

## Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica



Xavier Badia<sup>a,b</sup>, Clemente Muriel<sup>c</sup>, Alfredo Gracia<sup>d</sup>, Juan Manuel Núñez-Olarte<sup>e</sup>, Nùria Perulero<sup>b</sup>, Rafael Gálvez<sup>f</sup>, Joan Carulla<sup>g</sup> y Charles S. Cleeland<sup>h</sup>, en nombre del Grupo Vesbpi\*

<sup>a</sup>Unitat de Recerca en Resultats en Salut. Servei d'Epidemiologia Clínica i Salut Pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

<sup>b</sup>Health Outcomes Research Europe.

<sup>c</sup>Cátedra y Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Universidad de Salamanca.

<sup>d</sup>Grupo Ferrer Internacional.

<sup>e</sup>Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

<sup>f</sup>Unidad del Dolor. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

<sup>g</sup>Servicio de Oncología Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona. España.

<sup>h</sup>University of Wisconsin-Madison. EE.UU.

**FUNDAMENTO Y OBJETIVO:** Validar la versión española del cuestionario Brief Pain Inventory (BPI) para medir la intensidad del dolor de causa neoplásica y su impacto en las actividades de la vida diaria en pacientes con cáncer.

**PACIENTES Y MÉTODO:** Se incluyó consecutivamente a pacientes con dolor de origen neoplásico. Los pacientes cumplimentaron los cuestionarios BPI (Cuestionario Breve del Dolor o CBD en español) y el Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) en la visita de inclusión. El CBD se repitió a los 3-5 días en los pacientes clínicamente estables de su dolor de origen neoplásico y ambos cuestionarios se repitieron al mes en los pacientes no estables de su dolor.

**RESULTADOS:** Se evaluó a 126 pacientes, el 85,1% había sufrido algún episodio de dolor irruptivo en las 24 h previas al inicio del estudio. El 86,5% de los pacientes completó el CBD en su totalidad. Las puntuaciones del CBD se correlacionaron con la percepción del paciente de la intensidad máxima del dolor y con la presencia de tumor diseminado. La dimensión «síntomas psicológicos» del RSCL fue la que presentó mayor correlación con las dimensiones del CBD («intensidad del dolor» e «interferencia en las actividades»). La consistencia interna de las dimensiones fue buena (0,87 y 0,89), y la fiabilidad test-retest entre baja y moderada (0,53 y 0,77). El CBD ha demostrado ser un instrumento capaz de detectar cambios en el nivel de dolor. Los cambios observados en las dos dimensiones del CBD entre las dos visitas de estudio reflejan los cambios percibidos por el propio paciente en la intensidad del dolor.

**CONCLUSIONES:** La versión española del CBD se mostró válida para medir la intensidad del dolor de causa neoplásica y su impacto en las actividades de la vida diaria, en condiciones de práctica clínica habitual.

*Palabras clave:* Dolor de causa neoplásica. Cuestionario. Brief Pain Inventory. Validación.

Validation of the Spanish version of the Brief Pain Inventory in patients with oncological pain

**BACKGROUND AND OBJECTIVE:** Our goal was to validate the Spanish version of the Brief Pain Inventory (BPI) questionnaire used to measure the intensity of oncological pain and its impact on activities of daily living in patients with cancer.

**PATIENTS AND METHOD:** Patients with oncological pain were consecutively included in the study. These patients filled up the Spanish version of the BPI questionnaire (CBD) and the Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) during the inclusion visit and again after 3-5 days (patients with clinically stable oncological pain) or after one month (patients with unstable oncological pain).

**RESULTS:** 126 patients were assessed; 85.1% of them had suffered some episode of irruptive pain 24 hours prior to their inclusion in the study. 86.5% of patients fully completed the questionnaire. The CBD showed mild to moderate correlations with the patients perception of pain severity and with the presence of tumor dissemination. The «psychological symptoms» dimension of the RSCL displayed the highest correlation with the dimensions of the BPI («pain intensity» and «interference in activities of daily living»). The internal consistency and the test-retest reliability between dimensions were good (0.87 and 0.89) and low to moderate (0.53 and 0.77), respectively. The CBD questionnaire was found to be a tool capable of detecting changes in pain intensity. The changes observed in the two CBD dimensions between study visits fairly reflected the patients perceived changes in pain intensity.

**CONCLUSIONS:** The Spanish version of BPI is valid for measuring the intensity of oncological pain and its impact on activities of daily living in conditions of usual clinical practice.

*Key words:* Oncological pain. Questionnaire. Brief Pain Inventory. Validation.

Correspondencia: Dr. X. Badia.  
Departamento de Epidemiología Clínica y Salud Pública.  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Casa de la Convelescència.  
Sant Antoni M.ª Claret, 171. 08041 Barcelona. España.  
Correo electrónico: xbadia@cochrane.es

Recibido el 19-3-2002; aceptado para su publicación el 22-10-2002.

El tratamiento oncológico tiene dos objetivos fundamentales: controlar la progresión de la enfermedad para aumentar el tiempo de supervivencia y minimizar tanto la frecuencia de los episodios de dolor como su intensidad<sup>1</sup>. La mayoría de los tratamientos oncológicos tiene efectos secundarios importantes, como fatiga, caída del cabello o náuseas, que hacen que el paciente pueda no llegar a percibir el beneficio real que dicho tratamiento le reporta. Esto evidencia la necesidad de evaluar el tratamiento oncológico mediante indicadores clínicos e indicadores valorados por el propio paciente. Existen diversos indicadores clínicos para valorar la eficacia del tratamiento, como la reducción del tamaño del tumor. Sin embargo, cada vez más se tiene en cuenta el impacto de la enfermedad mediante indicadores valorados por el paciente, como el grado de bienestar y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mediante preguntas dirigidas o cuestionarios estandarizados<sup>2</sup>.

Uno de los aspectos de la CVRS de los pacientes que se ve más afectado por la enfermedad oncológica es el dolor. Entre el 60 y el 80% de los pacientes oncológicos terminales refieren dolor de base de moderado a importante<sup>3</sup> que puede agravarse con crisis de dolor irruptivo. La importancia de la valoración del dolor en pacientes oncológicos explica la creciente utilización de escalas de evaluación del dolor en la investigación clínica. Los tres tipos de escalas más utilizadas en la evaluación del dolor son las escalas de descripción verbal (EDV), las escalas visuales analógicas (EVA) y las escalas numéricas (EN)<sup>4</sup>. Además del dolor, la mayoría de los pacientes oncológicos tiene también afectada la función física y psicológica, lo que se agudiza a medida que el dolor se agrava en intensidad y frecuencia de las crisis<sup>5</sup>. En general, las escalas de evaluación del dolor utilizadas en la investigación clínica informan sobre

la percepción de la intensidad de dolor sin tener en cuenta otros aspectos relacionados que también son importantes, como la frecuencia con la que se presenta el dolor, el impacto en las actividades cotidianas y la localización del dolor, entre otros.

