

El cuestionario de dolor de McGill (*McGill Pain Questionnaire* -MPQ) : consideraciones lingüísticas y estadísticas¹

The Mc Gill Pain Questionnaire – MPQ : Linguistic and Statistical Consideration

Gregory J. Boyle²
Ephrem Fernández³
Generós Ortet⁴

Resumen

El cuestionario del dolor de McGill (Melzack, 1975) es el instrumento de evaluación de dolor de mayor difusión. El MPQ consta de 20 subclases de descriptores verbales de dolor que miden las dimensiones (categorías) *sensorial*, *afectiva* y *evaluativa*. También se otorga una puntuación de intensidad para cada descriptor dentro de cada subclase. Seis de los 84 ítems permiten obtener un índice que mide la intensidad del dolor en su conjunto. No obstante, a pesar de su popularidad internacional (se ha traducido a lo menos a 15 idiomas diferentes, incluidos el castellano y el portugués), el MPQ presenta algunas limitaciones psicométricas importantes que afectan su validez. Por ejemplo, los sistemas de puntuación resultan complicados psicométricamente, lo que genera dudas sobre la fiabilidad de las puntuaciones de las subclases; varios descriptores verbales pertenecientes a la dimensión *evaluativa*, en realidad describen aspectos *afectivos*; y algunos descriptores son difíciles de comprender por muchos pacientes.

También aparecen problemas por el número desigual de descriptores dentro de las subclases, el número distinto de subclases dentro de cada categoría, la variabilidad en los rangos y en las puntuaciones de intervalo de los descriptores, la ambigüedad de algunos descriptores y la poca correspondencia entre las traducciones. Asimismo, comparada con la dimensión *sensorial*, la proporción de varianza explicada por la dimensión *afectiva* es tan sólo del 50%, mientras que la dimensión *evaluativa* explica un mero 10%. La poca estabilidad de la estructura factorial del MPQ resulta también problemática y sólo tres categorías pueden llevar a la pérdida de información diagnóstica debido a la restricción de la varianza. De hecho, varios estudios han sugerido que se necesita una amplia reestructuración del MPQ. En este sentido, se

¹Based on a paper presented at the 1st "Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud" Granada, España, noviembre 24-27, 1999. Abstract in *Avances recientes en psicología clínica y de la salud : Libro de resúmenes/resumos/proceedings*, Granada : Fundación VECA/APICSA, p. 247.

²Universidad Bond y Universidad de Queensland, Australia, email : gregb@bond.edu.au

³Southern Methodist University, Estados Unidos

⁴Universitat Jaume I de Castelló, España

ofrecen sugerencias basadas en trabajos empíricos con el MPQ en un intento de mejorar un instrumento de evaluación del dolor muy valioso y aceptado.

Palabras claves: dolor, cuestionario

Abstract

The McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1975) is the most widely used pain assessment instrument in the world. The MPQ comprises 20 subcategories of verbal (single-word) pain descriptors (e.g., *cutting, crushing, burning, stinging*) intended to measure the *sensory, affective, and evaluative* components of pain. Pain descriptors are ranked according to intensity within each subcategory. Six of the 84 items are incorporated into a Present Pain Index (PPI) which measures overall pain intensity. Nevertheless, despite its international popularity (translated into at least 15 different languages, including Spanish, French and Portuguese), the MPQ has some severe psychometric limitations that undermine its validity. For instance, scoring systems remain psychometrically complicated, raising doubts about the reliability of subcategory scores. In addition, several verbal descriptors pertaining to the *evaluative* component of pain really describe *affective* aspects. Also, some descriptors (e.g., *lancinating* and *rasping*) are not easily understood by many pain patients. Problems also arise from unequal numbers of descriptors within subclasses, the discrepant number of subclasses within each component, variability in ranks and interval ratings of pain descriptors, ambiguity of some descriptors (e.g., *flashing* pertains to brightness as well as to frequency), and the non-equivalence of translations of descriptors. Compared with the *sensory* domain, the proportion of variance accounted for by the *affective* domain is no more than 50%, while the *evaluative* domain accounts for a mere 10% of variance. Instability of the MPQ factor structure is problematic, and reliance on only the tripartite (sensory, affective, and evaluative) domains may lead to loss of diagnostic information due to restriction of variance associated with possible underfactoring. Indeed, several studies have suggested that extensive restructuring of the MPQ instrument is needed. Accordingly, some positive suggestions based on empirical findings with the MPQ are offered in an attempt to refine what is undoubtedly a valuable and time-honoured pain assessment instrument.

