ESCALONAMIENTO COMPARATIVO DE DIFERENTES DOLORES NOCICEPTIVOS Y NEUROPÁTICOS POR MEDIO DE MÉTODOS PSICOFÍSICOS VARIADOS

Priscilla Hortense[1]
Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa[2]

El objetivo general fue escalonar los diferentes tipos de dolor existentes, comparándolos entre ellos, siendo investigados por medio de diferentes métodos psicofísicos. Los métodos psicofísicos utilizados fueron el método de estimación de magnitudes y el de estimación de categorías. Participaron 30 pacientes de ambulatorio de diferentes clínicas, 30 médicos y 30 enfermeros. Los resultados mostraron que el dolor causado por: cáncer, infarto del miocardio, cólico renal, quemadura y parto, fueron considerados los tipos de dolor de mayor intensidad, independientemente del método psicofísico utilizado o de la muestra estudiada. El orden de posiciones de intensidad de los diferentes tipos de dolor, comparando los diferentes métodos psicofísicos utilizados, resultaron en niveles de concordancia significativa con valores de Kendal próximos de 1,00. Se encontraron divergencias en la percepción de las intensidades de algunos tipos de dolor, estas divergencias fueron observadas principalmente entre profesionales y pacientes.

DESCRIPTORES: dimensión del dolor; psicofísica

ESCALONAMENTO COMPARATIVO DE DIFERENTES DORES NOCICEPTIVAS E NEUROPÁTICAS POR MEIO DE MÉTODOS PSICOFÍSICOS VARIADOS

O objetivo geral foi escalonar os diferentes tipos de dor existentes, comparativamente entre si, sendo investigados por meio de diferentes métodos psicofísicos. Os métodos psicofísicos utilizados foram o método de estimação de magnitudes e o de estimação de categorias. Participaram 30 pacientes ambulatoriais de diferentes clínicas, 30 médicos e 30 enfermeiros. Os resultados mostraram que a dor no câncer, dor por infarto do miocárdio, a dor por cólica renal, dor por queimadura e a dor no parto foram consideradas os tipos de dor de maior intensidade, independente do método psicofísico utilizado ou da amostra estudada. As ordenações de posições da intensidade dos diferentes tipos de dor, comparando os diferentes métodos psicofísicos utilizados, resultaram em níveis de concordância significativa com valores de Kendal próximos de 1,00. Houve divergências na percepção das intensidades de alguns tipos de dor, essas divergências foram observadas principalmente entre profissionais e pacientes.

DESCRITORES: medição da dor; psicofísica

DEVELOPING A COMPARATIVE SCALE OF DIFFERENT NOCICEPTIVE AND NEUROPATHIC PAIN THROUGH TWO PSYCHOPHYSICAL METHODS

The general aim of this study was to create a comparative scale of different types of pain through different psychophysical methods and different samples. The psychophysical methods used were magnitude estimation and category estimation. The participants were 30 patients from different outpatient clinics, 30 physicians and 30 nurses. The results were: 1) cancer pain, myocardial infarction pain, renal colic, burn-injury pain, and labor pain were considered more intense, regardless of the psychophysical method used or sample studied; 2) The ranking of different pain intensities, comparing the different psychophysical methods used, resulted in significant agreement levels with Kendal values close to 1.00; 3) There were divergences in the perception of the intensities of some types of pain. These divergences were especially observed between professionals and patients.

DESCRIPTORS: pain measurement; psychophysics

[1]Doctor en Enfermería, Profesor del Centro Universitário de Araraquara, Brasil, e-mail: prihrt@yahoo.com.br; [2]Profesor Asociado de la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil, e-mail: faleiros@eerp.usp.br.

INTRODUCCIÓN

El profesional de la salud tiene como función primordial aliviar el dolor y el sufrimiento, para esto, debe librarse de creencias, prejuicios, experiencias individuales anteriores; debe entender al paciente con dolor en su totalidad, como un ser único y con características propias.

No existe apenas la comprensión del dolor de alguien – es necesario comprender ese alguien - del cual se percibe y se siente y de cómo lidia con lo que siente[1].

El dolor posee dos componentes: "la sensación original y la reacción a la sensación", o sea, la respuesta a la sensación dolorosa depende de una serie de aspectos intrínsecos y extrínsecos al individuo. De ese modo, la mensuración de la sensación dolorosa es de carácter complejo[2].

