crónico, lo que ha llevado a nuevos análisis confirmatorios dirigidos solamente a pacientes de dolor agudo, dando de nuevo impulso al modelo trifactorial original⁴⁰. Estas conclusiones son, para W.S. Torgerson⁴¹, debidas a la confusión que se crea entre los términos significado semántico y significado asociativo. En el caso del MPQ, los descriptores están ordenados de acuerdo con su significado semántico, mientras en los estudios de análisis factorial (análisis multidimensional de escalas) serían adecuados si los descriptores se organizaran de acuerdo con un contexto específico de asociación⁴¹. Algunos autores han hecho notar que MPQ no debiera ser analizado en la forma en que se realiza con otros instrumentos psicométricos utilizados en psicología, ya que las categorías presentes no son necesariamente independientes²⁷.

Otro modelo alternativo, denominado semántico, contiene tres factores: acción sensitiva, evaluación sensitiva y evaluación afectiva⁴². A diferencia de la organización teórica establecida por la teoría de la puerta de entrada⁴³ no contempla la existencia de la categoría evaluativa. De hecho, diversos estudios sostienen la distinción entre categoría sensorial y afectiva, pero esta línea divisoria se hace más difusa

Categoría sensorial	8. Tracción	15. Miscelánea sensorial III
1. Temporal I	1. Tirantez 2. Como un tirón 3. Como si estirara 4. Como si arrancara 5. Como si desgarrara	1. Seco 2. Martillazos 3. Agudo 4. Como si fuera a explotar
1. A golpes 2. Continuo		
2. Temporal II	9. Térmicos I	Categoría emocional
1. Periódico 2. Repetitivo 3. Insistente 4. Interminable	1. Calor 2. Como si quemara 3. Abrasador 4. Como hierro candente	16. Tensión emocional
		1. Fastidioso 2. Preocupante 3. Angustiante 4. Exasperante 5. Que amarga la vida
3. Localización I	10. Térmicos II	17. Signos vegetativos
1. Impreciso 2. Bien delimitado 3. Extenso	1. Frialdad 2. Helado	1. Nauseante
4. Localización II	11. Sensibilidad táctil	18. Miedo
1. Repartido (en una zona) 2. Propagado (a otras partes)	1. Como si rozara 2. Como un hormigueo 3. Como si arañara 4. Como si raspara 5. Como un escozor 6. Como un picor	1. Que asusta 2. Temible 3. Aterrador
5. Punción	12. Consistencia/matidez	Categoría evaluativa
1. Como un pinchazo 2. Como agujas 3. Como un clavo 4. Punzante 5. Perforante	1. Pesadez	19. Evaluación global
6. Incisión	13. Miscelánea sensorial I	1. Débil 2. Soportable 3. Intenso 4. Terriblemente molesto
1. Como si cortara 2. Como un cuchillada	1. Como hinchado 2. Como un peso 3. Como un flato 4. Como espasmos	
7. Constricción	14. Miscelánea sensorial II	
1. Como un pellizco 2. Como si apretara 3. Como agarrotado 4. Opresivo 5. Como si exprimiera	1. Como latidos 2. Concentrado 3. Como si pasara la corriente 4. Calambrazos	

Figura 1. El McGill Pain Questionnaire Spanish Version de C. Lázaro, et al.⁵⁰.

entre la categoría afectiva y la evaluativa⁴⁴. Incluso en su forma corta (MPQ-SF), se ha corroborado el modelo bifactorial que contiene la dimensión sensitiva y afectiva⁴⁵.

Consideraciones adicionales sobre el MPQ

Ningún cuestionario de dolor puede, de forma aislada, evaluar la variedad de fenómenos que subyacen en la experiencia dolorosa. El MPQ ha supuesto la introducción de un método de valoración multidimensional basado en la descripción verbal, de acuerdo con la preferencia general de los pacientes por

las escalas verbales en comparación con la escala visual analógica o la numérica⁴⁶.