Para evaluar tanto la intensidad como el tipo y la repercusión del dolor en las actividades de la vida diaria se han desarrollado distintos instrumentos de medición como el McGill Pain Questionnaire (MG PQ)<sup>6</sup> o el Wisconsin Brief Pain Questionnaire (BPQ)<sup>7</sup>, que se denominó Brief Pain Inventory (BPI) en un estudio de validación posterior<sup>8</sup>. El BPI es un cuestionario autoadministrado y de fácil comprensión que contiene dos dimensiones: la intensidad del dolor y el impacto del dolor en las actividades de la vida del paciente. En los últimos años ha aumentado el uso del BPI como método de evaluación estandarizada del dolor en pacientes oncológicos, existiendo versiones validadas en varios idiomas<sup>4,9-11</sup>.

A pesar de su amplia utilización tanto en la investigación como en la práctica clínica, en España no se habían evaluado hasta el momento las propiedades de medición del BPI, aspecto esencial para que pueda aplicarse con rigor como medida del resultado de tratamientos e intervenciones médicas<sup>12</sup>. El objetivo de este estudio es validar el BPI o Cuestionario Breve del Dolor (CBD; anexo) en población española, en condiciones de práctica clínica habitual.

## Pacientes y método

### Diseño del estudio y pacientes

Se diseñó un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico, realizado en los servicios de oncología, unidades del dolor o cuidados paliativos de 9 centros hospitalarios españoles. Se incluyó a pacientes a partir de 18 años de edad, ambulatorios u hospitalizados, diagnosticados de neoplasia de cualquier tipo, que se distribuyeron en dos grupos según el grado de control del dolor oncológico. En uno (grupo A) se incluyó a los pacientes que presentaban un control adecuado del dolor oncológico mediante tratamiento analgésico. El control del grado de dolor se evaluó a partir del Índice del Manejo del Dolor (IMD), y se definió a los pacientes que presentaban un IMD igual a 0 como pacientes con un control adecuado del dolor. El IMD pone en relación el tipo de tratamiento analgésico recibido por los pacientes<sup>13</sup> (0 = sin analgesia; 1 = analgesia no opiáceo; 2 = opiáceo suave [p. ej., codeína], y 3 = opiáceo fuerte [p. ej., morfina o fentanilo]) con el nivel máximo de dolor declarado por el paciente en una EN, y que corresponde con el ítem de «intensidad máxima del dolor en la última semana» del CBD<sup>8</sup>, referenciado a lo largo del texto como «intensidad máxima del dolor» para diferenciarlo de la dimensión «intensidad del dolor» del CBD. La valoración de la intensidad máxima del dolor en la EN, con puntuaciones que oscilan entre 0 y 10, se clasifica en 4 grupos: ausencia de dolor (EN = 0) con valor 0, dolor leve (EN entre 1 y 3) con valor 1, dolor moderado (EN entre 4 y 7) con valor 2 y dolor grave (EN entre 8 y 10) con valor 3. El IMD se calcula restando al tipo de tratamiento analgésico recibido el nivel de dolor declarado por el paciente. El rango de la puntuación va de -3 (paciente con dolor grave que no recibe analgesia) a +3 (paciente sin dolor que recibe un opiáceo fuerte). Cuando el IMD es igual a 0 indica

un manejo del dolor adecuado o dolor controlado; es decir, la potencia del tratamiento analgésico prescrito concuerda con el nivel de dolor declarado por el paciente<sup>8</sup>. En el grupo B se incluyeron pacientes con afectación clínicamente inestable, con dolor crónico y con indicación clínica de iniciar o modificar el tratamiento analgésico para el dolor oncológico, esto es IMD inferior a 0. Se excluyó del estudio a los pacientes cuyo estado de salud o expectativa de vida no les permitieran responder a los cuestionarios. Del grupo A se excluyó también a los pacientes en los que estuviera previsto algún cambio clínico o en el tratamiento durante la semana siguiente a la inclusión que pudiera modificar la CVRS durante el estudio como, por ejemplo, iniciar un ciclo de quimioterapia.

Para evaluar la fiabilidad y validez del BPI los pacientes fueron entrevistados en dos ocasiones: una primera visita en el momento de la inclusión y una segunda visita a los 3-5 días para los pacientes del grupo A, y a los 30 días para los pacientes del grupo B. En la visita basal se registraron las variables sociodemográficas (edad, género y nivel de educación) y clínicas (tipo de cáncer, estadio de neoplasia, enfermedades crónicas concomitantes, presencia y características del dolor de base y de las crisis de dolor irruptivo, tratamientos analgésicos recibidos o prescritos en el día de la visita, tiempo que llevaba el paciente con tratamiento para el dolor y con quimioterapia o radioterapia recibidas). En ambas visitas de estudio el clínico cumplimentó el IMD y los pacientes cumplimentaron el CBD, así como la versión española del cuestionario Rotterdam Symptom Checklist (RSCL). Los pacientes del grupo B realizaron una única administración del RSCL, en la primera visita. En la segunda visita de estudio los pacientes cumplimentaron un ítem sobre los cambios en el dolor percibido respecto a la visita de inclusión con tres opciones de respuesta (menor, igual o mayor). El presente estudio fue tutelado y autorizado por los Comités Éticos de Investigación Clínica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid y de la Vall d'Hebron de Barcelona. Todos los pacientes otorgaron su consentimiento informado por escrito para participar en el estudio.

### Medidas de percepción de dolor y calidad de vida relacionada con la salud

El CBD es un instrumento que se desarrolló para ser utilizado en estudios epidemiológicos y en estudios clínicos para evaluar la efectividad del tratamiento para el dolor<sup>4</sup>. Previamente al inicio del estudio, el cuestionario CBD fue adaptado lingüísticamente al español, mediante la metodología de traducción y retraducción<sup>15</sup>, manteniendo la misma estructura del cuestionario original<sup>16</sup>.