La historia de la mensuración del dolor fue analizada y se identificaron tres ramos de actividad, que fueron: psicofísica, los cuestionarios multidimensionales, que utilizan descriptores estandarizados, y las escalas de intensidad[3]. Los autores de ese estudio relataron que esa preocupación histórica proviene de la necesidad de establecer medidas confiables, válidas y sensibles para establecer la eficacia de los analgésicos y otras terapias.

En el ramo de la psicofísica, algunos estudios sobre la percepción del dolor utilizan la inducción de dolor experimental en diferentes muestras con la intención de realizar comparaciones entre las "reacciones a las sensaciones". Al inducir el dolor experimental, la psicofísica define el umbral y la tolerancia al dolor, haciendo comparaciones entre grupos étnicos, entre géneros, entre diferentes edades y diferentes hábitos de vida, entre otras variables[4-5].

Para estudiar el dolor clínico, resultante de estados patológicos, también se puede utilizar la metodología psicofísica. La ley psicofísica es conocida como la Ley de Stevens o la Ley Exponencial. Esa Ley relaciona la magnitud psicológica y la intensidad física del estímulo y puede ser descrita por una función de exponencial, la cual relaciona el estímulo y la respuesta subjetiva en una curva[6-7].

Esa función describe una situación donde un aumento geométrico en la escala de magnitud física corresponde a un aumento geométrico en la escala subjetiva o psicológica, con el exponente reflejando la tasa relativa de aumento a lo largo de las dos escalas, por lo tanto, refleja el principio de que razones iguales entre los estímulos producen razones iguales entre las respuestas[7].

En el método de estimación de magnitud, elaborado por la Psicofísica Moderna de Stevens, el sujeto selecciona y usa una amplitud de números que representa su amplitud subjetiva. Al contrario, en el método de estimación de categorías, el experimentador escoge arbitrariamente la amplitud de las categorías[6-7].

Ese método tiene características importantes como estrategia de mensuración para conceptos subjetivos como el dolor. Algunas de esas características son: la producción de escalas en nivel de razón aumenta la sensibilidad de la mensuración; las escalas producidas y los juzgamientos dados son replicables, estables con registros de prueba y reprueba y coeficientes fidedignos próximos a 0,908; el método es económico, una vez que casi no hay pérdida de datos y los datos pueden ser recolectados individualmente o en grupo[6-8].

En este trabajo, será utilizada la metodología psicofísica con el intuito de conocer un poco más ese fenómeno subjetivo y de percepción. Los diferentes tipos de dolor, comparados entre sí y entre diferentes muestras (profesionales y pacientes), fueron: lumbalgia, cefalea, dolores de articulaciones, dolor por quemadura, dolor por neuropatía periférica, dolor relacionada a movimientos repetitivos, dolor en el SIDA, dolor post operatoria, dolor en el cáncer, dolor en el parto, dolor por desorden en la articulación temporomandibular (ATM), dolor por herpes zóster, neuralgia del trigémino, fibromialgia, dolor por infarto del miocardio, dolor por cólico renal, dolor por úlcera gástrica, dolor por cólico biliar, dolor por cólico menstrual y dolor de diente.

OBJETIVO

Escalonar los diferentes tipos de dolor existentes, comparándoles entre sí, siendo que estos fueron investigados por medio de diferentes métodos psicofísicos.

MENSURACIÓN DEL DOLOR

Comparación entre los métodos psicofísicos escalares de estimación de magnitud y estimación de categorías

La intensidad de los diferentes tipos de dolor fue evaluada por medio de dos métodos psicofísicos independientes: estimación de magnitudes y estimación de categorías.

Objetivos

-comparar el escalonamiento de los diferentes tipos de dolor entre las diferentes muestras;

-comparar la escala derivada de juzgamientos ordinales (estimativas de categorías) con la escala derivada de los juzgamientos de razón (estimativas de magnitudes) en las tres muestras estudiadas;
-verificar si el orden de las intensidades de dolor derivadas de los dos métodos son similares entre sí en las muestras estudiadas.

Método

Participantes: participaron de este estudio 30 pacientes de ambulatorio de diferentes clínicas y 60 profesionales del área de la salud, siendo 30 médicos y 30 enfermeros, actuantes en el Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirao Preto.
Material: esferográfica y bloques de papel conteniendo, en la primera página, instrucciones específicas para cada tipo de método psicofísico y, en las páginas siguientes, una lista de 20 diferentes tipos de dolor y sus respectivas definiciones.
Procedimiento: los métodos psicofísicos utilizados fueron la estimación de magnitudes y la estimación de categorías.

