

Validación del Cuestionario para Graduación de Dolor Crónico en Pacientes Chilenos con Patología Musculoesquelética

Validation of The Graduation of Chronic Pain in Patients with Chilean Musculoskeletal Pathology

Maldonado, Paula ⁽¹⁾; Miranda, Ana Luisa ^(2,3); Rivera, Carolina ⁽³⁾; Miranda, Juan Pablo ⁽⁴⁾

Resumen

Introducción: El dolor crónico es una condición que afecta a 1 de cada 5 personas en el mundo, comprometiendo diferentes áreas de la calidad de vida. El cuestionario para graduación de dolor crónico (CGDC) fue desarrollado como una forma de evaluar y monitorear a estos pacientes, con altos niveles de fiabilidad y validez.

Objetivos: Desarrollar una versión española del CGDC, adaptado culturalmente a Chile y determinar su validez y fiabilidad, en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Material y métodos: El cuestionario fue traducido y adaptado culturalmente de acuerdo a las recomendaciones internacionales. Se aplicó SF-36 v2.0 en 130 pacientes con dolor musculoesquelético crónico (más de 6 meses). La fiabilidad se calculó con Alfa de Cronbach y el índice de validez se evaluó mediante la comparación de las respuestas de la CGDC para cada categoría con las subescalas del SF-36 v.2.

Resultados: La versión chilena de la CGDC fue válida. Se obtuvieron altos niveles de confiabilidad con alfa de Cronbach > 0,7. Se observaron correlaciones significativas del SF -36, especialmente con las subescalas que tienen alta capacidad de medir el dolor y la salud física ($p < 0,01$).

Conclusiones: Los resultados presentados aquí confirman la fiabilidad y validez de la versión chilena del CGDC en la evaluación de pacientes con dolor musculoesquelético crónico.

Palabras clave: dolor crónico, dolor musculoesquelético, cuestionario.

Abstract

Introduction: Chronic pain is a condition that affects 1 in every 5 people in the world, compromising different areas of quality of life. The Chronic Pain Graded questionnaire (CPG) was developed as a form to assess and monitor these patients, with high levels of reliability and validity.

Objectives: To develop a spanish version of the chronic pain graded questionnaire, culturally adapted to Chile and determine its reliability and convergent construct validity, in the University of Chile Clinical Hospital.

Materials and Methods: The chronic pain graded questionnaire was translated and culturally adapted according to international recommendations. It was applied with SF -36 v2.0 questionnaire in 130 patients with chronic musculoskeletal pain (more than 6 months). The reliability was calculated with de Alpha the Cronbach Index and de validity was assessed by comparing the responses of the CPG for each category with the subscales of SF-36 v.2.

Results: The Chilean version of the CBDC was valid. High levels of reliability was obtained with Cronbach's alpha > 0.7. Compared with the SF -36 significant correlations were observed, especially with the SF -36 subscales having high ability to measure pain and physical health ($P < 0.01$).

Conclusions: The results presented here confirm the reliability and validity of the Chilean version of the chronic pain graded questionnaire in the evaluation of patients with chronic musculoskeletal pain.

Key words: chronic pain, musculoskeletal pain, survey.

(1) Médico Fisiatra. Hospital Gustavo Fricke y Hospital de Peñablanca. Servicio Salud Viña del Mar- Quillota. Viña del Mar. Chile.

(2) Médico Fisiatra. Unidad de Tratamiento del Dolor. Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago. Chile.

(3) Médico Fisiatra. Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago. Chile.

(4) Médico. Medicina Interna. Profesor Asistente. Departamento Medicina. Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago. Chile.

Introducción

Aunque el dolor agudo es una experiencia universal que sirve para preservar las funciones vitales de la vida, el dolor crónico (DC), corresponde a una de las afecciones más discapacitantes y costosas a nivel mundial (1). Se ha estimado una prevalencia de DC de un 20% en Europa y según la OMS, el año 2000 comprometía a 600 millones de personas a nivel mundial, cifra que se doblaría el año 2025. La principal causa de DC es la patología degenerativa y/o inflamatoria osteoarticular y musculoesquelética, siendo la artrosis la enfermedad osteoarticular de mayor prevalencia mundial (2, 3, 4).