El CBD consta de dos dimensiones: «Intensidad del dolor» (4 ítems) e «interferencia en las actividades» (7 ítems). Cada uno de los ítems se puntúa mediante una EN que va de 0 (ausencia de dolor/interferencia en la vida diaria) a 10 (peor dolor imaginable/afectación máxima en la vida diaria). Estos 11 ítems proporcionan dos puntuaciones resumen, una para cada dimensión. Además, el cuestionario consta de 15 ítems adicionales, no incluidos en ninguna de las dos dimensiones anteriores, que evalúan el nivel de alivio que el tratamiento para el dolor proporciona al paciente, la localización del dolor y la descripción de las causas del dolor<sup>4</sup>. En el presente estudio, al igual que en las validaciones realizadas previamente para otros idiomas<sup>9,10,16-18</sup>, se han validado únicamente las dos dimensiones mencionadas del CBD.

El cuestionario RSCL<sup>19</sup> es un instrumento que mide la sintomatología y la CVRS en pacientes oncológicos y fue validado recientemente al español<sup>1</sup>. El RSCL se utilizó en el presente estudio como estándar de comparación para analizar la validez de constructo del CBD. Consta de 39 ítems divididos en 4 dimensiones: síntomas físicos (23 ítems), síntomas psicológicos (7 ítems), actividades de la vida diaria (8 ítems) y calidad de vida general (un ítem).

### Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas para el total de pacientes incluidos en el estudio y estratificando según el ítem de «intensidad máxima del dolor» en la última semana. Para la estratificación según la «intensidad

máxima del dolor» se utilizaron las categorías definidas para dicho ítem en la definición del IMD, obteniendo 4 categorías: ausencia de dolor, dolor leve, dolor moderado y dolor grave. Para la comparación de las variables sociodemográficas y clínicas con la «intensidad máxima del dolor» se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis en el caso de la edad y la prueba de la  $\chi^2$  para el resto de las variables.

### Factibilidad

La evaluación de la factibilidad del CBD se analizó según el porcentaje de pacientes que no respondieron el cuestionario en su totalidad, esperando encontrar un porcentaje de omisión de respuesta inferior al 20%

### Validez

Para cada uno de los ítems y dimensiones del CBD se calculó el efecto suelo (porcentaje de pacientes con puntuación mínima de intensidad del dolor o interferencia en la vida diaria) y techo (porcentaje de pacientes con puntuación máxima de intensidad del dolor o interferencia en la vida diaria).

La validez de constructo del CBD se analizó mediante un análisis factorial utilizando la puntuación obtenida por los pacientes en la visita basal en los 11 ítems del CBD incluidos en las dos dimensiones definidas en la versión original<sup>8</sup>. Se utilizó el procedimiento de «extracción de factores» con rotación Varimax para la definición de las dimensiones, así como la medida de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett para evaluar la adecuación del análisis<sup>20</sup>.

Para evaluar la validez discriminante del CBD, se analizó la relación de las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones con las variables de dolor y clínicas en las que se esperaban diferencias: ítem de «intensidad máxima del dolor», estado de la neoplasia (locorregional o diseminado) y toma de opiáceos para el dolor de base y el dolor irruptivo. Dicho análisis se realizó mediante el análisis de la variancia. Se estableció la hipótesis de que los pacientes que presentaban episodios de dolor grave («máxima intensidad del dolor»), con neoplasia diseminada y en los que se incrementó la dosis de analgésicos opiáceos obtendrían una puntuación mayor en el CBD (lo que indicaría una mayor intensidad del dolor) que los pacientes con «intensidad máxima del dolor» entre leve y moderada, con neoplasia no diseminada y sin intensificación del tratamiento.

Con el objetivo de evaluar la validez de convergente se analizó la correlación de las dimensiones del CBD con las dimensiones del RSCL y la correlación entre ambas dimensiones del CBD. Se esperaba observar una correlación superior en la dimensión de intensidad del dolor con las dimensiones de síntomas físicos y psicológicos del RSC, mientras que en la dimensión de interferencia en las actividades se esperaba una correlación superior con la dimensión de actividades de la vida diaria del RSC. Todas las correlaciones se analizaron utilizando el coeficiente de correlación de Pearson, a excepción de la correlación con la dimensión de «calidad de vida general» del RSCL, para la que se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman dada la distribución no normal de las puntuaciones.

Por último, para la evaluación de la validez longitudinal se seleccionó a los pacientes del grupo B, en los que se esperaban cambios en la intensidad del dolor dado que acudieron a la primera visita del estudio con presencia de dolor. Se analizó la correlación entre los cambios en las dimensiones del CBD y los cambios en las dimensiones del RSCL. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para analizar la correlación de los cambios en la dimensión de «calidad de vida general» del RSCL con los cambios en las dimensiones del CBD, y el coeficiente de correlación de Pearson para analizar el resto de las correlaciones.

Se analizaron los cambios observados por los pacientes del grupo B en las puntuaciones del CBD entre la visita basal y la realizada a los 30 días según los cambios en la intensidad del dolor declarados por los pacientes en esta última visita. Los cambios en las puntuaciones se analizaron mediante la prueba de la *t* de Student para datos apareados y el estadístico *effect size* (ES) o tamaño del efecto<sup>21</sup>. El análisis de los cambios en las puntuaciones del CBD se realizó estratificando según los cambios declarados por el propio paciente en la intensidad del dolor percibido en la segunda visita de estudio respecto a la primera.