Con el método de estimación de magnitudes, la tarea de los participantes consistió en atribuir un número a cada tipo de dolor que fuese proporcional a la intensidad del dolor que ese tipo posee, comparándolo con el estímulo estándar que fue el de lumbalgia, con el valor numérico de 100. Por ejemplo, si el participante considera que un dado tipo de dolor posee dos veces más intensidad que la lumbalgia, este debería atribuir a él un número dos veces mayor, o sea, 200. Si el participante considera que un tipo de dolor posee la mitad de la intensidad de la lumbalgia, él debería atribuir para a ese tipo de dolor un número que fuese la mitad, o sea, 50. Los participantes establecieron 20 estimativas, siendo una para cada diferente tipo de dolor.

En el segundo método, la tarea de los sujetos fue señalar un puntaje, que variaba de 1 a 7, para cada diferente tipo de dolor en función de la intensidad del dolor percibido. El sujeto fue instruido a señalar, el tipo de dolor con máxima intensidad con el puntaje máximo de 7 y, el tipo de dolor con mínima intensidad con el puntaje mínimo de 1. Los otros puntajes intermediarios de 2 a 6, deberían ser utilizados para indicar grados intermedios de intensidad de dolor que los participantes pudiesen percibir. Los diferentes tipos de dolor fueron presentados en orden aleatoria para cada sujeto. Cada sujeto estableció un puntaje para cada tipo de dolor.

Para las estimativas de magnitudes fueron calculados los promedios geométricos y las desviaciones estándar de los promedios geométricos para cada tipo de dolor; para las estimativas de categorías, fueron calculados los promedios aritméticos y las desviaciones estándar de los promedios aritméticos para cada tipo de dolor. Además, fueron calculadas la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis y la prueba de Mann-Whitney, para comparar las intensidades de dolor, entre las muestras; y, para comparar la concordancia entre los métodos utilizados, fue calculado el Kendall (W).

RESULTADOS

Los resultados presentados en las Tablas 1 y 2 corresponden al escalonamiento de los diferentes tipos de dolor, en orden creciente de posición, o sea, del tipo de dolor considerado de mayor intensidad para el tipo considerado de menor intensidad. El escalonamiento se presenta de acuerdo con las tres muestras estudiadas: el grupo de pacientes de ambulatorio, el grupo de médicos y el grupo de enfermeros. Los escalonamientos fueron realizados por medio de dos métodos de medida: estimativas de magnitudes (Tabla 1) y estimativas de categorías (Tabla 2).

Para el grupo de pacientes de ambulatorio, los tipos de dolor de mayor intensidad, tanto en la estimación de magnitudes como en la estimación de categorías, fueron: dolor en el cáncer, dolor por cólico renal, dolor por infarto agudo del miocardio y dolor en el SIDA; para el grupo de médicos y enfermeros, los tipos de dolor de mayor intensidad fueron equivalentes entre sí, siendo ellos: dolor en el cáncer, dolor por cólico renal, dolor en el parto, dolor por infarto del miocardio y dolor por quemadura (Tablas 1 y 2).

Se puede destacar que el dolor en el cáncer fue considerado por las tres muestras como siendo uno de los dolores más intensos en los dos métodos utilizados (estimación de magnitudes y estimación de categorías), siendo considerada la más intensa en el grupo de pacientes de ambulatorio y en el grupo de enfermeros y como el segundo dolor más intenso en el grupo de los médicos.

Los tipos de dolor considerados de menor intensidad para el grupo de pacientes de ambulatorio, tanto en la estimación de magnitudes como en la estimación de categorías, fueron: dolor por movimientos repetitivos, dolor por desorden en la ATM, lumbalgia y cefalea; para el grupo de médicos, fueron: dolor por movimientos repetitivos, dolores en articulaciones, fibromialgia, lumbalgia y dolor por cólico menstrual; ya para el grupo de enfermeros, fueron: dolor por cólico menstrual, lumbalgia, dolor por movimientos repetitivos, dolor por desorden en la ATM y dolor de diente.

La prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis fue ejecutada para cada tipo de dolor, comparando las muestras estudiadas en cada uno de los métodos utilizados. Cuando la diferencia entre las muestras se mostró estadísticamente significativa, con p<0,05, se ejecutó la prueba de Mann-Whitney pareada, comparando los puntajes de los dolores entre las muestras (pacientes-médicos; pacientes-enfermeros; médicos-enfermeros). Las Tablas 1 y 2 muestran los valores de *p* para cada tipo de dolor. En seguida, se presentan los tipos de dolor que presentaron puntajes con diferencias estadísticamente significativas entre las muestras estudiadas.