En Chile, la Encuesta Nacional de Salud del año 2010 del Ministerio de Salud mostró que un 35% de las personas presentaron dolor musculoesquelético moderado en los últimos siete días y de éstos, un 60% presentaba este dolor hace más de un año, siendo las principales causas el lumbago y el dolor articular de rodilla (5). El impacto del dolor crónico en la calidad de vida de quienes lo padecen es multidimensional y trae consigo importantes

repercusiones en todos los aspectos de la persona y no sólo en su salud física. Se asocia con una significativa disminución de la autonomía, desempleo y la pérdida de otras funciones físicas, lo que resulta en problemas sociales y económicos significativos, que incluyen reducción de la capacidad de ingresos, la falta de armonía familiar y el aislamiento. En Chile, el número promedio de días laborales perdidos secundarios a dolor crónico no oncológico en los últimos 6 meses fue de alrededor de 8 días (5).

Otro aspecto a tener en cuenta es la repercusión tanto de recursos asistenciales y económicos que van asociados con esta patología crónica. La evolución de la población de los países industrializados tiende a estar compuesta por personas de más edad y donde la longevidad cada vez es mayor, generando un aumento de la prevalencia de patología crónica degenerativa y por consiguiente del dolor crónico. En nuestro país y según datos del INE, se estima que la población de adultos mayores actuales se duplicará para el año 2030, llegando al 20% de la población (6). El gasto a nivel país por dolor crónico musculoesquelético se ha calculado en un 2,5% de PIB de los países industrializados (3, 4).

Las variaciones y cambios del dolor crónico no pueden ser explicados solamente por la enfermedad subyacente. Pacientes con una enfermedad de similar severidad muchas veces pueden diferir en sus niveles de dolor y de discapacidad asociada, por lo que es necesaria una evaluación individualizada. La valoración del dolor debe ir acompañada de una medición en la calidad de vida del paciente para permitir un tratamiento de calidad de éste (7, 8, 9).

El interés por la investigación en dolor crónico musculoesquelético surge de la necesidad de dar respuesta y optimizar los tratamientos en pro de una mejor calidad de vida en la población adulta que se ve afectada por esta condición. La forma inicial de medir el dolor fue a través de escalas unidimensionales que medían intensidad de éste, siendo la más utilizada a nivel mundial la Escala Visual Análoga (EVA), introducida en 1976. En los años posteriores aparece el concepto de dolor como una experiencia subjetiva y multidimensional, definición introducida por la International Association for the Study of Pain (IASP) en 1994.

Distintos autores han intentado generar cuestionarios que permitan evaluar el dolor en forma multidimensional, pero en general son extensos y difíciles de aplicar en la práctica clínica, por lo que por lo general no se utilizan. El Cuestionario para Graduación de Dolor Crónico (CGDC) es uno de los instrumentos disponibles. Fue desarrollado en inglés y publicado el año 1992 por Von Korff, a través de un estudio realizado en 2.389 pacientes que demostró su confiabilidad y validez. Sus propiedades han sido probadas en diversos estudios y ha sido usado en otros. Consta de 7 preguntas autoaplicadas, que evalúan tanto intensidad del dolor crónico, como su impacto en la calidad de vida. Este cuestionario es fácil de completar y su brevedad hace que sea un instrumento atractivo si se aplica correctamente. Ofrece cuatro grados jerárquicos de severidad, basados en la intensidad y la discapacidad relacionada con el dolor. Además del sistema de clasificación categórica, el CGDC contiene puntajes numéricos, tanto en la intensidad del dolor y la discapacidad. Se probó su utilidad en el seguimiento de pacientes con dolor crónico musculoesquelético (10, 11, 12, 13, 14).

Si bien ha sido traducido y validado en diferentes idiomas, no se ha realizado su validación al español, por lo que no está disponible para su uso en nuestro país (15, 16, 17, 18). En los últimos años, la mayoría de los estudios publicados acerca de dolor crónico a nivel internacional incluyen esta escala como forma de evaluación e

incluso recientes publicaciones la incorporan en la evaluación del dolor crónico en pacientes con patologías de origen neurológico, como esclerosis múltiple y parálisis cerebral (19, 20).

Por lo anterior, es de nuestro interés realizar la validación y adaptación cultural de dicho cuestionario al español y en población chilena, tanto con objetivos clínicos, que nos permitan tener una herramienta confiable, pero a la vez eficiente para la evaluación y seguimiento de pacientes con dolor crónico, así como también incorporarlo como una herramienta de investigación.