Keywords : pain, questionnaire

Cuando fue creado, el cuestionario de dolor de McGill (*McGill Pain Questionnaire*-MPQ) (Melzack, 1975, 1985; Melzack y Katz, 1992) se convirtió en el primer intento sistemático de organizar en un instrumento la medición y diagnóstico del dolor de palabras en inglés relacionadas con el mismo. El MPQ es un cuestionario multidimensional de 84 ítems para la evaluación de los síndromes del do-

lor. En la actualidad, después de 25 años, es el instrumento más citado en la investigación en este ámbito (más de 1000 citas sólo en el MEDLINE). Posiblemente, es también el cuestionario de evaluación del dolor que goza de una mayor difusión, habiendo sido traducido al menos a 15 idiomas diferentes, incluido el castellano (véanse Castro, Castro y Martínez, 1997; Lázaro y Baños, 1998; Lázaro, Bosch, Torrubia y Baños, 1994).

El MPQ consta de 78 palabras (descriptores) de dolor agrupadas en las dimensiones o categorías sensorial, afectiva y evaluativa. El cuestionario se divide en 20 subclases, con descriptores puntuados de acuerdo con su intensidad dentro de cada subclase. Un índice de intensidad del dolor (*Present Pain Index* -PPI) mide la intensidad en su conjunto (a partir de sólo seis descriptores). La administración dura inicialmente de 15 a 20 minutos, siendo sólo de 5-10 minutos el retest. Una forma abreviada (*short-form* -MPQ-SF) consta de 15 descriptores (11 sensoriales y 4 afectivos) (Melzack, 1987), incluyendo el índice PPI y una escala analógica visual (*Visual Analogue Scale* -VAS) para medir la intensidad del dolor.

La dimensión sensorial se divide en 10 subclases que representan diferentes cualidades sensoriales de dolor: consistencia/matidez (*dullness*), sensibilidad táctil (*brightness*), frialdad (*coldness*), calor (*hotness*), tracción (*traction*), constricción (*constrictive pressure*), incisión (*incisive pressure*), punción (*punctate pressure*), localización (*spatial*) y duración (*temporal*). La dimensión afectiva comprende cuatro subclases relacionadas con las emociones que se denominan: tensión (*tension*), signos vegetativos (*autonomic*), miedo (*fear*) y castigo (*punishment*). En la única subclase evaluativa se presentan descriptores de la intensidad del dolor. También están presentes cuatro subclases denominadas misceláneas en las que se incluyen descriptores de difícil adscripción, pero consideradas de interés clínico. Además, existe una categoría, (Nº 20) añadida posteriormente por Melzack, la cual consiste en descriptores que miden afecto, de modo que podría considerarse como una subclase de "miscelánea afectiva". Cada descriptor está ubicado en una de las subclases arriba mencionadas y se obtiene un índice de intensidad y una puntuación de rango en comparación a otros descriptores en la misma subclase. Por ejemplo, el descriptor *como si*

quemara (*burning*) es la subclase de calor (términos I) más alta y tiene una intensidad de 2,95 en un intervalo de 1-5, así como un rango de 2, dado que es el segundo menos intenso de los cuatro descriptores en el grupo. Por otro lado, el descriptor *aterrador* (*terrifying*) se encuentra en la subclase de miedo y tiene una intensidad de 3,95 en la escala de cinco puntos y un rango de 3, ya que es el de mayor intensidad de los tres descriptores de este grupo. Con la simple suma de los valores de intensidad o los rangos de los descriptores seleccionados en las dimensiones correspondientes, se obtiene un índice cuantitativo de la sensación de dolor del paciente, del afecto que conlleva y del dolor en su conjunto. Hay que tener en cuenta que las puntuaciones de rango resultan confusas dado que el número de descriptores es desigual en cada subclase. Por tanto, se han propuesto diferentes métodos de puntuación incluyendo una escala analógica visual (VAS) para cada descriptor (Charter y Nehemkis, 1993), un valor de rango sobre el lugar que ocupa en la subclase (Deschamps et al., 1988) y la ponderación de los rangos mediante un factor corrector (Melzack et al., 1985). Sin embargo, las puntuaciones de cada subclase se suman para dar lugar a las puntuaciones de las dimensiones sensorial, afectiva y evaluativa del dolor.