TABLA 1

## Descripción de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes según la intensidad máxima del dolor

	Intensidad máxima del dolor				
	Ausencia (n = 2)	Leve (n = 16)	Moderado (n = 28)	Grave (n = 75)	Total (n = 126)
Sexo					
Varón	1 (50,0)	13 (81,3)	23 (85,2)	49 (66,2)	86 (72,3)
Mujer	1 (50,0)	3 (18,8)	4 (14,8)	25 (33,8)	33 (27,7)
Edad media (DE), años	65,0 (2,8)	64,7(14,9)	63,0 (11,4)	60,5 (11,7)	61,7 (12,0)
Nivel educacional					
Sin estudios	0	1 (6,3)	10 (35,7)	11 (15,1)	22 (18,5)
Estudios primarios	2 (100,0)	11 (68,8)	11 (39,3)	32 (43,8)	56 (47,1)
Estudios secundarios	0	2 (12,5)	5 (17,9)	23 (31,5)	30 (25,2)
Estudios universitarios	0	2 (12,5)	2 (7,1)	7 (9,6)	11 (9,2)
Estado de la neoplasia					
Locorregional	1 (50,0)	5 (31,3)	11 (44,0)	31 (44,9)	48 (42,8)
Diseminada	1 (50,0)	11 (68,8)	14 (56,0)	38 (55,1)	64 (57,1)
¿Ha tenido crisis de dolor irruptivo en las últimas 24 h?*					
Sí	0	6 (42,9)	13 (52,0)	57 (85,1)	76 (70,4)
Número de crisis de dolor en las últimas 24 h					
1-3	0	5 (83,3)	6 (46,2)	20 (35,1)	31 (40,8)
4-6	0	1 (16,7)	2 (15,4)	22 (38,6)	25 (32,9)
Más de 6	0	0	5 (38,5)	15 (26,3)	20 (26,3)
Duración media de las crisis de dolor					
1-10 min	0	2 (33,3)	4 (30,8)	17 (30,4)	23 (30,7)
11-25 min	0	2 (33,3)	4 (30,8)	21 (37,5)	27 (36,0)
Más de 25 min	0	2 (33,3)	5 (38,5)	18 (32,1)	25 (33,3)
Pacientes que recibían opiáceos de base	2 (100,0)	13 (81,3)	24 (85,7)	61 (81,3)	100 (82,6)
Pacientes a los que se prescribieron opiáceos de base	2 (100,0)	14 (87,5)	21 (75,0)	71 (94,7)	108 (89,3)
Pacientes que recibían opiáceos para el dolor irruptivo	0	8 (50,0)	9 (32,1)	34 (45,3)	51 (42,1)
Pacientes a los que se prescribieron opiáceos para el dolor irruptivo	0	10 (62,5)	12 (42,9)	50 (66,7)	72 (59,5)

\*p < 0,01; los datos se expresan como número (%), excepto donde se indica.

#### Fiabilidad

Para la evaluación de la consistencia interna se utilizaron las respuestas al CBD obtenidas por todos los pacientes del estudio en la visita basal y se analizó mediante el cálculo del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach<sup>22</sup>. Para la evaluación de la fiabilidad rest-retest se incluyó únicamente a los pacientes del grupo A que estaban estables en cuanto a la intensidad del dolor entre la visita de inclusión y la visita a los 3-5 días, excluyendo a los del grupo B que presentaron una reducción o aumento en la intensidad de su dolor entre visitas. Se utilizaron dos criterios para definir la estabilidad de los pacientes, uno basado en el paciente (pacientes que en la segunda visita declaraban tener el mismo nivel de dolor que en la primera visita) y el otro basado en el médico (se clasificó como estables a los pacientes que en la segunda visita, al igual que en la primera, presentaban un IMD igual a 0). Para el análisis de la fiabilidad test-retest se compararon las puntuaciones obtenidas en la visita basal y a los 3-5 días de la inclusión mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI)<sup>23</sup>.

#### Resultados

Se incluyó a un total de 126 pacientes con una edad media (DE) de 61,7 (12) años, el 72,3% eran varones y el 65,6% tenía estudios primarios o inferiores (tabla 1). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las características sociodemográficas de los pacientes según la «intensidad máxima del dolor». El 57,1% de los pacientes presentaba diseminación de la neoplasia principal, sin que se observase ninguna relación estadísticamente significativa entre la presencia de neoplasia diseminada y la «intensidad máxima del dolor». Los tipos de neoplasias más frecuentes fueron las de tráquea, bronquios y pulmón (23,8%), seguidas de las de próstata (13,5%) y mama (12,7%).

El 70,4% de la muestra declaró haber tenido alguna crisis de dolor irruptivo en las últimas 24 h. El 40,8% de los pacientes había tenido entre una y tres crisis de dolor irruptivo en las últimas 24 h y en el 69,3% la duración media de las crisis de dolor fue superior a los 10 min. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de crisis según la «intensidad máxima del dolor» ( $p < 0,01$ ) y los pacientes con mayor intensidad máxima del dolor presentaron también mayor frecuencia de crisis de dolor. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de crisis ni en la duración media de las crisis según la «intensidad máxima del dolor». Según el CBD, la mayoría de los pacientes, independientemente de su nivel de intensidad, contestó haber tenido dolor alguna vez debido a su enfermedad actual (88,4%) y en la última semana habían sentido un dolor no habitual (86,6%). El 93% de los pacientes manifestó que la causa del dolor era su enfermedad actual. Casi el 97% de los pacientes tomó medicación para el dolor en los 7 días previos a la visita inicial, un 94% creía que su dolor requería medicación diaria y, en general, prefería tomar la medicación para el dolor de forma regular (datos no expuestos).

#### Factibilidad

La dimensión que obtuvo un porcentaje más alto de ítems no contestados fue la dimensión «interferencia en las actividades» (10,3%), y el ítem con más omisión de respuestas fue la «relación con otras

personas» (6,3%) correspondiente a esta misma dimensión. El 86,5% de los pacientes contestó a todos los ítems del cuestionario CBD.

#### Validez

Los ítems «intensidad mínima de dolor», «intensidad de dolor ahora mismo» y «relaciones con otras personas» fueron los que presentaron un mayor efecto suelo (superior al 15%). El efecto techo más alto se encontró en los ítems «trabajo habitual» (32,5%) y «disfrutar de la vida» (23,8%), ambos pertenecientes a la dimensión «interferencia en las actividades» del CBD. El efecto techo de ambas dimensiones del CBD fue del 0,8%, mientras que el efecto suelo en la dimensión de intensidad del dolor fue del 1,6% y en la dimensión de interferencia en las actividades del 0,8%.

En el análisis factorial, el CBD demostró ser un cuestionario bidimensional, donde los ítems se agrupaban en los mismos factores que en la versión original (Cleveland, 1994), explicando ambos factores el 66% de la variabilidad total de los ítems de la escala. La prueba de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0,88 y la prueba de esfericidad de Bartlett de 795,17 ( $p < 0,001$ ), lo que confirmó la adecuación del análisis factorial. En la tabla 2 se expone una descripción del peso de cada uno de los ítems sobre los factores correspondientes obtenidos en el análisis factorial.