El objetivo general de este estudio es validar la versión español-chilena CGDC en población con dolor crónico de origen musculoesquelético, que consulta en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Sus objetivos específicos son traducir al idioma español el CGDC, realizar la adaptación cultural a la población chilena del CGDC, caracterizar a la población encuestada en función del sexo, edad, nivel educacional y actividad laboral, caracterizar la severidad del dolor y nivel de discapacidad de la población encuestada, determinar la confiabilidad del cuestionario completo y de sus subescalas y realizar la validez de constructo convergente del CGDC con el cuestionario SF-36 v.2.

Materiales y Métodos

Estudio aprobado por el Comité de Ética del Hospital Clínico Universidad de Chile, llevándose a cabo entre agosto 2013 y marzo 2014. Entrevista a 130 pacientes ambulatorios de las Unidades del Dolor, Medicina Física y Rehabilitación y Traumatología con diagnóstico de dolor de más de 6 meses en contexto de patología musculoesquelética. Cada paciente firmó consentimiento informado y respondió los cuestionarios CPGD y SF 36 v.2.

Criterios de inclusión: ser mayor de 18 años, habla hispana, dolor crónico de origen musculoesquelético mayor a 6 meses y consentimiento informado.

Criterios de exclusión: dolor de origen oncológico y deterioro cognitivo severo (definido como puntaje del test Minimal Test Examination (MMSE) menor o igual a 21 puntos).

Instrumentos Utilizados:

CGDC: Cuestionario autoaplicado, compuesto por 7 preguntas. Las primeras 3 preguntas evalúan intensidad de dolor (actual, habitual y el peor) en los últimos 6 meses, usando una escala de 11 puntos (0: "sin dolor", 10: "peor dolor que existe"). Una pregunta evalúa el número de días, durante los últimos 6 meses, en que el paciente se ha mantenido ausente en sus actividades habituales por dolor. Las últimas 3 preguntas evalúan limitación en las actividades y restricción en la participación. Se pregunta por las limitaciones en las actividades diarias, sociales, familiares y trabajo, usando una escala de 11 puntos (0: "sin interferencia", 10: "imposibilitado"). Los resultados del cuestionario clasifican el dolor crónico en 4 grados según intensidad de éste y discapacidad asociada. Grado I (baja discapacidad - baja intensidad); Grado II (baja discapacidad - alta intensidad); Grado III (alta discapacidad - limitación moderada); Grado IV (alta discapacidad - limitación severa). Además, entrega 2 puntajes, uno que corresponde a la intensidad del dolor, basado en las 3 primeras preguntas; y el puntaje de discapacidad, que incluye las siguientes 4 preguntas; ambos van de 0 a 100, siendo 0 baja intensidad/discapacidad y 100 máxima intensidad/discapacidad (10, 13, 14).

SF-36 v.2: Consta de 36 preguntas y proporciona un perfil del estado de salud. Cubre 8 dimensiones, que representan los conceptos de salud empleados con mayor frecuencia cuando se mide CVRS: funcionamiento físico (FF), limitaciones de rol por

problema físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), funcionamiento social (FS), limitaciones de rol por problema emocional (RE) y salud mental (SM). Se encuentra validado en varios idiomas, incluido el español-chileno (Olivares-Tirado 2004) (22).