Así, los sistemas de puntuación del MPQ resultan psicométricamente complicados, lo que genera dudas sobre la fiabilidad de las puntuaciones de las subclases (Bernt, 1991). Las subclases incluyen un número muy dispar de descriptores del dolor (que va de dos a seis palabras descriptoras), por tanto se explican proporciones muy diferentes de varianza y no es posible la comparación directa entre las puntuaciones de las subclases. Además, el número de subclases ubicadas en cada dimensión difiere ampliamente, sensorial (10), afectiva (4) y evaluativamente (1).

Por consiguiente, en comparación con la dimensión sensorial, la proporción de varianza explicada por la dimensión afectiva

es tan sólo del 50%, mientras que para la dimensión evaluativa se aprecia un mero 10% de la varianza. El hecho de recurrir a sistemas sofisticados de puntuación (e.g., Deschamps et al., 1988) no ha resuelto estas limitaciones psicométricas (Jensen et al., 1989), ocasionadas por la complejidad del propio MPQ.

La estructura tripartita del MPQ fue apoyada por los primeros estudios factoriales, aunque la evidencia para un factor evaluativo fue más bien débil. Éste acostumbraba a confundirse con el factor afectivo (e.g., Bailey y Davidson, 1976; Burckhardt, 1984), lo que resulta comprensible, dado que algunos de los descriptores de la categoría evaluativa del MPQ (tales como *débil -annoying-* y *soportable -troublesome*) de hecho describen afecto.

En relación con la validez concurrente, las correlaciones entre MPQ y VAS son a veces inconsistentes, lo que sugiere que las propiedades psicométricas del MPQ podrían variar en diferentes grupos de pacientes (Bernt, 1991). Asimismo, el valor predictivo del MPQ está lejos de ser óptimo. Algunos de los descriptores de este instrumento (e.g., *perforante -lancinating*, y *áspero -rasping*) son difíciles de comprender por muchos pacientes, mientras que otros resultan ambiguos pues describen múltiples cualidades del dolor (e.g., *bien delimitado -flashing-* pertenece tanto a sensibilidad táctil *-brightness-* como frecuencia), sin embargo, sólo pertenecen a una sola subclase en el MPQ (Fernandez y Towery, 1996). En consecuencia, los descriptores del MPQ seleccionados por los pacientes resultan poco sugerentes de síndromes particulares de dolor. Así también, Wilkie et al. (1990) mostraron que la mayoría de los pacientes sólo señalaron una minoría de los descriptores del MPQ.

Ligado al problema de la distinción entre categorías, está la cuestión sobre la verdadera pertenencia de los descriptores verbales, a las subclases asignadas. A partir de un

criterio racional, Hase (1992) sugirió una reagrupación lógica de muchos de los descriptores, así como un cambio de denominación de algunas de las subclases que parece convincente. Del mismo modo, Clark et al. (1995) aumentaron la lista de descriptores empíricamente estructurados a partir de nuevas dimensiones basadas en una agrupación jerárquica.

La validez de constructo del MPQ fue seriamente cuestionada por primera vez por Turk et al. (1985). Mediante el uso del análisis factorial confirmatorio, encontraron correlaciones más altas entre distintos constructos que dentro de uno mismo del MPQ. Los autores mostraron que la estructura tripartita del MPQ era dudosa, debido al solapamiento excesivo entre los factores. Esta multicolinealidad llevó a cuestiones sobre la distinción entre los factores sensorial, afectivo y evaluativo del instrumento. ¿Puede que todos estén evaluando lo mismo? Melzack (1985) advirtió que también existen altas correlaciones entre muchos otros atributos tales como el color y la textura, sin embargo distinguimos perfectamente ambos constructos. Posteriormente, Jerome et al. (1988) concluyeron que el depender de sólo las tres dimensiones (sensorial, afectiva y evaluativa) puede conducir a la pérdida de información diagnóstica debido a la restricción de varianza asociada con un posible número insuficiente de factores. Evidentemente, la estructura factorial del MPQ todavía resulta algo incierta, ya que muchos estudios factoriales resultan insatisfactorios por muestras pequeñas y por el uso de una metodología pobre o inapropiada (véanse Fernandez y Turk, 1992; Holroyd et al., 1992).