Los pacientes que declararon tener una mayor «intensidad máxima del dolor» obtuvieron también mayores puntuaciones

TABLA 2

**Pesos (loadings) obtenidos por los ítems con las dimensiones del Cuestionario Breve del Dolor en el análisis factorial**

	Dimensiones (factores)	
	I	II
Ítems de intensidad del dolor		
Intensidad máxima del dolor		0,731
Intensidad mínima del dolor		0,856
Intensidad media del dolor		0,925
Intensidad actual del dolor		0,821
Ítems de interferencia del dolor en las actividades diarias de los pacientes		
Interferencia del dolor en las actividades en general	0,838	
Interferencia del dolor en el estado de ánimo	0,833	
Interferencia del dolor en la capacidad para caminar	0,640	
Interferencia del dolor en el trabajo habitual	0,639	
Interferencia del dolor en las relaciones con otras personas	0,745	
Interferencia del dolor en el sueño	0,465	
Interferencia del dolor para disfrutar de la vida	0,824	

en las dimensiones del CBD ( $p < 0,01$ ) (tabla 3), lo que indica una mayor intensidad del dolor y una mayor interferencia en las actividades. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de la dimensión «intensidad del dolor» del CBD según el estado de la neoplasia ( $p = 0,04$ ), y presentaron una mayor intensidad del dolor los pacientes con tumor principal diseminado. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del CBD según la toma de opiáceos. Como se observa en la tabla 4, la dimensión «intensidad del dolor» del CBD presentó coeficientes de correlación entre bajos y moderados (entre 0,21 y 0,44) con

TABLA 3

**Puntuación media de las dos dimensiones del Cuestionario Breve del Dolor según características clínicas e intensidad del dolor de los pacientes**

	Dimensiones del CBD					
	Intensidad del dolor			Interferencia en las actividades		
	N	Media (DE)	p	N	Media (DE)	p
Intensidad máxima del dolor						
Ausente	2	0 (0,0)		2	4,0 (2,4)	
Leve	16	6,6 (3,2)		16	4,2 (3,0)	
Moderado	28	15,5 (5,5)		28	5,5 (2,4)	
Grave	75	23,6 (5,8)	< 0,01*	75	7,0 (1,9)	< 0,01**
Estado de la neoplasia						
Locorregional	48	20,6 (7,6)		48	6,3 (2,2)	
Diseminada	64	17,4 (9,0)	0,05	65	6,1 (2,5)	0,63
Pacientes que recibían opiáceos de base						
Sí	100	18,6 (8,2)		101	6,2 (2,4)	
No	21	21,5 (9,5)	0,15	21	6,3 (2,3)	0,87
Pacientes a los que se prescribieron opiáceos de base						
Sí	108	19,2 (8,4)		109	6,3 (2,3)	
No	13	17,8 (9,4)	0,58	13	5,4 (2,8)	0,19
Pacientes que recibían opiáceos para el dolor irruptivo						
Sí	51	19,8 (8,7)		52	6,1 (2,7)	
No	70	18,5 (8,3)	0,39	70	6,3 (2,2)	0,78
Pacientes a los que se prescribieron opiáceos para el dolor irruptivo						
Sí	72	19,8 (8,4)		73	6,4 (2,5)	
No	49	18,0 (8,5)	0,273	49	6,0 (2,3)	0,391

\*Diferencias estadísticamente significativas al nivel  $p < 0,001$  en todas las categorías excepto ausente frente a leve; \*\*diferencias estadísticamente significativas al nivel  $p < 0,05$  en las categorías moderada frente a grave y leve frente a grave.

TABLA 4

**Correlación entre las dimensiones del Cuestionario Breve del Dolor y las del Cuestionario Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)**

	Cuestionario Breve del Dolor					
	Intensidad del dolor			Interferencia en las actividades		
	N	Correlación	p	N	Correlación	p
<i>Validez transversal</i>						
Rotterdam Symptom Checklist						
Síntomas físicos	114	0,28	< 0,01	115	0,55	< 0,01
Síntomas psicológicos	118	0,44	< 0,01	119	0,59	< 0,01
Actividades de la vida diaria	118	0,21	< 0,01	119	0,47	< 0,01
Calidad de vida en general	118	0,44	< 0,01	119	0,61	< 0,01
Cuestionario Breve del Dolor						
Interferencia en las actividades	118	0,52	< 0,01	-	-	-
<i>Validez longitudinal</i>						
Rotterdam Symptom Checklist						
Síntomas físicos	57	0,37	< 0,01	57	0,49	< 0,01
Síntomas psicológicos	60	0,42	< 0,01	60	0,56	< 0,01
Actividades de la vida diaria	61	0,34	< 0,01	61	0,34	< 0,01
Calidad de vida en general	62	0,34	< 0,01	62	0,35	< 0,01
Cuestionario Breve del Dolor						
Interferencia en las actividades	62	0,48	< 0,01	-	-	-

TABLA 5

**Cambio en la puntuación de las dimensiones del Cuestionario Breve del Dolor (CBD) en función de los cambios del dolor percibidos por el paciente y «tamaño del efecto» de las dos dimensiones del CBD para los pacientes no estables**

Cambio en el dolor percibido por el paciente	Dimensiones del CBD					
	Intensidad del dolor			Interferencia en las actividades		
	Media (IC del 95%)	Tamaño del efecto	n	Media (IC del 95%)	Tamaño del efecto	n
Menor	-9,3 (-11,9 a -6,7)	1,25	55	-2,3 (-3,0 a -1,6)	1,11	55
Igual	1,3 (-1,1 a -3,7)	-0,16	33	-0,2 (-0,9 a -0,4)	0,09	34
Mayor	0,3 (-5,1 a -5,8)	-0,37	6	0 (-1,0 a 1,0)	0	7

TABLA 6

**Fiabilidad test-retest de las dimensiones del Cuestionario Breve del Dolor (CBD)**

	N	Puntuación test, media (DE)	Puntuación retest, media (DE)	Cambio medio (DE) entre puntuaciones	P	CCI
Pacientes estables según criterio del médico (IMD = 0)						
Intensidad del dolor	28	13,4 (8,3)	12,0 (7,3)	-1,4 (7,5)	0,325	0,54
Interferencia en las actividades	30	4,7 (2,8)	3,9 (2,5)	-0,8 (1,7)	0,012	0,77
Pacientes estables según criterio del paciente (percepción del mismo dolor en la segunda visita)						
Intensidad del dolor	16	11,6 (7,8)	12,9 (7,1)	1,3 (6,5)	0,433	0,62
Interferencia en las actividades	17	5,1 (3,0)	4,5 (2,6)	-0,5 (1,9)	0,247	0,77

CCI: coeficiente de correlación intraclase; IMD: Índice de Manejo del Dolor.

las dimensiones del RSCL ( $p < 0,01$ ), mientras que la dimensión «interferencia en las actividades» presentó correlaciones ligeramente superiores, entre 0,47 y 0,61, con las dimensiones del RSCL ( $p < 0,01$ ). Las dimensiones del RSCL «síntomas psicológicos» y «calidad de vida en general» fueron las que obtuvieron una mayor correlación con ambas dimensiones del CBD. La correlación entre las dos dimensiones del CBD fue de 0,52.