Diseño del estudio

- Traducción y adaptación cultural: La versión en idioma español del CPGD se realizó de acuerdo con las recomendaciones de la ISPOR (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research). El proceso se desarrolló en fases sucesivas: preparación, traducción, reconciliación, retraducción, revisión de la retraducción, sesión de análisis y revisión de la sesión de análisis y finalización (23).
- Preparación: Se contactó al Dr. Von Korff (Investigador senior del Group Health Research Institute, Seattle), autor del CGDC a través de correo electrónico (vonkorff.m@ghc.org), quien accedió amablemente a cooperar en este proceso.
- Traducción: Dos profesionales idóneos en Chile (bilingües, de lengua nativa español) realizaron de manera independiente la traducción de la versión original del CGDC del idioma inglés al idioma español.
- Reconciliación: Se envió a los correos electrónicos de los miembros del equipo investigador una copia del CGDC en inglés y los 2 formatos del CGDC traducidos al español para su análisis y reflexión. Dos semanas después, se coordinó una reunión con los investigadores del proyecto: 2 médicos fisiatras (A.M, P.M) y un médico internista (J.M) en la que se discutieron las dudas y propuestas. De esta reunión se generó una versión del cuestionario CGDC en español, el que fue enviado al Dr. Von Korff para conocer su opinión y sugerencias.
- Retraducción al idioma inglés: Se solicitó a dos profesionales bilingües, pero de lengua nativa inglés, que realizaran la retraducción al idioma inglés de la versión español del CGDC. Las personas que realizaron la traducción no se encontraban relacionadas con el ámbito de la salud.
- Armonización: El equipo investigador se reunió y analizó todas las versiones generadas del CGDC. Esta instancia tuvo como finalidad detectar las discrepancias conceptuales que pudiesen existir entre el instrumento original en inglés, la versión preliminar del CGDC en español y la versión retraducida del idioma español al idioma inglés.
- Sesión de análisis: Para garantizar la comprensibilidad del instrumento, su interpretación y detectar eventuales errores, la versión final del CGDC en idioma español se entregó a un grupo de 5 médicos residentes de medicina física y rehabilitación para su análisis y comentarios. Posteriormente, la versión preliminar del CPGD en idioma español se aplicó en 10 pacientes con dolor crónico musculoesquelético que consultaban en la unidad de dolor. Según las sugerencias y comentarios de los pacientes, se generó la versión final del CPGD en idioma español-chileno (anexo B).

Análisis Estadístico

Se calcularon y estimaron los niveles de confiabilidad, consistencia interna y la validez del instrumento CGDC. El tamaño muestral se fijó en 100 pacientes, número mínimo de observaciones para validar escalas de hasta 20 ítems en la población que presenta en un 100% la condición a evaluar. Se realizó una investigación de tipo Correlacional con un Diseño de Investigación no experimental transeccional o seccional de tipo correlacional, mediante el uso de herramientas de Validez de Criterio para el Constructo y de

Formas Paralelas o Alternas como principal insumo investigativo. La validez se evaluó mediante la comparación de las respuestas del CGDC para cada categoría con las subescalas del SF-36 v.2 y también mediante la realización de análisis factorial confirmatorio, mediante coeficientes de correlación de Pearson, con el objetivo de ampliar los criterios de validación y encontrar consistencias entre los factores de ambas pruebas (24).

Para obtener el grado de Confiabilidad y Consistencia Interna se empleó el coeficiente de fiabilidad de Cronbach. Se considera aceptable para el grupo de las comparaciones cuando el alfa de Cronbach es superior a 0,7 (25, 26, 27). Adicionalmente, se analizó la correlación de las distintas dimensiones del instrumento con la puntuación total de la escala. Para el análisis de los datos se utilizó el programa Statistical Package for Social Science (SPSS) en su versión 13.0 en Inglés para Windows.

Resultados

Análisis descriptivo de la muestra y resultados

Características de la muestra: Fueron reclutados un total de 130 pacientes (89 mujeres y 41 hombres). La edad promedio fue de 51,9 años (+/-13,9), con un rango de 18 a 87 años. El nivel educacional fue medio a alto. La mayoría de los pacientes se encontraba trabajando en el momento de la entrevista. El detalle se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra.

Variable	n	Porcentaje
Edad (años)		
18-32	15	11,5
33-46	24	18,5
47-60	57	43,9
61-74	28	21,5
75 o más	6	4,6
Género		
Femenino	89	68,5
Masculino	41	31,5
Nivel educacional		
Primario	26	20
Secundario	39	30
Superior *	65	50
Estado ocupacional		
Estudiante	4	3
Trabajador activo	80	61,6
Labores domésticas	27	20,8
Inactivo **	19	14,6

*Se incluyen técnicos superiores, universitarios y postgrado.