El uso de escalas de valoración de la afectividad general en pacientes de dolor (v. g. MMPI) ha sido criticado teniendo en cuenta la hostilidad que provocan en algunos pacientes dado que, además del tiempo necesario para cumplimentarlas, consideran que muchas de las preguntas incluidas resultan irrelevantes o implican que el dolor puede ser un producto de la imaginación del paciente³⁰. Este extremo resulta interesante en pacientes que, de hecho, ya son frecuentemente sensibles a cualquier implicación de psicogenicidad atribuida a su dolor, pro-

vocando, debido a la hostilidad percibida, respuestas en una forma poco abierta y honesta y el subsiguiente rechazo a seguir las indicaciones terapéuticas. El MPQ, sin embargo, está construido de tal forma que no produce este tipo de alienación en el paciente⁴⁷.

Se admite el hecho de que en determinados procesos nosológicos en que los criterios de clasificación y diagnóstico pueden quedar oscurecidos por inusuales formas de presentación, el MPQ puede proveer de una ayuda adicional para la toma de decisiones debido a un componente descriptivo presente en esta escala⁴⁸. El MPQ es una escala diseñada para una valoración específica del dolor que permite la evaluación del grado de *distress* afectivo que sufre el paciente.

Las correlaciones halladas entre registros diarios de intensidad y duración del dolor en pacientes afectos de cefalea resultaron significativas, no así entre intensidad y frecuencia de aparición⁴⁹.

Adaptación del MPQ al español

Distintas adaptaciones del MPQ en español han sido realizadas, bien traduciendo los ítems presentes en el MPQ original^{16,17}, bien mediante versiones que siguen la misma metodología de elaboración que el original^{18-20,50}. Las primeras se asocian a la dificultad de encontrar equivalencias semánticas (de significado)²¹ y equivalencias métricas (intensidad asociada al descriptor)²²; en el caso de las versiones se asegura mayor comprensión y adaptación cultural, si bien esta modalidad consume más tiempo y esfuerzo.

La versión que ha sido más ampliamente estudiada, en cuanto a sus propiedades psicométricas, fue el MPQ-SV⁵⁰ (Fig. 1). Así, se ha analizado la comprensión del MPQ-SV en diversos países de habla hispana, obteniéndose unos resultados que indican la posibilidad de una adecuada utilización transcultural de este instrumento, dada su comprensión y la similitud en sus índices de consistencia interna a lo largo de distintas muestras socioculturales⁵¹. Asimismo, MPQ-SV ha mostrado validez concurrente con otras escalas ampliamente utilizadas para valorar dolor⁵⁷.

La sensibilidad fue estudiada analizando las puntuaciones obtenidas en pacientes con dolor postoperatorio, mostrándose capaz de determinar los cambios que ocurren a lo largo del postoperatorio, y de forma muy interesante mostró una capacidad para discriminar entre tratamientos que abordan distintas vías

de dolor y entre la gravedad de los procesos quirúrgicos por encima de las escalas de intensidad de dolor⁵².