En cuanto a la validez longitudinal, las correlaciones obtenidas en los cambios entre dimensiones fueron muy parecidas a las obtenidas para la validez transversal, tal como se indica en la parte final de la tabla 4. Los cambios en la dimensión «síntomas psicológicos» del cuestionario RSCL fueron los que presentaron una mayor correlación con los cambios detectados en las dimensiones del CBD. Estas correlaciones fueron de 0,41 con la dimensión «intensidad del dolor» y de 0,56 con la dimensión «interferencias en las actividades» del CBD.

Como se observa en la tabla 5, los pacientes que declararon una reducción del dolor percibido presentaron cambios estadísticamente significativos en las dos dimensiones del CBD entre visitas de estudio, una mejoría en la intensidad del dolor y en su interferencia en las actividades de la vida diaria. El tamaño del efecto de los cambios en dichos pacientes fue de 1,23 en la dimensión «intensidad del dolor» y de 1,11 en la dimensión «interferencia en las actividades». Los pacientes que declararon percibir el mismo dolor en la segunda visita obtuvieron tamaños del efecto inferiores, de -0,16 y 0,09, respectivamente.

#### Fiabilidad

El coeficiente  $\alpha$  de Cronbach obtenido para cada una de las dimensiones del CBD fue superior a 0,70, siendo de 0,89 en la dimensión «intensidad del dolor», y de 0,87 en la dimensión «interferencia en las actividades».

El CCI obtenido en ambas dimensiones del CBD al seleccionar el criterio de estabilidad según la percepción del propio paciente fue superior al CCI obtenido al utilizar el criterio de estabilidad definido por el médico, el IMD (tabla 6). La dimensión «interferencia en las actividades» presentó un CCI superior que la dimensión «intensidad del dolor» (0,77 frente a 0,54 según el criterio de estabilidad del médico, y 0,77 frente a 0,62 según el criterio de estabilidad del paciente).

#### Discusión

La versión adaptada al español del CBD ha demostrado ser un cuestionario válido para su aplicación en la práctica clínica, manteniendo las dimensiones de la versión original. Sin embargo, la fiabilidad test-retest observada en la dimensión «intensidad del dolor» ha sido ligeramente inferior a los estándares psicométricos recomendados.

En el análisis de validación del CBD se han incluido únicamente los ítems de las dimensiones «intensidad del dolor» e «interferencia en las actividades», tal como también se ha realizado en estudios previos<sup>4</sup>. La administración del cuestionario completo permite obtener información más precisa sobre las características del dolor oncológico; sin embargo, cuando el objetivo es obtener una valoración más rápida y precisa sobre la intensidad del dolor y su impacto

en las actividades de la vida diaria para la posterior comparación de grupos o para la evaluación de los cambios en los pacientes, es suficiente administrar los 11 ítems que constituyen las dos dimensiones.

En cuanto a la frecuencia de crisis de dolor irruptivo, es importante destacar que el 70,4% de los pacientes declararon en el momento de su inclusión en el estudio haber tenido al menos una crisis de dolor en las últimas 24 h. Dichos resultados son consistentes con los obtenidos en otros estudios con pacientes con características similares en los que se aplicó el cuestionario CBD, en los que el número de crisis diarias de dolor irruptivo oscilaba de promedio entre una y tres<sup>7</sup> a 6 crisis diarias<sup>11</sup>; en otro estudio epidemiológico reciente en España<sup>24</sup> se observó una media de 1,5 crisis por día. La elevada presencia de crisis de dolor irruptivo, la alta intensidad de dichas crisis y el hecho de que un alto porcentaje de pacientes pensaban que el dolor (tanto de base como irruptivo) necesitaría de una medicación diaria hacen pensar en un posible control terapéutico insuficiente para los episodios de dolor en general, aunque esta hipótesis no puede confirmarse con la información registrada en este estudio, dado que los pacientes fueron seleccionados por cuotas (grupos) según el control del dolor. Estudios realizados en EE.UU. y Francia han obtenido estimaciones del porcentaje de pacientes que no recibían un tratamiento analgésico adecuado para los episodios de dolor irruptivo que era del 42 y el 51%, respectivamente<sup>11</sup>; en un estudio español reciente se ha estimado en un 25% el porcentaje de pacientes que no recibían tratamiento alguno<sup>24</sup>.

En cuanto a la factibilidad del CBD, el cuestionario ha demostrado ser fácil de contestar y comprender debido al bajo número de omisión de respuestas. Este resultado contrasta con el estudio realizado por Twycross et al<sup>25</sup>, donde el porcentaje de pacientes que contestaron todos los ítems fue sólo del 60%, muy inferior al del presente estudio (86,5%).

Se detectaron diferencias en las puntuaciones del CBD en función de la «intensidad máxima del dolor» y del grado de diseminación del tumor, obteniéndose una mayor «intensidad del dolor» en los pacientes con mayor intensidad máxima y con diseminación del tumor, y una mayor «interferencia en las actividades» en los pacientes con mayor intensidad máxima del dolor. El hecho de que no se observasen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del CBD y la toma de opiáceos puede deberse a un buen control del dolor en un elevado porcentaje de pacientes. Las diferencias obtenidas aportan evidencias de la validez convergente del cuestionario. La relación obtenida entre las puntuaciones del CBD y el grado de diseminación del tumor son relevantes dado que no se había evaluado en estudios previos.