** Se incluyen jubilados y cesantes.

Tabla 2: Características del dolor de la muestra

CGDC	Promedio (DS)	Valor (mínimo – máximo)	Percentiles (p25 – p50 – p50)		
Intensidad de dolor actual (ítem 1)	4,4 (2,63)	0 - 10	3	4	7
Intensidad habitual (ítem 2)	5,89 (2,06)	1 - 10	5	5,5	8
Intensidad del peor dolor (ítem 3)	8,21 (2,05)	2 - 10	7	9	10
Interferencia en las actividades diarias (ítem 5)	5,23 (2,44)	0 - 10	3,25	5	7
Capacidad para participar en actividades familiares, sociales y recreacionales (ítem 6)	4,84 (3,00)	0 - 10	2	5	7
Capacidad para trabajar (ítem 7)	5,55 (3,04)	0 - 10	3	6	8
Puntaje de Intensidad global	61,72 (18,55)	13,3 - 100	50	61,67	76,67
Puntaje de discapacidad	52,08 (24,79)	0 - 100	36,67	53,3	69,16

Los puntajes se aproximaron al decimal cercano a 10. X: promedio, DS: desviación standard, Mín: Valor mínimo, Máx: Valor máximo.

La tabla 2 resume el resultado del promedio, DS, valores mínimos, máximos y percentiles de cada uno de los ítems evaluados del cuestionario CGDC. La pregunta 4 queda fuera de esta tabla, ya que su valor va de 1 a 4 y cada punto representa un rango de días, lo que no permite realizar este análisis.

En base a los resultados obtenidos es posible clasificar a los pacientes en 4 categorías jerárquicas según el puntaje de intensidad de dolor y discapacidad, lo que se resume en la tabla 3. Un 51,5% de la muestra se encuentra dentro del grupo de bajo nivel de dolor y un 48,5% de la muestra presentó un alto grado de discapacidad.

Tabla 3: Resultados Graduación jerárquica del CGDC

	n	Porcentaje
Baja discapacidad		
Baja intensidad de dolor (Grado I)	25	19,2
Alta intensidad de dolor (Grado II)	42	32,3
Alta discapacidad		
Limitaciones moderadas (Grado III)	29	22,3
Limitaciones severas (Grado IV)	34	26,2

Proceso de Validación

Validez: El proceso de análisis ítems a ítems dio cuenta que para el instrumento CGDC existe la capacidad de discriminar entre los datos extremos inferiores contra los datos extremos superiores con una valor $P < 0,05$. Ante ello, fue viable el proceso de homogeneidad para cada ítem de la prueba, dentro de lo cual el análisis mostró que todos

ellos cumplían con los criterios de correlaciones por ítems, corregida directamente proporcionales y con valores $R_{tt} > 0,30$, por lo cual todos los ítems de la prueba tienen la capacidad de discriminar y presentar adecuados indicadores de homogeneidad.

Confiabilidad y Consistencia interna: El CGDC mostró una buena consistencia interna a través de la evaluación de ítems individuales con la puntuación total de la escala. Ítems con correlaciones ítem-total de menos de 0,4 presentan poca consistencia interna, por lo que deben rechazarse. El Alfa de Cronbach total fue de 0,822 y las correlaciones ítem-total fueron altas. La tabla 4 da cuenta que existe relación entre los factores del instrumento con el valor de la prueba global: todas las relaciones son significativas, moderadas a altas y directamente proporcionales.

Tabla 4: CGDC: Correlaciones entre ítems y total de la prueba

Nº de pregunta	1	2	3	4	5	6	7
Correlación	0,588	0,719	0,663	0,599	0,822	0,737	0,810

El análisis KMO da cuenta que existe relación entre ambas mitades de la matriz de datos, siendo la correlación mayor a 0,30, con un KMO de 0,817, lo cual indica que la Matriz es Ortogonal y, por tanto, es viable realizar el Análisis Factorial. Se utiliza un coeficiente a 0,50 como carga factorial, para dejar fuera todos aquellos reactivos menores a este valor y obtener cargas factoriales altas para cada dimensión. El análisis factorial tuvo carácter de exploratorio, el cual entrega dos grandes dimensiones para el Instrumento CGDC, el factor 1, que corresponde a la dimensión "Intensidad de dolor" (ID) e incluye las preguntas 1 a 3; y el factor 2, que corresponde

a la dimensión "Discapacidad asociada a dolor" (DD) e incluye las preguntas 4 a 7 (Tabla 5). Existe relación entre ambas dimensiones del instrumento CGDC con el valor de la prueba global: para la intensidad del dolor es 0,808, y para la discapacidad asociada al dolor es de 0,92.

El análisis de confiabilidad por Alfa de Cronbach muestra que existe un alto índice de confiabilidad y consistencia interna. Los errores porcentuales de la medición son aceptables para cada nueva dimensión (< al 20%) (Tabla 6).