Tabla 1 – Promedio geométrico de las estimativas de magnitudes (EM) para los diferentes tipos de dolor en orden de posición (OP), según pacientes de ambulatorio, médicos y enfermeros HCFMRP/USP, 2007

Tipos de dolor	Pacientes de ambulatorio EM	OP	Médicos EM	OP	Enfermeros EM	OP	*p*	Tipos de dolor	Pacientes de ambulatorio EM	OP	Médicos EM	OP	Enfermeros EM	OP	*p*
Dolor por cáncer	384.25	1	314.61	2	310.50	1	0.5964	Dolor de diente	184.46	11	146.55	12	119.43	16	0.0849
Dolor por cólico renal	332.67	2	317.31	1	218.26	3	0.0767	Dolor por úlcera gástrica	184.38	12	166.01	8	141.26	11	0.1135
Dolor en el SIDA	303.60	3	118.42	14	133.11	13	0.0001[1]	Dolor postoperatorio	173.38	13	159.83	10	141.14	12	0.3194
Dolor por infarto del miocardio	295.26	4	260.28	4	238.29	2	0.2281[2]	Dolor por herpes zóster	148.41	14	190.00	7	151.13	9	0.3834
Dolor por cólico biliar	259.88	5	162.04	9	151.37	8	0.0184[3]	Dolor por cólico menstrual	133.09	15	110.20	16	82.57	20	0.0562
Fibromialgia	230.58	6	86.44	19	142.33	10	<0.001[4]	Cefalea	132.79	16	157.52	11	124.32	15	0.3899
Dolor por neuropatía periférica	209.75	7	123.27	13	154.24	7	0.0134[5]	Dolor por desorden en la ATM	109.50	17	114.80	15	116.70	17	0.9066
Dolor en el parto	208.22	8	297.69	3	181.73	5	0.0577	Lumbalgia	100	18	100	17	100	19	1.000
Neuralgia del trigémino	203.23	9	197.22	6	169.73	6	0.3351	Dolor por movimientos repetitivos	96.03	19	83.15	20	115.76	18	0.2331
Dolor de quemadura	184.86	10	198.65	5	211.75	4	0.9170	Dolores articulares	85.37	20	94.86	18	127.89	14	0.0236[6]

1- Dolor en el SIDA – diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y médicos y entre pacientes y enfermeros, p<0,017.
2- Dolor por infarto del miocardio – diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y enfermeros, p<0,017.
3- Dolor por cólico biliar - diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y enfermeros, p<0,017.
4- Fibromialgia – diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y médicos, p<0,017.
5- Dolor por neuropatía periférica – diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y médicos, p<0,017.
6- Dolores articulares - diferencias encontradas estadísticamente significativas entre pacientes y enfermeros.

Tabla 2 - Promedio geométrico de las estimativas de categorías (EC) para los diferentes tipos de dolor en orden de posición (OP), según pacientes de ambulatorio, médicos y enfermeros HCFMRP/USP, 2007

Tipos de dolor	Pacientes de ambulatorio EC	OP	Médicos EC	OP	Enfermeros EC	OP	*p*
Dolor en el cáncer	6.20	1	6.13	2	6.33	1	0.6203
Dolor por infarto del miocardio	6.10	2	5.57	4	6.03	2	0.1124
Dolor en el SIDA	5.83	3	3.80	15	4.77	9	<0.001[1]
Dolor por quemadura	5.83	4	5.13	5	5.60	4	0.3673
Dolor por cólico renal	5.63	5	6.17	1	5.70	3	0.1881
Fibromialgia	5.37	6	3.33	19	4.77	8	<0.001[2]
Neuralgia del trigémino	5.27	7	5.10	6	4.60	11	0.2171
Dolor en el parto	5.20	8	5.93	3	5.17	5	0.1332
Dolor por cólico biliar	4.90	9	4.40	12	4.70	10	0.3506
Dolor postoperatorio	4.87	10	4.67	8	4.93	6	0.4530
Dolor de diente	4.83	11	4	14	4.07	17	0.0533
Dolor por neuropatía periférica	4.83	12	4	11	4.77	7	0.0598
Dolor por herpes zóster	4.57	13	4.50	10	4.47	13	0.9248
Dolores articulares	4.37	14	3.67	17	4.57	12	0.0030[3]
Dolor por úlcera gástrica	4.33	15	4.80	7	4.40	14	0.9171
Cefalea	4.27	16	4.67	9	4.20	15	0.9608
Lumbalgia	4.13	17	3.47	18	4.10	16	0.0323[4]
Dolor por desorden en la ATM	4.07	18	4.27	13	3.93	18	0.7705
Dolor por cólico menstrual	4.	19	3.77	16	3.33	20	0.2584
Dolor por movimientos repetitivos	3.77	20	3.13	20	3.87	19	0.0271[5]