El análisis de las relaciones entre el CBD y un cuestionario validado de dolor puede aportar evidencias de la validez del CBD; sin embargo, en el momento de diseñar el presente estudio no se disponía de ningún cuestionario en español validado que evaluara el dolor en pacientes oncológicos, por lo que se tuvo que utilizar un cuestionario más general como cuestionario de referencia, el RSCL. No obstante, la correlación entre las dimensiones del CBD y el RSCL ha permitido relacionar la «percepción del dolor» y la «percepción de la calidad de vida». Los coeficientes de correlación obtenidos entre las dimensiones del CBD y las dimensiones «síntomas psicológicos» y «calidad de vida en general» del RSCL han demostrado que el grado de intensidad del dolor tiene un impacto psicológico y social en la vida del paciente. Por ello, es de suma importancia recordar que el dolor afecta a la CVRS tanto en las funciones física y social como en la psicológica, y de manera muy especial en pacientes oncológicos<sup>2</sup>, para los que en muchos casos la minimización del dolor es el objetivo terapéutico más importante e inmediato a conseguir. El hecho de que las dimensiones del RSCL presentaran una mayor correlación con la dimensión «interferencia en las actividades» del CBD que con la dimensión «intensidad del dolor» es lógico por el contenido de las dimensiones. La dimensión «interferencia en las actividades» del CBD, al igual que las dimensiones del RSCL, puede recoger aspectos más generales del grado en que

la enfermedad afecta a la vida del paciente y no únicamente la intensidad del dolor. En cuanto a la fiabilidad test-retest, los coeficientes obtenidos al considerar el criterio de estabilidad del propio paciente fueron superiores a los obtenidos al definir la estabilidad según criterio clínico. Dado que es el propio paciente quien realiza la valoración del CBD, el criterio utilizado para definir la estabilidad del paciente en términos de dolor debe obtenerse preferiblemente del propio paciente. El CCI obtenido en la dimensión «intensidad del dolor» (0,62) fue algo inferior a los estándares psicométricos recomendados<sup>26</sup>. La variabilidad observada en la intensidad y características del dolor sufrido por los pacientes oncológicos puede explicar la menor fiabilidad test-retest obtenida en dicha dimensión. Dado que dichos pacientes presentan dolor de base combinado con crisis de dolor irruptivo, resulta realmente difícil obtener una muestra de pacientes estables en términos de intensidad del dolor.

La dimensión del CBD en la que se apreciaron más los cambios en las puntuaciones entre las dos visitas en los pacientes no estables fue la dimensión «intensidad del dolor», al igual que en el análisis de la fiabilidad test-retest se observó una mayor variabilidad en dicha dimensión que en la dimensión «interferencia en la vida diaria» del CBD. El cambio en las puntuaciones se relacionó con la pregunta sobre la percepción del cambio en la última visita, obteniendo una mayor disminución de las puntuaciones del CBD (menor impacto del dolor) cuando los pacientes declaraban una disminución del dolor en la última visita.

En resumen, el presente estudio ha permitido validar la versión española del CBD, que en términos generales ha demostrado buena validez y consistencia interna, con resultados similares a los obtenidos en otras versiones<sup>7,4,27</sup>. Sin embargo, la fiabilidad test-retest observada en la dimensión «intensidad del dolor» ha sido ligeramente inferior a los estándares psicométricos. Dichos resultados confirman la utilidad del CBD como medida del impacto y repercusión del dolor en pacientes oncológicos, y por tanto la utilidad de esta herramienta en la práctica clínica y en los estudios de investigación clínica, reflejando una vez más que el control del dolor en pacientes oncológicos es uno de los parámetros más importantes para su bienestar psíquico, independientemente del tipo y estadio de la enfermedad. Dados los resultados obtenidos en el presente estudio, sería de utilidad la realización de nuevos estudios para valorar la fiabilidad test-retest del CBD.

#### Nota

La versión española del CBD y el informe de adaptación cultural del mismo están disponibles previa solicitud al Dr. X. Badia.

#### \*Grupo Vesbpi

Dr. Carlos Barutell (Unidad del Dolor, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona), Dr. Marcos Gómez, Dr. Manuel Ojeda, Dra. Encarnación García Cabrera (Servicio Cuidados Paliativos, Hospital Dr. Negrín de Gran Canaria), Dr. Emilio González (Hospital San Juan de Dios, Zaragoza), Dra. Marta Ferrándiz (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona), Dr. Xavier Badia, Núria Perulero, Montserrat Roset (Health Outcomes Research Europe), Prof. Clemente Muriel (Cátedra y Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Universidad de Salamanca), Sr. Ginés Llorca (Psicólogo, Unidad del Dolor, Hospital Universitario de Salamanca), Dr. Alfredo Gracia (Grupo Ferrer Internacional), Dr. Juan Manuel Núñez-Olarte (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid), Dr. Rafael Gálvez (Unidad del Dolor, Hospital Virgen de las Nieves, Granada), Sra. Silvie Ferron Petitjean (Psicóloga, Unidad del Dolor, Hospital Virgen de las Nieves, Granada). Dr. C.S. Cleeland (University of Wisconsin-Madison).

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agra Y, Badia X. Estudio de la calidad de vida en pacientes con cáncer. La versión española del Rotterdam Checklist. Madrid: Insalud. Área 4, 1998.
2. Lara-Muñoz MC, Ponce de León S, De la Fuente JR. Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer. *Rev Invest Clin* 1995;47:315-27.
3. Bonica JJ. Treatment of cancer pain: current status and future needs. In: Fields HL, Dubner R, Cervey F, editors. *Advances in pain research and therapy*. Vol. 9. New York: Raven Press, 1985; p. 589-616.
4. Cleeland CS. Pain assessment: global use of the pain inventory. *An Acad Med* 1994;23:129-38.
5. Passik S, Breitbart WS. Depression patients with pancreatic carcinoma. Diagnosis and treatment issues. *Cancer* 1996;78:615-26.
6. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1:277-99.
7. Daut RL, Cleeland ChS, Flanery RC. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to Assess Pain in Cancer and other Diseases. *Pain* 1983;17:197-210.
8. Cleeland CS. Pain assessment in cancer. In: Osoba D, editor. *Effect of cancer on quality of life*. Boca Raton: CRC Press, 1991; p. 293-305.
9. Caraceni A, Mendoza TR, Mencaglia E, Baratella C, Edwards K, Marini C, et al. A validation study of an Italian version of the Brief Pain Inventory (Breve cuestionario per la valutazione del dolore). *Pain* 1996;65:87-92.
10. Uki J, Mendoza T, Cleeland CS, Nakamura Y, Takeda F. A brief cancer pain assessment tool in Japanese: the utility of the Japanese Brief Pain Inventory. *J Pain Symptom Manage* 1998;16: 364-73.
11. Portenoy RK, Payne D, Jacobsen P. Breakthrough pain: characteristics and impact in patients with cancer pain. *Pain* 1999;81:129-34.
12. Badia X, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Med Clin (Barc)* 1998;110:550-6.
13. World Health Organization. *Cancer pain relief: with a guide to opioid availability*. 2nd ed. Geneva: WHO, 1996.
14. Guillemín F, Bombardier C, Beaton S. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993;12:1417-32.

15. Badia X, García-Losa M, Del-Ré R. Ten language translation and harmonization of the International Prostate Symptom Score: developing a methodology for multinational clinical trials. *Eur Urol* 1997; 31:129-40.