Tabla 5: Carga Factorial por factor

Ítem	Componente	
	Factor 1	Factor 2
Intensidad de dolor actual (ítem 1)	0,856	
Intensidad habitual en los últimos 6 meses (ítem 2)	0,818	
Intensidad del peor dolor (ítem 3)	0,594	
Días con limitación por dolor (ítem 4)		0,778
Interferencia en las actividades de vida diaria (ítem 5)		0,722
Capacidad para participar en actividades familiares, sociales y recreacionales (ítem 6)		0,711
Capacidad para trabajar (ítem 7)		0,879

Tabla 6: Confiabilidad, Procedimiento de Consistencia Interna

Dimensión	α de Cronbach	SM	SM%
Intensidad del dolor	0,713	2,82	15%
Discapacidad asociada a dolor	0,806	3,49	19%
Prueba Global	0,822	4,87	13%

Validez convergente: La validez convergente fue satisfactoria para el instrumento CGDC y la dirección de las correlaciones fue la esperada entre ambos instrumentos. La tabla 7 muestra los coeficientes de correlación de Spearman para el CGDC y las distintas dimensiones del SF-36. Todas las correlaciones fueron altamente significativas ($P < 0,001$) y en valores negativos, ya que en el cuestionario SF-36 un mayor puntaje representa mejor estado de salud, contrario al CGDC en que un mayor puntaje implica mayor dolor y discapacidad.

Tabla 7: Análisis de la Validez de constructo convergente: correlaciones entre los puntajes CGDC y SF-36

Dimensiones del SF-36	Cuestionario para graduación de dolor crónico							
	1	2	3	5	6	7	PI	PD
Función física	-0,325**	-0,394**	-0,419**	-0,645**	-0,454**	-0,490**	-0,449**	-0,589*
Rol físico	-0,168	-0,294**	-0,487**	-0,628**	-0,603**	-0,811**	-0,356**	-0,779**
Dolor corporal	-0,573**	-0,771**	-0,552**	-0,784**	-0,517**	-0,592**	-0,766**	-0,690**
Salud general	-0,613**	-0,425**	-0,224*	-0,409**	-0,460**	-0,370**	-0,545**	-0,466**
Vitalidad	-0,287*	-0,376**	-0,230**	-0,431**	-0,553**	-0,403**	-0,369**	-0,535**
Función social	-0,269**	-0,354**	-0,420**	-0,571**	-0,923**	-0,662**	-0,407**	-0,835**
Rol emocional	-0,159	-0,259**	-0,228**	-0,440**	-0,566**	-0,494**	-0,523**	-0,578**
Salud mental	-0,249**	-0,310**	-0,172	-0,416**	-0,535**	-0,431**	-0,318**	-0,533**
Área salud física	-0,501**	-0,567**	-0,528**	-0,774**	-0,664**	-0,766**	-0,646**	-0,830**
Área salud mental	-0,255**	-0,360**	-0,310**	-0,535**	-0,769**	-0,593**	-0,375**	-0,735**

PI: Puntaje Intensidad del dolor, PD: puntos de discapacidad. * Correlación significativa con $P < 0,05$

** Correlación significativa con $P < 0,01$.

Discusión

El presente trabajo representa el primer reporte de traducción, adaptación cultural y validación del CGDC en idioma español. Usando las herramientas de validación de instrumento aceptadas internacionalmente, se ha demostrado que el CGDC es un cuestionario confiable y válido para su uso en población chilena con dolor crónico musculoesquelético.

Sin ser objetivo del trabajo, al realizar un análisis de las variables sociodemográficas de los pacientes, las características de la muestra coinciden con lo publicado previamente en la literatura, con un mayor porcentaje de pacientes mujeres, en edades medias (entre 40 y 60 años) (1,17).

Respecto al análisis en si de confiabilidad y validez del cuestionario CGDC, se puede afirmar que presentó una alta confiabilidad en las dos dimensiones que presenta el cuestionario, tanto Intensidad del dolor, como Discapacidad asociada a dolor. Ambas subescalas mostraron una consistencia interna satisfactoria, con valores de Cronbach sobre 0,7 que representan alta correlación. Nuestros resultados son comparables a otras validaciones de CGDC, como los de Italia, Alemania e Inglaterra, publicadas en revistas anexadas, en todas ellas se ha obtenido coeficientes de consistencia interna (Alfa de Cronbach $>0,7$) y que se condicen con que los puntajes obtenidos presentan un escaso error de medición, menor al 20% (15, 16, 17).