En relación con la fiabilidad, un estudio de Graham et al. (1980) mostró que la consistencia en la elección de las subclases de descriptores del dolor iba del 66% al 80%, a partir de la cuarta administración del MPQ en pacientes de cáncer. Aunque existe claramente cierta consistencia en la elección de los descriptores verbales, las correlaciones de

test-retest inmediato (coeficientes de confiabilidad—dado que el MPQ es una medida de estado) no se presentan y, por consiguiente, la fiabilidad de las subclases es todavía desconocida. Además, tampoco se indica la homogeneidad de los ítems de las subclases, lo que genera dudas sobre la consistencia interna frente a la redundancia de los ítems (cf. Boyle, 1987, 1991). La distorsión motivacional (e.g., respuestas inconsistentes, falseamiento positivo y negativo, así como otras tendencias de respuesta) no se contempla, lo que dificulta la determinación de los perfiles inválidos. La ausencia de un manual general y actualizado es una limitación importante que tendría una fácil solución, dada la considerable cantidad de datos empíricos de investigación sobre el MPQ que se ha ido produciendo en las últimas tres décadas.

La cuestión de la estructura tripartita del MPQ ha sido elaborada de una manera más eficaz en un estudio estadísticamente riguroso con alrededor de 2000 enfermos con dolor crónico, procedentes de seis programas de tratamiento de dolor (Holroyd et al., 1992). Aunque un modelo de tres factores proporcionó una mejor adecuación que un modelo unifactorial, el análisis factorial jerárquico reveló que dos tercios de la varianza explicada por la estructura factorial más adecuada, tenía varianza común compartida con los tres factores de primer orden. Éste ha sido uno de los desafíos más relevantes a la estructura factorial teórica del MPQ.

La solución no es el renunciar o deshacerse del MPQ. Este instrumento ha proporcionado pistas fundamentales en la evaluación del dolor y su potencialidad se puede maximizar mediante su desarrollo adecuado. En esta línea, Fernandez y colaboradores (Fernandez y Boyle, 1994, 1995, 1997, 2002; Fernandez y Towery, 1996; Towery y Fernandez, 1996) han derivado un conjunto de descriptores del MPQ que satisfacen una regla estricta de decisión de asignación a las subclases. Específicamente, los criterios de frecuencia absoluta, de frecuencia relativa y

la asignación a una sola subclase fueron aplicados para identificar y excluir descriptores del MPQ que son poco usados, incomprensibles o ambiguos, pero manteniendo los descriptores más eficientes del dolor. El nombre de las subclases también fue mejorado. Algunas de las subclases afectivas como tensión y miedo tenían un excesivo solapamiento en su significado para facilitar la clasificación inequívoca de los descriptores. Éstos se pueden sustituir por las etiquetas de miedo, tristeza e ira, los cuales están relativamente diferenciados y resultan apropiados para distinguir a los correlatos afectivos del dolor. En la categoría sensorial, las etiquetas temporal y espacial parecen inadecuadas como subclases al mismo nivel que sordo, calor, etc. Lo temporal y espacial son más bien clases de orden superior de categorización a cualquier sensación de dolor descrita en las subclases.

Así, tiene sentido hablar de un dolor molesto que también es esporádico y localizado en la espalda. Por esta razón, es temporal y espacial deberían considerarse dimensiones o ejes por encima de las cualidades sensoriales del dolor, como en la taxonomía propuesta por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (Merskey, 1986).

Con las mencionadas modificaciones, el sistema emergente de descriptores y subclases del dolor es más reducido que el del MPQ original, pero esencialmente similar en estructura. Además, los valores de intensidad de los descriptores no necesitan correcciones, dado que correlacionan muy alto con los presentados originalmente por Melzack y Torgerson (1971). De esta manera, una versión más parsimoniosa del MPQ es posible en la actualidad, aunque aún requiere una validación clínica.

