

Dolor isquémico muscular. II

Su evaluación mediante el cuestionario McGill del dolor en la realización repetida de un test experimental

J. Lahuerta Dal Rè* / J. Campbell* / F. Dewshi*

RESUMEN

El dolor esquémico muscular experimentado por 11 sujetos sanos durante la realización de un test experimental, repetido en tres ocasiones consecutivas, fue evaluado mediante la puntuación y análisis del Cuestionario McGill del Dolor, completado por los individuos tras la finalización de cada prueba. Se comprobó la reducción estadísticamente significativa de tres índices, Número de Palabras Seleccionadas, Índice de Evaluación del Dolor Total e Índice de Evaluación del Dolor Sensorial, entre el primero y el tercero de los tests realizados. Los índices que reflejan los aspectos Afectivo y Evaluativo del dolor no experimentaron variaciones significativas. Se comentan las posibles interpretaciones de estos hallazgos, especialmente en relación con la naturaleza de la prueba experimental realizada y la aparición de un incremento en la Tolerancia al Dolor, del primero al tercer test, previamente comunicada en este grupo. Estos resultados subrayan la necesidad de utilizar grupos de control adecuados cuando se evalúan medidas terapéuticas analgésicas mediante métodos experimentales.

Introducción

En un artículo previo¹² se presentaron los resultados de un estudio que investigaba la reproducibilidad, en tres ocasiones sucesivas, de los tiempos de Umbral de Dolor y Tolerancia al Dolor, en 11 sujetos normales durante la realización de una prueba experimental de producción de dolor isquémico muscular. La observación de una elevación estadísticamente significativa del tiempo de Tolerancia al Dolor entre el primer y tercer test fue interpretada como la aparición de un fenómeno de "entrenamiento" en los sujetos. Por este motivo, se recomendaba cautela en el diseño de estudios experimentales que utilizaran este parámetro como medida de intensidad de dolor o de analgesia, cuando se emplearan test secuenciales. Esta comunicación, continuación de este mismo estudio, tiene por objeto presentar los resultados obtenidos mediante el análisis del Cuestionario McGill del Dolor¹⁶, que fue completado por los 11 sujetos para describir su experiencia, tras la realización de cada uno de los 3 tests.

El Cuestionario McGill del Dolor (CMD) es un instrumento diseñado para la evaluación cuantitativa y cualitativa del dolor, que se basa en la descripción que de él proporciona el individuo¹⁶. El elemento fundamental del CMD lo constituye una tabla de 78 adjetivos del dolor, agrupados éstos en 20 subclases, de los que el sujeto debe seleccionar aquellos que pueden aplicarse a su experiencia de dolor. Cada subclase contiene un número variable de palabras, de 2 a 6, dispuestas en

columnas y ordenadas según la creciente intensidad de dolor que expresan. Estas 20 subclases, de las que cada una representa un aspecto cualitativo diferente del dolor, pueden ser agrupadas en 4 clases principales: Sensorial (10 subclases), Afectiva (5 subclases), Evaluativa (1 subclase) y Miscelánea (4 subclases), que se corresponden con los componentes fundamentales de la experiencia de dolor¹⁹. Los artículos de Melzack y Torgerson¹⁸ y Dubuisson y Melzack⁵ describen el modo en que el CMD fue confeccionado y la forma de administración y puntuación. El Cuestionario ha sido utilizado en diversos estudios clínicos sobre la caracterización de síndromes dolorosos^{1, 3, 5, 8, 9, 11, 14, 16, 23, 26} y en la evaluación de métodos de alivio del dolor^{7, 16, 17, 20, 21, 27}. Lahuerta y cols.¹³ han presentado una adaptación de la tabla de descriptores al idioma español.

El empleo del CMD en la evaluación de métodos experimentales de producción de dolor, frecuentemente empleados en la valoración de analgésicos, ha sido más limitada. Crockett y cols.⁴ lo utilizaron en la descripción del dolor provocado por la estimulación eléctrica cutánea en un estudio diseñado para determinar empíricamente la estructura factorial del CMD. La validez de los índices derivados del análisis del CMD ha sido investigada por Klepac y cols.¹⁰, evaluando la capacidad del Cuestionario para discriminar diferentes intensidades de dolor experimental. Estos autores obtuvieron valores significativamente más elevados en la mayoría de los índices del CMD cuando el dolor provocado por la estimulación eléc-

* Pain Relief Foundation. Walton Hospital. Liverpool. Gran Bretaña.

trica de la pulpa dentaria y la inmersión de una extremidad en agua fría era descrito a nivel de Tolerancia al Dolor, que cuando la descripción correspondía al nivel de Umbral del Dolor.