La validez de constructo fue examinada en función de la convergencia entre las preguntas y dimensiones del CGDC y las dimensiones del SF-36 v 2.0. En el análisis por ítems, tanto del instrumento CGDC y SF-36 v.2 se puede dar cuenta que presentan una estructura lógica adecuada que permite la discriminación entre sus puntuaciones en segmentos de alto y bajo puntaje, en las cuales sus diferencias serían estadísticamente significativas. Al comparar los puntajes obtenidos en ambos cuestionarios se observa, como era lo esperado, mayor convergencia, con valores altamente significativos, en las dimensiones incluidas en el área de salud física SF-36 y ambas dimensiones del CGDC, tanto ID, como DD. Por otra parte, el puntaje de la dimensión DD, si bien tiene mayor correlación con el área física del SF-36, también presenta alto puntaje en la correlación con el área de salud mental del SF-36, lo que orienta a que, si bien no es evaluado de manera directa en el CGDC esta área, existe una relación directa entre el grado de discapacidad asociada a dolor y un aumento del compromiso en la esfera emocional del individuo.

Dentro de las dificultades que se observaron es este trabajo, se observa la dificultad para recordar en forma clara la intensidad de dolor, cuando ésta se pregunta en los últimos 6 meses. Durante el análisis de este punto y en base a discusiones con el Dr. Von Korff se sugiere cambiar la temporalidad de las preguntas de la encuesta por 3 meses, lo que se ha visto, permite a los pacientes recordar mejor la intensidad del dolor. Este cambio no modificaría en ningún caso la validez del cuestionario CGDC.

El creador del cuestionario, Dr. Von Korff, dentro de sus últimas publicaciones, sugiere que éste debería ser usado en conjunto con la medición de la persistencia (duración) del dolor crónico, ya que se ha visto que este dato tendría un valor pronóstico. Esto se lograría adicionando una pregunta al cuestionario en que paciente identifique el número de días que ha presentado dolor, por lo que sería de gran utilidad incorporar esta pregunta en estudios posteriores (28).

Finalmente, es necesario mencionar que la validación de constructo de cualquier instrumento es un proceso continuo; esto significa que a pesar que una teoría muestre resultados positivos, es necesario conducir más estudios que corroboren, de otras formas, su validez. A medida que cada teoría es positiva, se fortalece el constructo y su forma de medición. Por ello, cada ejercicio de validación es de relevancia y contribuye a proporcionar un instrumento capaz de evaluar las características y repercusión del dolor crónico en pacientes con patología musculoesquelética, tanto en investigación como en el ámbito clínico.

Dentro de las proyecciones del estudio se puede recomendar razonablemente iniciar el uso del cuestionario para graduación de dolor crónico como una evaluación de rutina en los pacientes que consultan por dolor crónico musculoesquelético.

Los desafíos en adelante son múltiples: desde promover el uso de los cuestionarios por los médicos tratantes de forma cotidiana tanto con objetivos clínicos como de investigación, hasta implementar sistemas de evaluación longitudinal.

Conclusión

En conclusión, los resultados aquí presentados confirman la confiabilidad y validez de la versión chilena del cuestionario GGDC en la evaluación de pacientes con dolor musculoesquelético crónico. La versión chilena del cuestionario CGDC permite una mejor comparabilidad con los estudios publicados que utilizan esta escala y facilita una colaboración internacional en este campo de investigación.

