

TABLA 1

Escala UAB (Universidad de Alabama en Birmingham) de dolor conductual

1. Quejas verbales	En ningún momento	0
	Ocasionalmente	1/2
2. Quejas no verbales (jadeos, gemidos, lamentos, etc.)	Frecuentemente	1
	En ningún momento	0
3. Tiempo que el paciente permanece fuera de la cama (de 8 a 20 h)	Ocasionalmente	1/2
	Frecuentemente	1
4. Gestos faciales	60 minutos	0
	1-60 minutos	1/2
5. Postura que adopta el paciente al estar en pie	0 minutos	1
	Ninguno	0
6. Movilidad	Moderados y/o infrecuentes	1/2
	Pronunciados y/o frecuentes	1
7. Lenguaje del cuerpo (apretar, frotar el lugar donde se encuentra el dolor, etc.)	Normal	0
	Moderadamente alterada	1/2
8. Uso visible de apoyos externos (bastón, muletas, apoyo en los muebles, etc.)	Completamente alterada	1
	No hay alteración visible	0
9. Movimiento estacionario	Una moderada cojera y/o un andar un poco alterado	1/2
	Una notable cojera y/o un andar un poco forzado	1
10. Medicación	En ningún momento	0
	Ocasionalmente	1/2
Total	Frecuentemente	1
	En ningún momento	0
	Ocasionalmente	1/2
	Uso dependiente y constante	1
	Quieto tanto sentado como de pie	0
	Ocasionalmente cambios de posición	1/2
	Movimiento constante, cambios de posición	1
	Ninguna	0
	Se han recetado analgésicos no narcóticos y/o medicamentos psicótropos	1/2
	Demanda de un incremento en la dosis o en la frecuencia y/o de narcóticos y/o de otra medicación	1

puntuaciones resultantes de esta escala con las obtenidas a través de otros instrumentos de evaluación de dolor con el fin de demostrarla. Los dos instrumentos elegidos para ello fueron el cuestionario de dolor McGill² y una escala análoga³. El índice de correlación obtenido entre el cuestionario McGill y la escala UAB fue de 0,17 (no significativo). Respecto a la escala análoga, se compararon las puntuaciones obtenidas mediante la misma y la escala UAB en dos ocasiones: en el momento de la admisión de individuos en un programa de tratamiento del dolor y cuando éstos fueron dados de alta. Los índices de correlación obtenidos fueron de 0,16 (no significativo) y 0,55 ($p < 0,05$), respectivamente. Los autores interpretan los bajos índices aduciendo que existía una gran discrepancia entre el dolor comunicado verbalmente por los individuos y el que reflejaba su conducta.

Por nuestra parte, en un trabajo realizado para averiguar los efectos de algunos factores psicológicos sobre la recuperación posquirúrgica⁴, utilizamos la escala UAB (previa traducción al español) (tabla 1) conjuntamente con un análogo visual cuyo objetivo era, asimismo, la evaluación del dolor. Por tanto, los datos obtenidos en nuestra investigación pueden constituir un elemento más en la validación de la escala UAB.

Los individuos que formaron este estudio fueron 21 pacientes quirúrgicos que debían someterse a una intervención quirúrgica de similar grado de incisión y riesgo.

Tanto la escala UAB como el análogo visual se administraron en tres ocasiones: un día antes de la operación y cinco y diez días después de la misma, respectivamente.

Debemos aclarar que alteramos el contenido del ítem 3 del cuestionario UAB en la forma siguiente: en donde se indicaba «tiempo acos-

tado durante el día a causa del dolor: de 8 a 20 h» se sustituyó por «tiempo que el paciente permanece fuera de cama (de 8 a 20 h)». Este cambio fue necesario debido a las características de nuestros individuos, al tratarse de pacientes quirúrgicos que permanecían la mayor parte del tiempo acostados.

Se estudió la validez de la escala UAB a través de varias correlaciones de Pearson. Los índices de correlación obtenidos entre los dos instrumentos de evaluación del dolor fueron: $r=0,8053$ ($n=12$, $p=0,002$) el día antes de la intervención; $r=0,6716$ ($n=19$, $p=0,002$) cinco días después de esta operación, y $r=0,8228$ ($n=8$; $p=0,012$) diez días después de la misma.

El número de personas con el que obtuvimos los índices de Pearson, varió según el día en que fue evaluado el dolor debido a que en algunos casos fue imposible obtener las puntuaciones de ciertos individuos, ya que sus condiciones no lo permitían o bien habían sido dados de alta.

Consideramos que la obtención de índices de correlación significativos en tres ocasiones consecutivas puede constituir una pequeña aportación en favor de la validez de la escala UAB de dolor conductual.

Por otro lado, creemos que nuestros datos pueden, también, apoyar, hasta cierto punto, los obtenidos por Ohnhaus y Adler⁵ y por Woodforce y MersKey⁶ los cuales muestran la validez de los análogos visuales en los estudios sobre dolor.

J. Moix Queraltó

Laboratorio de Conducta, Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra (Barcelona)
Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda PB86-0124 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia.

Validación de la escala UAB de dolor conductual

Sr. Director: La escala UAB (Universidad de Alabama en Birmingham) de dolor conductual se basa en la observación de algunas conductas típicas de dolor¹. Las ventajas de esta escala son varias. En primer lugar debemos destacar su fácil aplicación, dado que esta escala solamente requiere de un entrenamiento mínimo para poder aplicarse correctamente. De igual forma, su aplicación tampoco precisa de un gran período de tiempo, puesto que bastan 5 minutos para la misma. La facilidad y rapidez que caracterizan la administración de este cuestionario, también son propias de su corrección. Por último, una de sus mayores ventajas es su fiabilidad. El índice de fiabilidad interobservadores obtenido por Richards et al¹ fue de 0,95 ($p < 0,01$) y el de test-retest de 0,89 ($p < 0,01$).

A pesar de las ventajas que presenta este instrumento, existe un gran interrogante acerca de su validez. Richards et al¹ compararon las

1. Richards JS, Nepomuceno C, Riles M, Suer Z. Assessing pain behavior: the UAB Pain Behavior Scale. *Pain* 1982; 14: 393-398.
2. Melzack R, Torgerson WS. On the language of pain. *Anesthesiology* 1968; 34: 50-59.
3. Wolff B. Behavioral measurement of human pain. En: Sternbach RA, ed. *The psychology of pain*. Nueva York, Raven Press 1978; 129-168.
4. Moix J. La influencia de los factores psicológicos sobre la recuperación posquirúrgica. Tesis de licenciatura. Bellaterra. Universidad Autónoma de Barcelona, 1988.
5. Ohnhaus EE, Adler R. Methodological problems in the measurement of pain: a comparison between the verbal rating scale and the visual analogue scale. *Pain* 1975; 1: 379-384.
6. Woodforce JM, Merskey H. Some relationships between subjective measures of pain. *J. Psychosom Res* 1972; 16: 173-178.