1- Dolor en el SIDA - diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y médicos, entre pacientes y enfermeros y entre médicos y enfermeros, p<0,017.
2- Fibromialgia – diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y médicos y entre médicos y enfermeros, p<0,017.
3- Dolores en articulaciones – diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y médicos y entre médicos y enfermeros, p<0,017.
4- Lumbalgia – diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y médicos, p<0,017.
5- Dolor por movimientos repetitivos - diferencias estadísticamente significativas entre médicos y enfermeros, p<0,017.

Se observa que, en ambos métodos, hubo divergencias importantes entre las muestras estudiadas, destacándose las diferencias entre pacientes y profesionales (pacientes-médicos, pacientes-enfermeros). Estos datos sugieren que profesionales y pacientes perciben esos tipos de dolores de manera diferente. Se observa que los valores numéricos, en ambos métodos, son subestimados por la muestra de profesionales en relación a la muestra de pacientes, presentando valores casi siempre menores.

Se destaca el dolor en el SIDA, el cual presentó un mayor número de divergencias entre las muestras; para el método de estimación de magnitudes, se encontraron diferencias entre pacientes y médicos y entre pacientes y enfermeros; y, en el método de estimación de categorías, hubo diferencias entre pacientes y médicos, pacientes y enfermeros y médicos y enfermeros.

El dolor en el cáncer fue considerado como el dolor más intenso en la mayoría de las muestras estudiadas y para los diferentes métodos psicofísicos utilizados. El dolor en el cáncer es un síntoma frecuente en los pacientes con esa enfermedad, se presenta con intensidad significativa, manifestándose en más de un local del cuerpo, es diaria y, cuando no es continua, permanece por varias horas por día. El dolor ocurre en los individuos con cáncer por medio de diversos causas, tales "como lesiones cutáneas, olores desagradables, anorexia, caquexia, falta de sueño, fatiga, ansiedad, depresión, vivencia de sentirse mutilado y desfigurado, luto anticipado, dificultades económicas, angustia espiritual"[9].

Un estudio[10] comparó los diferentes tipos de dolor utilizando la Escala Analógica Visual (VAS) para la intensidad del dolor (dimensión sensitiva) y para el grado de falta de placer (dimensión afectiva) que tales estímulos provocan. Participaron del estudio 87 pacientes con lumbalgia, 20 pacientes con dolores en los hombros y cuello, 38 pacientes con disfunción miofascial en la región temporomandibular, 19 pacientes con causalgía, 17 pacientes con dolor relacionado al cáncer y 23 mujeres en trabajo de parto. Los resultados mostraron que pacientes con dolor provocado por el cáncer y pacientes con dolor crónico no oncológico tuvieron altas tasas de dolor en la dimensión afectiva (desplacer que ella provoca), en cuanto que pacientes en el trabajo de parto y con dolor inducido experimentalmente tuvieron tasas mayores en la dimensión sensitiva. Lo encontrado sugiere que la percepción del dolor está relacionada al proceso de amenaza a la vida, el cual aumenta la experiencia de dolor cuando comparado al proceso de no amenaza a la vida (trabajo de parto y dolor experimental inducido). También percibieron que, durante el trabajo de parto, las mujeres que enfocaron su atención en el nacimiento de su hijo tuvieron menores índices en la dimensión afectiva que las mujeres que enfocaron su atención simplemente en el dolor del parto. Eso sugiere que la interpretación del proceso que causa el dolor influye en su percepción y que el grado de amenaza a la vida y a la calidad de vida aumentan la dimensión afectiva del dolor clínico.

En el presente estudio, se resalta que el dolor por infarto del miocardio se encuentra en la posición entre los cinco dolores de mayor intensidad. Sin embargo, en ninguna de las muestras, ese tipo de dolor estuvo en una posición de mayor intensidad en relación al dolor en el cáncer. "Quien tuvo una trombosis coronaria tiene por lo menos tanta probabilidad de morir de otra trombosis en poco tiempo, como quien está con cáncer tiene la probabilidad de morir en poco tiempo de cáncer"[11]. Este autor resalta que las metáforas sobre el cáncer implican procesos conectados a una sentencia de muerte, a una "maldición", es una enfermedad considerada como un "destruidor invencible"[11].