Referencias Bibliográficas

- (1) Elliot AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. *The Lancet* 1999; 354: 1248-1252.
- (2) Harstall C, Ospina M. How prevalent is chronic pain?. *Clinical Updates of IASP* 2003, Vol XI, N° 2.
- (3) Van Hecke O, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *British Journal of Anaesthesia* 2013; 111(1):13-18
- (4) Reid K, Harker J, Bala M, Truyers C, Kellen E, Bekkering G, et al. Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research & Opinion* 2011;27(2):449-462
- (5) Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009. Gobierno de Chile.
- (6) INE. Chile. Datos preliminares Censo 2012. Diciembre 2013.
- (7) Pacheco D. Medición del dolor músculo-esquelético. *Reumatología* 2007;23(3):112-133.
- (8) Grimmer-Somers K, Vipond N, Kumar S, Hall G. review and critique of assessment instruments for patients with persistent pain. *Journal of pain research* 2009;2: 21-47.
- (9) Salaffi F, Sarzi-Puttini P, Ciapetti A, Atzeni F. Clinimetric evaluations of patients with chronic widespread pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 25 (2011):249-270.
- (10) Von Korff M, Ormel J, Keefe F, Dworkin S. Grading the severity of chronic pain. *Pain* 50 (1992): 133-149.
- (11) Penny KI, Purves AM, Smith BH, Chambers WA, Smith WC. Relationship between the chronic pain grade and measures of physical, social and psychological well-being. *Pain* 1999; 79:275-279.
- (12) Elliot AM, Smith BH, Smith WC, Chambers WA. Changes in chronic pain severity over time: the Chronic Pain Grade as a valid measure. *Pain* 88 (2000): 303-308.
- (13) Dixon D, Pollard B, Johnston M. What does the chronic pain grade questionnaire measure?. *Pain* 130 (2007): 249-253.
- (14) Manraj K, Saurabh M. Chronic pain grade questionnaire. *J Physiother* 2013;5(1):60.
- (15) Smith BH, Penny KI, Purves AM, Munro C, Wilson B, Grimshaw J, et al. The Chronic Pain Grade questionnaire: validation and reliability in postal research. *Pain* 71 (1997): 141-147.
- (16) Klasen B, Hallner D, Schaub C, Willburger R, Hasenbring M. Validation and Reliability of the German version of the Chronic Pain Grade questionnaire in primary care back pain patients. *Psycho-Social-Medicine* 2004;1: 1-12.
- (17) Salaffi F, Stancati A, Grassi W. Reliability and validity of the Italian version of the Chronic pain grade questionnaire in patients with musculoskeletal disorders. *Clin Rheumatol* (2006) 25: 619-631.
- (18) Bracher E, Pietrobon R. Cross-cultural adaptation and validation of a Brazilian Portuguese versión of the chronic pain grade. *Qual life Res* (2010) 19:847-852.
- (19) Khan F, Amatya B, Kesselring J. Longitudinal 7-year follow-up of chronic pain in persons with multiple sclerosis in the community. *J Neurol* 2013; 260 (8):2005-2015.
- (20) Schwartz L, Engel JM, Jensen MP. Pain in persons with cerebral palsy. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;80 (10):1243-1246.
- (21) Ware J, Sherbourne. The MOS 36-item short form health survey (SF-36). 1. Conceptual frame-work and item selection. *Med Care* (1992) 30:473-481.
- (22) Olivares P. Perfil del estado de salud de beneficiarios de Isapres: informe preliminar. Departamento de Estudio, Superintendencia de salud, Chile. Marzo 2005. http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-1068_recurso_1.pdf.
- (23) Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*. 2005;8:94-104.
- (24) Bergman S, Jacobsson LTH, Herrström P, Petersson I. Health status as measured by SF-36 reflects changes and predicts outcome in chronic musculoskeletal pain: a 3-year follow up study in the general population. *Pain* (2004) 108:115-123.
- (25) Alarcón AM, Muñoz S. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. *Rev Méd Chile* 2008;136:125-130.
- (26) García de Yebenes M, Rodríguez F, Carmona L. Validación de cuestionarios. *Reumatol Clin* 2009; 5 (4): 171-7.
- (27) Campo-Arias A, Oviedo H. Propiedades psicométricas de una escala: La consistencia interna. *Rev Sal Pub* 2008; Vol 10 (5): 831-9.
- (28) Turk D, Melzack R. Handbook of Pain Assessment. Third Edition, 2011. Chapter: Assessment of Chronic Pain in Epidemiological and Health Services Research: Empirical Bases and New Directions. Von Korff M. Pag: 455-473.

Conflicto de Interés:

Autor (es) no declaran conflictos de interés en el presente trabajo.

Recibido el 28 de Junio de 2015, aceptado para publicación el 24 de Julio de 2015.

Correspondencia a:
 Dra. Paula Maldonado Arguinzona.
 Médico Fisiatra.
 Hospital Gustavo Fricke y Hospital de Peñablanca.
 Servicio Salud Viña del Mar- Quillota.
 Viña del Mar. Chile.
 E-Mail: pau419@gmail.com