En cuanto a su estructura factorial, A.I. Masedo y R. Esteve⁵³ han comparado tres modelos alternativos de estructura del MPQ-SV: unidimensional, clásico tridimensional y semántico, llegando a la conclusión de que el modelo clásico trifactorial provee de una estructura más adecuada que el modelo unifactorial, ya que explica mejor la covarianza de los datos; sin embargo, el modelo semántico era capaz de explicar mejor la covarianza entre los ítems presentes, tanto para pacientes agudos como para crónicos, posiblemente debido a que este modelo no incluye la categoría evaluativa. Los autores concluyen que las escalas sensorial y afectiva son sólidas, pero debiera desarrollarse una categoría evaluativa dentro del MPQ-SV que explicara mejor el juicio global y subjetivo de la experiencia dolorosa⁵³. Este extremo ya había sido anticipado en la versión original del MPQ⁵⁴. Se ha conseguido destacar las características descriptivas más relevantes del dolor de los pacientes afectos de neuropatía postherpética utilizando MPQ-SV⁵⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Melzack R, Torgerson WS. On the language of pain. *Anesthesiology* 1971;34:50-9.
2. Dallenbach KM. Somesthesia. En: *Introduction to psychology*. Nueva York: Wiley; 1939. p. 608-25.
3. Melzack R, Casey KL. Sensory, motivational and central control determinants of pain: a new conceptual model. En: *The skin senses*. Springfield: Thomas; 1968. p. 423-43.
4. Hardy JD, Wolff HG, Goodell H. Pain sensations and reactions. Baltimore: Williams & Wilkins; 1952.
5. Sherrington DS. The integrative action of nervous system. Nueva York: Scribner's; 1906.
6. Price D. Psychological mechanisms of pain and analgesia. En: *Pain research and management*. Vol 15. Seattle: IASP Press; 1999.
7. Davis KD, Tasker RR, Kiss ZH, Hutchinson WD, Dostrovsky JO. Visceral pain evoked by thalamic microstimulation in humans. *Neuroreport* 1995;6:369-74.
8. Papez JW. A proposed mechanism of emotion. *J Neuropsychiat Clin Neurosci* 1995;7:103-12.
9. Schopenhauer A. El mundo como voluntad y representación. Madrid: Aguilar; 1927. p. 764.
10. Melzack R, Terrence C, Fromm G, Amsel R. Trigeminal neuralgia and atypical facial pain: use of the McGill Pain Questionnaire for discrimination and diagnosis. *Pain* 1996;27:297-302.
11. Cunningham WA, Raye CL, Johnson MK. Neural correlates of evaluation associated with promotion and prevention regulatory focus. *Cog Affect Behav Neurosci* 2005;5:202-11.
12. Muñoz M, Esteve R. Reports of memory functioning by patients with chronic pain. *Clin J Pain* 2005;21:287-91.
13. Coghill RC, Sang CN, Maisong JM, Iadarola MJ. Pain intensity processing in the human brain: a bilateral distributed mechanism. *J Neurophysiol* 1999;82:1934-43.
14. Vogt BA, Laureys S. Posterior cingulate, precuneal and retrosplenial cortices: cytology and components of the neural network correlates of consciousness. *Prog Brain Res* 2005;150:205-17.
15. Baker SL, Kirsch I. Cognitive mediators of pain perception and tolerance. *J Personality Soc Psychol* 1991;62:504-10.
16. Lahuerta J, Smith BA, Martínez Lage JM. An adaptation of the McGill Pain. Questionnaire to the Spanish language. *Schmerz*, 1982;3:132-4.