Una comparación interesante entre el cáncer y las enfermedades cardiovasculares corrobora los resultados de este trabajo: "de todas las enfermedades, el cáncer es el que posee el mayor impacto psicológico. No solamente debido a la eminencia de la muerte, que es el destino de todos nosotros, lo es también por su aproximación progresiva y dolorosa, acompañada siempre de la posibilidad de mutilación natural o post terapéutica. El riesgo de muerte súbita de enfermedades cardiovasculares es menos asustador. Es la percepción de la incurabilidad del cáncer, así como el temor de que su terapéutica sea radical, juntamente con las imágenes de las alteraciones corpóreas, causadas por el tratamiento del cáncer, que ocasionan terror"[12].

También, observando las Tablas 1 y 2, se puede percibir que, para el grupo de pacientes de ambulatorio, el dolor en el SIDA ocupa la 3ª posición, tanto para estimar magnitudes como para estimar categorías. Es interesante notar la preocupación con ese tipo de dolor demostrada por esa muestra (pacientes de ambulatorio).

El dolor en el SIDA no se encuentra entre los diez tipos de dolor más intensos para el grupo de médicos en ninguno de los métodos utilizados, y está en 9º lugar solamente para estimar categorías en el grupo de enfermeros. Ese tipo de dolor obtuvo diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y médicos y entre pacientes y enfermeros, en el método de estimación de magnitudes; en el método de estimación de categorías, se obtuvo diferencias estadísticamente significativas entre todas las muestras (pacientes-médicos; pacientes-enfermeros; médicos-enfermeros), demostrando las divergencias de pensamiento entre pacientes y profesionales.

Se observó que hay una mayor preocupación con el dolor en el cáncer en relación al dolor en el SIDA, ya que el individuo con cáncer, de acuerdo con el estigma creado para esa enfermedad, "no era merecedor" de tal sufrimiento, y es, por lo tanto, digno de piedad y de atención; y el individuo con SIDA por haber tenido "comportamientos que pudiesen llevar a la enfermedad" no es digno de tales sentimientos.

En un estudio reciente[13], se encontró que 67% de una muestra, representativa de la población de adultos con HIV, relataron dolor durante las cuatro semanas anteriores a la entrevista, resaltan que el dolor relacionado al HIV es derivado de efectos directos del virus al sistema nervioso central y periférico, de la supresión inmune, de los tratamientos y de las varias desordenes asociadas a la presencia del virus.

El dolor en el SIDA tiene otros aspectos importantes para ser recordados como el prejuicio relacionado al síndrome, el desfiguramiento, los disturbios en la autoestima, el rechazo de los familiares y amigos, el alejamiento de las actividades de trabajo y placer. El dolor en el cáncer y el dolor en el SIDA poseen aspectos parecidos.

Entretanto, no se puede olvidar el aspecto social de la percepción del dolor. De ese modo, se puede desprender, del análisis de los resultados encontrados en ese estudio, que el significado dado al fenómeno doloroso es también influenciado por la propia sociedad, o sea, es influenciado por el estigma creado para la enfermedad que el provoca.

El dolor en el parto también ocupa las primeras posiciones, 3ª y 5ª posición, considerando el grupo de médicos y enfermeros, respectivamente; en el grupo de pacientes de ambulatorio, ocupa la 8ª posición. Un estudio antropológico fue realizado, por medio del método etnográfico, mediante observación participante y entrevistas semiestructuradas, con el objetivo de examinar el trabajo de parto en una maternidad pública de una capital brasileña, con base en la perspectiva de mujeres jóvenes y adolecentes. Los resultados mostraron que las mujeres describen el trabajo de parto dominado por el miedo, soledad y dolor. "Y eso confirma las historias sobre el dolor en el parto que las jóvenes escucharon fuera del hospital, sea de sus parientes y amigos, sea de los medios de comunicación en general". Resaltan la ausencia del acompañante durante el trabajo de parto por motivos institucionales, el cual posibilitaría una mayor seguridad y un mejor enfrentamiento del dolor. Los autores consideraron que los significados culturales son inseparables de las sensaciones físicas[14].