16. Badia X, Carbonell M. Informe final de la adaptación cultural del Brief Pain Inventory. Barcelona: Mimeografía, 1999.

17. Ger LP, Ho ST, Sun WZ, Wang MS, Cleeland CS. Validation of the Brief Pain Inventory in a Taiwanese population. *J Pain Symptom Manage* 1999; 18:316-22.

18. Mystakidou K, Mendoza T, Tsilika E, Befon S, Parpa E, Bellos G, et al. Greek Brief Pain Inventory: validation and utility in cancer. *Oncology* 2001;60:35-42.

19. De Haes JC, Van Krippenberg FC, Neijt JP. Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *Br J Cancer* 1990; 62:1034-8.

20. Fayers PM, Machin D. Factor analysis. En: Staquet M, Hays RD, Fayers PM, editors. *Quality of life assessment in clinical trials. Methods and practice*. New York: Oxford University Press, 1998.

21. Guyatt G, Walter S, Norman G. Measuring changes over time: assessing the usefulness of evaluative instruments. *J Chronic Dis* 1987;40:171-8.

22. Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. *BMJ* 1997;314:572.

23. Deyo RA, Diehr P, Patrick DL. Reproducibility and responsiveness of health status measures. *Statistics and strategies for evaluation. Control Clin Trials* 1991;12(Suppl):142-58.

24. Gómez Batiste X, Madrid F, Moreno F, Gracia A, Trellis J, Nabal M, et al. Breakthrough cancer pain prevalence and characteristics in patients in Catalonia, Spain. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:45-52.

25. Twycross R, Harcourt J, Bergl S. A Survey of pain in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 1996;12:273-82.

26. Nunnally J. *Psychometric theory*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1978.

27. Serlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y, Edwards KR, Cleeland CS. When is cancer pain mild moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain* 1995;61:277-84.

ANEXO

Cuestionario Breve del Dolor (CBD)

1. Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor sombreando la parte afectada. Marque con una cruz la zona que más le duele

	Delante		Izquierda		Izquierda		Detrás		Derecha		
2. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad <i>máxima</i> de su dolor en la última semana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún dolor											El peor dolor imaginable
3. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad <i>mínima</i> de su dolor en la última semana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún dolor											El peor dolor imaginable
4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad <i>media</i> de su dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún dolor											El peor dolor imaginable
5. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor <i>ahora mismo</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún dolor											El peor dolor imaginable

6. ¿Qué tipo de cosas le alivia el dolor (p. ej., el calor, la medicación, el descanso)?

---

7. ¿Qué tipo de cosas empeora el dolor (p. ej., caminar, estar de pie, levantar algo)?

---

8. ¿Qué tratamiento o medicación está recibiendo para el dolor?

---

9. En la última semana, ¿hasta qué punto le han aliviado los tratamientos o la medicación para el dolor? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que corresponda al grado de alivio que ha sentido

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Ningún alivio										Alivio total

10. Si toma medicación, ¿cuánto tarda en volver a sentir dolor?

1. <input type="checkbox"/> La medicación para el dolor no me ayuda nada	5. <input type="checkbox"/> 4 h
2. <input type="checkbox"/> 1 h	6. <input type="checkbox"/> De 5 a 12 h
3. <input type="checkbox"/> 2 h	7. <input type="checkbox"/> Más de 12 h
4. <input type="checkbox"/> 3 h	8. <input type="checkbox"/> No tomo medicación para el dolor

11. Marque con una cruz la casilla que considere adecuada para cada una de las respuestas

Creo que mi dolor es debido a:

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	A. Los efectos del tratamiento (p. ej., medicación, operación, radiación, prótesis)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	B. Mi enfermedad principal (la enfermedad que actualmente se está tratando y evaluando)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	C. Una situación no relacionada con mi enfermedad principal (p. ej., artrosis).

Por favor, describa esta situación:

12. Para cada una de las siguientes palabras, marque con una cruz «sí» o «no» si ese adjetivo se aplica a su dolor

Dolorido/continuo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mortificante (calambre)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Palpitante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Agudo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Irradiante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensible	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Punzante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Quemante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Agotador	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fatigoso (pesado)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Entumecido (adormecido)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Penetrante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Penoso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Persistente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Insoportable	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

ANEXO

**Cuestionario Breve del Dolor (CBD)** (continuación)

13. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor lo ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana

A. Actividades en general	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha afectado											Me ha afectado por completo
B. Estado de ánimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha afectado											Me ha afectado por completo
C. Capacidad de caminar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha afectado											Me ha afectado por completo
D. Trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha afectado											Me ha afectado por completo
E. Relaciones con otras personas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha afectado											Me ha afectado por completo
F. Sueño	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha afectado											Me ha afectado por completo
G. Disfrutar de la vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me ha afectado											Me ha afectado por completo

14. Prefiero tomar mi medicación para el dolor...

1.  De forma regular
2.  Sólo cuando la necesito
3.  No tomo medicación para el dolor

15. Tomo mi medicación para el dolor (en un período de un día)

1.  No todos los días
2.  1 a 2 veces al día
3.  3 a 4 veces al día
4.  5 a 6 veces al día
5.  Más de 6 veces al día

16. ¿Cree que necesita una medicación más fuerte para el dolor?

1.  Sí
2.  No
3.  No lo sé

17. ¿Cree que debería tomar más dosis de la medicación para el dolor que las que le ha recetado el médico?

1.  Sí
2.  No
3.  No lo sé

18. ¿Está preocupado/a porque toma demasiada medicación para el dolor?

1.  Sí
2.  No
3.  No lo sé

Si la respuesta es «sí», ¿por qué?

---

19. ¿Tiene problemas con los efectos secundarios de su medicación para el dolor?

1.  Sí
2.  No

¿Qué efectos secundarios?

---

20. ¿Cree que necesita recibir más información sobre su medicación para el dolor?

1.  Sí
2.  No

21. Otros métodos que uso para aliviar mi dolor son (por favor, marque con una cruz todo lo que se le aplique):

Compresas calientes <input type="checkbox"/>	Compresas frías <input type="checkbox"/>	Técnicas de relajación <input type="checkbox"/>
Distracción <input type="checkbox"/>	Biofeedback <input type="checkbox"/>	Hipnosis <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/>	Por favor, especifique _____	

---

22. Otras medicaciones no recetadas por mi médico y que tomo para el dolor son:

---



---