17. Molina BC, Molina JC, Coppo C. The Argentine Pain Questionnaire. *Pain* 1984;Suppl 2:42.
18. Bejarano PF, Noriega O, Rodríguez ML, Berrio G. Evaluación del dolor: adaptación del cuestionario de McGill. *Revista Colombiana de Anestesiología* 1985;13:321-51.
19. Ruiz-López R, Ferrer I, Pagerols A. The Spanish Pain Questionnaire. *Pain* 1990;Suppl 5:304.
20. Escalante A, Lichtenstein MJ, Ríos N, Hazuda HP. Measuring chronic rheumatic pain in Mexican Americans: cross-cultural adaptation of the McGill Pain Questionnaire. *J Clin Epidemiol* 1996;49:1389-99.
21. Strand LI, Wisnes AR. The development of a Norwegian pain questionnaire. *Pain* 1991;46:61-6.
22. Kim HS, Schwartz-Barcott D, Holter IM, Lorensen M. Developing a translation of the McGill pain questionnaire for cross-cultural comparison: an example from Norway. *J Adv Nurs* 1995;21:421-6.
23. Melzack R. Pain measurement and assessment. Nueva York: Raven Press; 1983. p. 57.
24. Reading AE. An analysis of the language of pain in chronic and acute patient groups. *Pain* 1982;13:185-92.
25. Greenwald HP. The specificity of quality-of-life measures among the seriously ill. *Med Care* 1987;25:642-51.
26. Holroyd KA, Holm JE, Keefe FJ, et al. A multi-center evaluation of the McGill Pain Questionnaire: results from more than 1700 chronic pain patients. *Pain* 1992;48:301-11.
27. Gracely RH. Evaluation of multidimensional pain scales. *Pain* 1992;48:297-300.
28. Reading AE, Everitt BS, Sledmere CM. The McGill Pain Questionnaire: a replication of its construction. *Br J Psychol* 1982;21(Pt 4):339-49.
29. Dubuisson D, Melzack R. Classification of clinical pain descriptors by multiple group discriminant analysis. *Exp Neurol* 1976;51:480-7.
30. Leavitt F, Garron D. Validity of a back pain classification scale for detecting psychological disturbance as measured by MMPI. *J Clin Psychol* 1980;36:186-9.
31. Melzack R, Terrence C, Fromm G, Amsel R. Trigeminal neuralgia and atypical facial pain: use of the McGill Pain Questionnaire for discrimination and diagnosis. *Pain* 1986;27:297-302.
32. McCreary CP, Turner J, Dawson E. MMPI as a predictor of response to conservative treatment of low back pain. *J Clin Psychol* 1979;35:278-84.
33. Briggs M. Surgical wound pain: a trial of two measurements. *J Wound Care* 1996;5:456-60.
34. Kremer EF, Atkinson JH, Ignelzi RJ. Pain measurement: the affective dimensional measure of the McGill Pain Questionnaire with a cancer pain population. *Pain* 1982;12:153-63.
35. Holroyd KA, Holm JE, Keefe FJ, et al. A multi-center evaluation of the McGill Pain Questionnaire: results from more than 1700 chronic pain patients. *Pain* 1992;48:301-11.
36. Kremer E, Atkinson JH. Pain language as a measure of effect in chronic pain patients. En: Melzack R, ed. *Pain measurement and assessment*. Nueva York: Raven Press; 1983; p.119-27.
37. Crockett DJ, Prcacin KM, Craig KD. Factors of the language of pain in patient and volunteer groups. *Pain* 1977;4:175-82.
38. Leavitt F, Garron DC, Whisler WW, Sheinkop MB. Affective and sensory dimensions of back pain. *Pain* 1978;4:273-81.
39. Turk D, Rudy TE, Salovey P. The McGill Pain Questionnaire reconsidered: confirming the factor structure and examining appropriate uses. *Pain* 1985;21:386-97.
40. Lowe NK, Walker SN, McCallum RC. Confirming the theoretical structure of the McGill Pain Questionnaire in acute clinical pain. *Pain* 1991;46:53-60.
41. Torgerson WS. Critical issues in verbal pain assessment: multidimensional and multivariate issues. Washington: American Pain Society Abstracts; 1988.
42. Donaldson GW. The factorial structure and stability of the McGill Pain Questionnaire in patients experiencing oral mucositis following bone marrow transplantation. *Pain* 1995;62:101-9.
43. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science* 1965;150:971-9.
44. Verkes RJ, Van der Kloot WA, Van der Meij J. The perceived structure of 176 pain descriptive words. *Pain* 1989;38:219-29.
45. Beattie PF, Dowda M, Feuerstein M. Differentiating sensory and affective-sensory pain descriptions in patients undergoing magnetic resonance imaging for persistent low back pain. *Pain* 2004;110:189-96.
46. Kremer E, Atkinson JH, Ignelzi RJ. Measurement of pain: patient preference does not confound pain measurement. *Pain* 1981;10(2):241-8.
47. Morgan CD, Kremer EF, Gaylor M. The behavioral medicine unit: a new facility. *Comprehensive Psychiatry* 1979;20:79-89.
48. Katz J, Melzack R. Measurement of pain. *Surg Clin North Amer* 1999;79:231-52.
49. Hunter M, Philips C. The experience of headache pain: an assessment of the qualities of tension headache pain. *Pain* 1981;10:209-19.
50. Lázaro C, Bosch F, Torrubia R, Baños JE. The development of a Spanish questionnaire for assessing pain: preliminary data concerning reliability and validity. *Eur J Psychol Assess* 1994;10:145-51.
51. Lázaro C, Caseras X, Whizar-Lugo VM, et al. Psychometric properties of McGill Pain Questionnaire-Spanish Version: (MPQ-SV) in several Spanish-speaking countries. *Clin J Pain* 2001;17:365-74.
52. Lázaro C, Caseras X, Torrubia R, Baños JE. Measurement of postoperative pain: analysis of the sensitivity of various self-evaluation instruments. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2003;50:230-6.
53. Masado AI, Esteve R. Some empirical evidence regarding the validity of the Spanish version of the McGill Pain Questionnaire (MPQ-SV). *Pain* 2000;85:451-6.
54. González R, Ferrer VA. Evaluación del paciente con dolor crónico. En: Casullo MM, ed. *Evaluación psicológica en el campo de la salud*. Barcelona: Paidós ibérica; 1996. p. 163.
55. Lázaro C, Caseras X, Baños JE, the Catalanian Group for the Study of Postherpetic Neuralgia. Postherpetic neuralgia: a descriptive analysis of patients seen in pain clinics. *Regional Anesth Pain Med* 2003;28:315-20.