El estudio citado puede ayudar en la argumentación de los resultados aquí apuntados. A pesar de que el dolor en el parto esta unido al nacimiento y no a un proceso de enfermedad o de amenaza a la vida, fue considerado como uno de los dolores de mayor intensidad. No se puede olvidar que el abordaje dado al proceso de trabajo de parto en nuestro país es precario y genera sentimientos de miedo, soledad y abandono, resultando en un momento de mayor tensión y con aumento de la percepción dolorosa.

Se puede percibir que los dolores considerados de menor intensidad, tales como el dolor por movimientos repetitivos, los dolores de articulaciones y la lumbalgia, son dolores con alta prevalencia en la población, con mayor frecuencia en el día a día y que causan consecuencias como incapacidades física y social[15-17]. Sin embargo, no se caracterizan como amenaza a la vida y están relacionadas al trabajo, al género, a la edad, al estrés, al sedentarismo, entre otras.

En este estudio, también fue calculado el coeficiente de concordancia de Kendall (W) para las dos escalas. El coeficiente de Kendall asume valores que varían de -1 a 1, siendo que los valores negativos indican una relación inversamente proporcional entre las variables, o sea, en la medida que los valores de una variable aumentan, los valores de la otra variable disminuyen. Los valores positivos indican una relación directamente proporcional entre las variables, o sea, en la medida que los valores de una variable aumentan, los valores de una otra variable también aumentan. Los valores próximos a cero, negativos o positivos, indican independencia entre las variables,

o sea, el comportamiento de una variable no influye en la otra.

El coeficiente de concordancia de Kendall (W) aplicado a las estimativas, comparando los diferentes métodos (estimativas de magnitudes y estimativas de categorías) para los diferentes tipos de dolor, mostró para el grupo de pacientes de ambulatorio de diferentes clínicas W=0,68, para el grupo de médicos W=0,89 y para el grupo de enfermeros W=0,78. Esto indica que el orden de la intensidad del dolor obtenido de las estimativas resultantes de los dos métodos son concordantes para los tres grupos y que las estimativas son estadísticamente significativas con $p<0,001$.

Existen algunas diferencias fundamentales en los escalonamientos obtenidos. En el método de estimación de magnitudes es posible establecer el orden, las diferencias y, principalmente, las razones entre los grados de intensidad de dolor. En el método de estimación de categorías, es posible establecer apenas el orden y las diferencias entre las intensidades de dolor. Ya en el método de estimación de puestos, se puede obtener apenas el orden de las intensidades de dolor.

Algunos autores[18], en estudios anteriores, resaltaron que, con el uso de las escalas de categorías, hay dos problemas centrales. Primero, como el número de categorías con las cuales los estímulos son juzgados es fijo, el método introduce serios sesgos. Por esa razón, las escalas de categorías son especialmente sensibles a los efectos de contexto, tales como la amplitud de las categorías y la frecuencia de los estímulos. En el caso de la mensuración del dolor, una mayor fuente de error ha sido la incomodidad causada al examinado por la imposición de un límite superior en al fin del continuo de dolor, esto es, de la escala de mensuración del dolor. Segundo, las escalas de categorías no permiten afirmaciones sobre la razón de diferencias entre las medidas de dolor obtenidas; es significativo afirmar que una medida es mayor que otra o substraer una de la otra, pero no es posible deducir cuantas veces una medida es mayor o menor que otra.

En los métodos de estimación de categorías no es posible conocer las razones entre las intensidades de dolor, o sea, no es posible saber, por ejemplo, en cuanto el dolor en el cáncer es considerado mayor o menor que el dolor por quemadura. Se puede afirmar, observando la Tabla 1, que el dolor por cólico renal (EM=317,31) es considerado por el grupo de médicos como siendo dos veces más intenso que el dolor postoperatorio (EM=159,83); en cuanto que el dolor en el cáncer (EM=310,50) es considerado por el grupo de enfermeros como siendo dos veces más intenso que el dolor por neuropatía periférica (EM=154,24).

Esas comparaciones también pueden ser realizadas entre los grupos, por ejemplo, se puede decir que el dolor en el SIDA es un poco más intenso que el doble (2,5), para pacientes de ambulatorio (EM=303,60) que para los médicos (EM=118,42); y cerca de dos veces más intenso para los pacientes de ambulatorio (EM=303,60) que para los enfermeros (EM=133,11); y, además, presenta una intensidad de dolor aproximada entre enfermeros (EM=133,11) y médicos (EM=118,42). Varias otras comparaciones, entre las muestras pueden ser realizadas, ya que la escala de razón proporciona ese tipo de comparación.