Métodos

Sujetos

Participaron en este estudio los mismos 11 sujetos sanos, miembros de la plantilla del hospital, descritos con anterioridad¹². Todos ellos tenían educaciones superiores a las correspondientes de nivel secundario y completa comprensión, oral y escrita, del idioma inglés. En cada caso se obtuvo permiso del sujeto, previa información, para su participación en este estudio.

Administración y puntuación del Cuestionario McGill del Dolor

Cada uno de los sujetos participantes fue cuidadosamente instruido sobre el modo de completar el CMD por uno de los investigadores (J. L.) antes de cada test. El test experimental de dolor isquémico muscular consistía en la contracción usitómica de la musculatura del antebrazo y mano, a la frecuencia de una por segundo, mientras la circulación arterial se interrumpía mediante la aplicación de un manguito neumático colocado por encima del codo. Cada sujeto realizó el test en tres ocasiones (T1, T2, T3) separadas entre sí por intervalos de una semana. Inmediatamente después de haber alcanzado su Tolerancia al Dolor, es decir el máximo de dolor que estaba dispuesto a soportar en la prueba, cada sujeto describió su experiencia del dolor a la máxima intensidad, utilizando para ello la tabla de adjetivos de dolor del CMD.

La tabla de adjetivos ha sido adaptada al español del idioma inglés (Tabla I). Los sujetos completaron la versión inglesa escrita de la tabla de acuerdo con las instrucciones dadas por Melzack¹⁶.

Se computaron dos tipos de índices a partir de la puntuación de los adjetivos: 1) Número de Palabras Seleccionadas (NPS); 2) Índice de Estimación del Dolor (IED), según el método propuesto por Melzack¹⁶. El NPS representa el total numérico (0-20) de palabras seleccionadas por el

Tabla I. TABLA DE ADJETIVOS DEL DOLOR, AGRUPADOS EN SUBCLASES, CORRESPONDIENTES AL CUESTIONARIO MCGILL DEL DOLOR. ADAPTACION AL IDIOMA ESPAÑOL

Clase sensorial			
1. <i>Temporal</i>	2. <i>Espacial</i>	3. <i>Presión puntiforme</i>	4. <i>Presión incisoria</i>
Aleteo Palpitación Pulsación Latido Golpeteo Martilleo	Sobresalto Fulgurante Latigazo	Punzada Agujereo Taladrante Puñalada Lancinante	Agudo Cortante Lacerante
5. <i>Presión constrictiva</i>	6. <i>Presión por tracción</i>	7. <i>Térmico</i>	8. <i>Brillo</i>
Pellizco Opresión Roedor Calambre Estrujamiento	Tirón Sacudida Retorcimiento	Caliente Quemante Hirviente Abrasador	Hormigueo Picor Resquemor Escozor
9. <i>Matidez</i>	10. <i>Sensorial: miscelánea</i>		
Sordo Dolorimiento Hiriente Profundo Duro	Sensible Tenso Aspero Terebrante		
Clase afectiva			
11. <i>Tensión</i>	12. <i>Autonómico</i>	13. <i>Miedo</i>	14. <i>Castigo</i>
Fatigoso Agotador	Nauseante Asfixiante	Temible Pavoroso Aterrador	Mortificante Penoso Despiadado Maligno Mortal
15. <i>Afectivo-Evaluativo-Sensorial: Miscelánea</i>			
Ingrato Cegador			
Clase evaluativa			
16. <i>Evaluación</i>			
Molesto Fastidioso Agobiante Intenso Insoportable			
Clase miscelánea			
17. <i>Sensorial: espacial-presión</i>	18. <i>Sensorial: presión-matidez</i>	19. <i>Sensorial: térmico</i>	20. <i>Afectivo</i>
Se extiende Se irradia Penetrante Traspasante	Apretado Entumecido Congestivo Atenizador	Frescor Frío Helado	Pertinaz Repugnante Atroz Espantoso Torturante

sujeto para describir su experiencia del dolor. El IED Total (IED T) se calcula sumando los valores numéricos de cada una de las palabras seleccionadas. El valor numérico de los adjetivos se corresponde con su posición en cada una de las subclases. Así, por ejemplo, en la subclase 1, *Aleteo* recibe una puntuación de 1, mientras que *Martilleo* representa 6. Aparte de un IED T, se pueden calcular índices parciales para cada una de las clases: Sensorial (IED S), Afectiva (IED A), Evaluativa (IED E) y Miscelánea (IED M).