En la evaluación del dolor, la utilidad clínica se manifiesta por la capacidad de discriminar diversos niveles de dolor y de diferenciar entre tipos del mismo. Con relación al primero de éstos, el MPQ comparte validez

concurrente con puntuaciones de una escala analógica visual del dolor (Walsh y Leber, 1983) y es bastante sensible a cambios en dolor después de medicación y recuperación (van Buren y Kleinknecht, 1979). No obstante, el segundo objetivo de validez diagnóstica sólo se ha logrado parcialmente. Hay algunas indicaciones de diferentes patrones de elección de descriptores entre dolor agudo y crónico (e.g., Ternan y Dar, 1986), y entre dolor funcional y orgánico (Leavitt y Garron, 1980). Sin embargo, la evidencia es menos clara en relación con la especificidad entre descriptores y síndromes de dolor como el de espalda, de cabeza, y artrítico, entre otros. La mayoría de las diferencias presentadas en la elección de descriptores y su relación con el síndrome de dolor son poco claras y sin valor predictivo, de forma que resulta difícil diagnosticar realmente a los pacientes a partir del MPQ. Con todo, parece bastante probable que las mejoras antes mencionadas del MPQ aumentarán la validez diagnóstica de este instrumento.

La cuestión de la validez predictiva también garantiza investigaciones futuras. Los estudios publicados todavía plantean dudas sobre hasta qué punto el MPQ puede predecir el riesgo de incapacidad, el curso del dolor si no es tratado y cual responderá mejor a tipos específicos de tratamientos. Actualmente, tales investigaciones médicas y decisiones previas al tratamiento están siendo realizadas mediante unos pocos instrumentos diseñados para la evaluación de un conjunto de factores psicosociales relevantes en relación con el dolor.

Resumen

El lenguaje del dolor resulta indispensable para entender a los pacientes que lo padecen, siendo el cuestionario de McGill (MPQ) el primero en organizar el amplio léxico relacionado con el dolor y dar forma a un instrumento de evaluación del mismo. Después de un cuarto de siglo desde su apa-

rición, el instrumento continúa siendo muy usado tanto en la investigación como a nivel aplicado. Es sensible a la intensidad del dolor, pero su validez diagnóstica parece limitada por la falta de especificidad entre los descriptores de dolor y los síndromes específicos del mismo. Esto ha estimulado los esfuerzos para mejorar el MPQ mediante el uso de nuevas aproximaciones estadísticas. Esta noción de mejora formaba parte de las ideas de Melzack (1975) en la construcción original del MPQ.

Hay pocas dudas sobre el relevante aporte del MPQ a la evaluación del dolor, usando el lenguaje de dolor para describir la intensidad percibida de éste, así como distintas cualidades percibidas de dolor (Melzack, 1985; Melzack y Katz, 1992). Está claro que algunas de las palabras descriptoras del MPQ deben ser excluidas, otras necesitan ser reubicadas y que algunas subclases han de renombrarse (Fernandez y Towery, 1996). Después de 25 años de acumulación de datos empíricos, actualmente el mejoramiento del MPQ es prioritario, con un énfasis especial en las cuestiones de la validez discriminativa y predictiva. En vista de su alta popularidad y difusión tanto dentro de las profesiones médica como psicológica, es esperable que las revisiones de la estructura del cuestionario del dolor de McGill se realicen sin demora.

Referencias

- BAILEY, C.A. y DAVIDSON, P.O. (1976). The language of pain: Intensity. *Pain*, 2, 319-324.
- BERNT, F. M. (1991). Review of the McGill Pain Questionnaire. *Test Critiques*, 8, 402-412.
- BOYLE, G. J. (1991). Does item homogeneity indicate internal consistency or item redundancy in psychometric scales? *Personality and Individual Differences*, 12, 291-294.