CONCLUSIONES

1) El dolor en el cáncer, el dolor por infarto del miocardio, el dolor por cólico renal, el dolor por quemadura y el dolor en el parto fueron considerados los tipos de dolor de mayor intensidad, independientemente del método psicofísico utilizado o de la muestra estudiada, además del dolor en el SIDA, apuntado por la muestra de pacientes de ambulatorio, entre los dolores de mayor intensidad.
2) El dolor por desorden en la articulación de la mandíbula, los dolores en las articulaciones, el dolor por movimientos repetitivos, el dolor por cólico menstrual y la lumbalgia fueron considerados los tipos de dolor de menor intensidad, independientemente del método psicofísico utilizado o de la muestra estudiada.
3) El orden de posiciones de la intensidad de los diferentes tipos de dolor, comparando los diferentes métodos psicofísicos utilizados, resultaron en niveles de concordancia significativa.
4) El estudio posibilitó profundizar reflexiones a respecto de la percepción del fenómeno doloroso y de su significado para nuestra cultura, comparando profesionales y pacientes, por medio de un método válido y confiable. Se encontraron divergencias en la percepción de las intensidades de algunos tipos de dolor, y esas divergencias fueron observadas principalmente entre profesionales y pacientes (médicos-pacientes, enfermeros-pacientes).

5) Fue trazado un perfil de la percepción de los diferentes tipos de dolor en nuestra sociedad. Los datos alcanzados muestran características originales para este estudio, tales características son demostradas por medio de la comparación de los diferentes tipos de dolor juzgados por diferentes muestras.

REFERENCIAS

1. Carvalho AMP. Enfrentamento da dor: contribuições da psicologia. Rev. Dor: Pesquisa, Clínica e Terapêutica 2005 jan/fev/mar; 6(1):525-9.

2. Engel GL. Psychogenic pain and the painprone patient. Am J Med 1959; 26(6):899-918.

3. Noble B, Clark D, Meldrum M, Have H, Seymour J, Winslow M, Paz S. The measurement of pain, 1945-2000. J Pain Sympt Manag. 2005 January; 29(1):14-21.

4. Girdler SS, Maixner W, Naftel HA, Stewart PW, Moretz RL, Light KC. Cigarette smoking, stress-induced analgesia and pain perception in men and women. Pain 2005 April; 114(3):372-85.

5. Campbell CM, Edwards RR, Fillingim RB. Ethnic differences in responses to multiple experimental pain stimuli. Pain 2005 January; 113(1-2):20-6.

6-Stevens SS. On the psychopysical law. Psychol Rev 1957 May; 64(3):153-81.

7. Pereira LV, Sousa FAEF. Psychophysical evaluation of the descriptors of pain in the postoperative. Rev Latino-am Enfermagem 2007; 15(3):474-9.

8. Faleiros Sousa FAE, Hortense, P. Social perception of nursing professional assessed by different scales. Rev Latino-am Enfermagem 2006; 14(6):857-62.

9. Pimenta CAM, Ferreira K. Dor no doente com câncer. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM, organizadores. Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia. Barueri, SP: Manole; 2006. p. 124-66.

10. Price DD, Harkins SW, Baker C. Sensory-affective relationships among different types of clinical and experimental pain. Pain 1987 March; 28(3):297-307.

11. Sontag S. Doença como metáfora. Rio de Janeiro: Graal; 1984.

12. Sherman Júnior CD. Aspectos psicossociais do câncer. In: Manual de Oncologia Clínica. São Paulo: FOSP; 1999.

13. Dobalian A, Tsao JCI, Duncan RP. Pain and the use of outpatient services among persons with HIV: results from a nationally representative survey. Med Care 2004 February; 42(2):129-38.

14. Mccallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública 2006 junho; 22(7):1483-91.

15. Saastamoinem P, Leino-Arjas P, Laaksonen M, Lahelma E. Socio-economic differences in the prevalence of acute, chronic and disabling chronic pain among ageing employees. Pain 2005 April; 114(3):364-71.

16. Alexandre GC, Nadanovsky P, Lopes CS, Faerstein E. Prevalência e fatores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública 2006 maio; 22(5):1073-8.

17. Chung JWY, Wong TKS. Prevalence of pain in a community population. Pain Med 2007 January; 8(3):235-42.

18. Sousa FAEF, Da Silva JA. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. Rev Dor: Pesquisa, Clínica e Terapêutica 2005 jan/fev/mar; 6(1):469-513.

Recebido em: 31.8.2007
Aprovado em: 10.2.2009