- BOYLE, G. J. (1987). *Review of the (1985) "Standards for educational and psychological testing: AREA, APA and NCME."* *Australian Journal of Psychology*, 39, 235-237.
- BOYLE, G. J., FERNANDEZ, E. Y ORTET, G. (1999). El cuestionario del dolor de McGill: Consideraciones lingüísticas y estadísticas. Resumen en *Avances recientes en psicología clínica y de la salud: Libro de resúmenes/resumos/proceedings*. Granada: Fundación VECA/APICSA, p. 247.
- BURCKHARDT, C.S. (1984). The use of the McGill Pain Questionnaire in assessing arthritis pain. *Pain*, 19, 305-314.
- BUREN, J. VAN Y KLEINKNECHT, R.A. (1979). An evaluation of the McGill Pain Questionnaire for use in dental pain assessment. *Pain*, 6, 23-33.
- CASTRO, A., CASTRO, M. Y MARTÍNEZ, J. (1997). Dolor crónico. Evaluación clínica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 4, 441-449-
- CHARTER, R.A. Y NEHEMKIS, A.M. (1983). The language of pain intensity and complexity: New methods of scoring the McGill Pain Questionnaire. *Perceptual and Motor Skills*, 56, 519-537.
- CLARK, C. W., FLETCHER, J. D., JANAL, M. N. Y CARROLL, J. D. (1995). Hierarchical clustering of pain and emotion descriptors: Toward a revision of the McGill Pain Questionnaire. En B. Bromm y J. Desmedt (Eds.), *Pain and the brain: From nociception to cortical activity* (pp. 319-330). Nueva York: Raven.
- DESCHAMPES, M., BAND, P. R. Y COLDMAN, A. J. (1988). Assessment of adult cancer pain: Assessment of current methods. *Pain*, 43, 133-139.
- FERNANDEZ, E. Y BOYLE, G. J. (1994). *The language of pain reconsidered with reference to the McGill Pain Questionnaire*. Comunicación presentada a la 23rd International Congress of Applied Psychology, Madrid, España, 17-22 de julio.
- FERNANDEZ, E. Y BOYLE, G. J. (1995). *Evaluation of the language of pain as indexed in the McGill Pain Questionnaire*. Comunicación presentada a la 30th Annual Conference, Australian Psychological Society, Perth, Western Australia, 26-30 de septiembre.
- FERNANDEZ, E. Y BOYLE, G.J. (1997). *Affective and evaluative descriptors in the MPQ: Room for Revision?* Comunicación presentada a la 16th Annual Scientific Meeting of the American Pain Society, New Orleans, 23-26 de octubre.
- FERNANDEZ, E. Y BOYLE, G. J. (2002). Affective and evaluative descriptors of pain in the McGill Pain Questionnaire: Reduction and reorganization. *Journal of Pain*, 3, 70-77.
- 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.
- FERNANDEZ, E. Y TURK, D. C. (1992). Sensory and affective components of pain: Separation and synthesis. *Psychological Bulletin*, 112, 205-217.
- GRAHAM, C., BOND, S. S., GERKOVISH, M. M. Y COOK, M. R. (1980). Use of the McGill Pain Questionnaire in the assessment of cancer pain: Replicability and consistency. *Pain*, 8, 377-387.
- Hase, H.D. (1992). McGill Pain Questionnaire: Revised format. En L. VandeCreek, S. Knapp y T.L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book, Vol. 11* (pp. 285-291). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- HOLROYD, K. A., HOLM, J. E., KEEFE, F. J., TURNER, J. A., BRADLEY, L. A., MURPHY, W. D., JOHNSON, P., ANDERSON, K., HINKLE, A. L. Y O'MALLEY, W. B. (1992). A multi-center evaluation of the McGill Pain Questionnaire: Results from more than 1700 chronic pain patients. *Pain*, 48, 301-311.

JENSEN, M. P., KAROLY, P., O'RIORDAN, E.F., BLAND, F., JR. Y BURNS, R. S. (1989). The subjective experience of acute pain: An assessment of the utility of 10 indices. *Clinical Journal of Pain*, 5, 153-159.

JEROME, A., HOLROYD, K. A., THEOFANOUS, A. G., PINGEL, J. D., LAKE, A. E. Y SAPER, J. R. (1988). Cluster headache pain. vs. other vascular headache pain: Differences revealed with two approaches to the McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 34, 35-42.

LÁZARO, C. Y BAÑOS, J.E. (1998). El cuestionario del dolor McGill (*McGill Pain Questionnaire*). *Dolor*, 13. Nota técnica N° 9.

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*, 10, 145-151.

LEAVITT, F. Y GARRON, D.C. (1980). Validity of a back pain classification scale for detecting psychological disturbance as measured by the MMPI. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 186-189.

MELZACK, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-259.

MELZACK, R. (1985). Discriminative capacity of the McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 23, 201-203.

MELZACK, R. (1987). The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 30, 191-197.

MELZACK, R. Y KATZ, J. (1992). The McGill Pain Questionnaire: Appraisal and current status. En D. G. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of pain assessment*. Nueva York: Guilford.

MELZACK, R., KATZ, J. Y JEANS, M.E. (1985). The role of compensation in chronic pain: Analysis using a new method of scoring the McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 23, 101-112.

MELZACK, R. Y TORGERSON, W.S. (1971). On the language of pain. *Anesthesiology*, 34, 50-59.

MERSKEY, H. (1986). Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain, Supplement 3*, S21-S225.

TERNAN, B.H. Y DAR, R. (1986). Physician ratings of pain descriptors: Potential diagnostic utility. *Pain*, 26, 45-51.

TOWERY, S. Y FERNANDEZ, E. (1996). Reclassification and rescaling of MPQ verbal descriptors of pain sensation: A replication. *Clinical Journal of Pain*, 12, 270-276.

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.

WALSH, T.D. Y LEBER, B. (1983). Measurement of chronic pain: Visual analog scales and McGill Melzack pain questionnaire compared. En J.J. Bonica et al. (Eds.), *Advances in pain: Research and therapy*, Vol. 5 (pp. 897-899). Nueva York: Raven.

WILKIE, D. J., SAVEDRA, M. C., HOLEMER, W. L., TESLER, M. D. Y PAUL, S. M. (1990). Use of the McGill Pain Questionnaire to measure pain: A meta-analysis. *Nursing Research*, 39, 36-41.

Notas aclaratorias generales :

1. Heterogeneidad de los ítems: solapamiento afectivo y evaluativo i.e. algunos ítems de la escala evaluativa realmente pertenecen a afecto e.g., *débil (annoying)*, *intenso (miserable)*. De ahí la inestabilidad del factor evaluativo.

2. Multilinealidad de las escalas sensorial y afectiva, pero ello no implica su inexistencia como entidades separadas. Se trata de

un problema asociado al instrumento.

3. Las subclases espacial y temporal no se refieren a la cualidad sensorial sino a aspectos de orden superior del dolor, así un dolor puede ser incisivo y poseer una cualidad temporal concreta al mismo tiempo. Todas las sensaciones de dolor pueden describirse tanto temporal como espacialmente.

4. La pertenencia probable de descriptores a subclases; en vez de condiciones necesarias y suficientes, podrían usarse prototipos.

5. Dificultades de comprensión de descriptores del dolor e.g., *perforante (lancinating)*, *áspero (rasping)*.

6. Irrelevancia de algunos descriptores del dolor. Así, aunque se comprenda, una palabra como *extenso (shooting)* puede que no tenga sentido en el contexto del dolor.

7. Redundancia de descriptores del dolor: sinónimos

8. Ambigüedad de descriptores del dolor: - descriptores que hacen referencia a más de una cualidad: *homónimos*. Diferencias individuales en la interpretación, lo que es el problema del uso de ítems de palabras únicas sin ir acompañadas de explicaciones o matices. Los ítems con frases cortas podrían prestarse menos a interpretaciones erróneas: "unidades de varias palabras".

9. Palabras como metáforas de acciones que causan dolor.

10. Los vacíos en el vocabulario del dolor.

11. Redundancias en el vocabulario del dolor.

12. Las equivalencias entre idiomas no están garantizadas con las traducciones literales.

13. El número desigual de subclases

para cada una de las tres escalas.

14. No hay problemas con las puntuaciones de la intensidad de los descriptores; sin embargo, las escalas ordinales son inadecuadas y deberían sustituirse por las escalas de intervalo originales.

15. La versión abreviada del MPQ hereda algunos de los problemas.

16. La especificidad diagnóstica resulta dudosa debido a problemas de clasificación.

17. El valor central del lenguaje en la comunicación sobre dolor lo hace indispensable en su evaluación. Y el lenguaje está organizado tanto cualitativa como cuantitativamente. Es de una gran riqueza con tal información.

Desde la Lingüística

El lenguaje hace menos específico el significado.

Por lo tanto, existe un lenguaje del pensamiento asociado a la *estructura profunda (mentalese)*, un sistema computacional específico de la mente sin la sintaxis de superficie (estructura de superficie) de un idioma como el inglés, el cual es común entre las culturas.

El léxico de las sensaciones.

El léxico del afecto.

Metáforas y metáforas fosilizadas.

Teorías del significado referencial opuestas a las del significado representacional.

La representación significativa opuesta a la representación mental.

Prototipos: ¿Qué es típico; de lo central a lo periférico?.