Resultados

La tabla II presenta las medias y desviaciones estándar (Tabla II) de los diferentes índices: NPS, IED T, IED S, IED A, IED E e IED M, obtenidos en la muestra de 11 sujetos en T1, T2 y T3. Se puede observar la tendencia hacia la disminución de todos los índices, excepto IED E, del primer al tercer test. Los índices fueron analizados mediante pares de tests de Student comparando,

Tabla IV. FRECUENCIA RELATIVA (%) DE SELECCION DE SUBCLASES EN LA DESCRIPCION DEL DOLOR ISQUEMICO MUSCULAR EXPERIMENTAL Y SU RELATIVA CONTRIBUCION (%) AL TOTAL DE PALABRAS SELECCIONADAS POR LOS SUJETOS (N = 11) EN LOS TRES TESTS

Clase	Subclase	Frecuencia de selección (%)	Número total de palabras (%)
Sensorial	1	72,7	10,3
	2	—	—
	3	36,4	5,2
	4	6,1	0,9
	5	78,8	11,2
	6	15,2	2,2
	7	27,3	3,9
	8	27,3	3,9
	9	78,8	11,2
	10	24,2	3,4
Afectiva	11	48,5	6,9
	12	6,1	0,9
	13	9,1	1,3
	14	30,3	4,3
	15	9,1	1,3
Evaluativa	16	75,8	10,8
Miscelánea	17	30,3	4,3
	18	57,6	8,1
	19	27,3	3,9
	20	42,4	6,0
			100,0

Tabla II. MEDIAS Y DESVIACIONES ESTANDAR DE LOS INDICES OBTENIDOS A PARTIR DEL CUESTIONARIO MCGILL DEL DOLOR (CMD) EN 11 SUJETOS NORMALES, EN 3 TEST SUCESIVOS (T1, T2, T3) DE PRODUCCION DE DOLOR ISQUEMICO MUSCULAR

Indice CMD	T1	T2	T3
NPS	8,18 +/- 3,84	7,18 +/- 3,97	6,18 +/- 3,03
IED T	20,36 +/- 7,95	17,82 +/- 8,82	16,23 +/- 6,34
IED S	13,55 +/- 6,10	11,18 +/- 3,87	10,73 +/- 4,76
IED A	2,00 +/- 1,90	1,18 +/- 1,40	1,18 +/- 1,54
IED E	2,18 +/- 1,83	2,27 +/- 1,90	2,09 +/- 1,87
IED M	2,64 +/- 2,50	2,64 +/- 3,75	2,27 +/- 2,53

Tabla III. CONSISTENCIA EN LA SELECCION DE SUBCLASES (%) EN LOS 11 SUJETOS ENTRE T1-T2, T2-T3 Y ENTRE LOS TRES TEST T1-T2-T3

Sujeto	T1 - T2	T2 - T3	T1 - T2 - T3
1	66,7 %	42,9 %	25,0 %
2	42,9 %	71,4 %	37,5 %
3	36,3 %	50,0 %	25,0 %
4	50,0 %	33,3 %	23,1 %
5	50,0 %	—	—
6	57,1 %	55,6 %	35,7 %
7	84,6 %	92,6 %	76,9 %
8	70,0 %	88,9 %	70,0 %
9	40,0 %	50,0 %	20,0 %
10	70,0 %	88,9 %	50,0 %
11	42,9 %	33,3 %	28,6 %
Mediana	50,0 %	50,0 %	28,6 %

para cada sujeto, la variación en los valores obtenidos entre T1-T2, T2-T3 y T1-T3. Se comprobó una reducción estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en los índices NPS, IED T e IED S entre el primero (T1) y último (T3) de los tests realizados.

La consistencia en la selección de adjetivos de una determinada subclase en cada una de las ocasiones varía considerablemente entre los sujetos, así como entre las diversas subclases (Tabla III). Por término medio, sólo un 28,6 % (mediana) de las subclases utilizadas por los 11 sujetos fueron consistentemente seleccionadas en cada uno de los tres tests. La tabla IV muestra la frecuencia relativa en la selección de adjetivos pertenecientes a cada una de las 20 subclases, así como la contribución de cada una de ellas al total de adjetivos utilizados por los sujetos en los tres tests. Como puede comprobarse, las subclases de las que los sujetos seleccionaron adjetivos con mayor frecuencia, más del 72 % de sujetos en cada uno de los tests, son las correspondientes a los siguientes aspectos del dolor: 5) Presión constrictiva, 9) Matidez, 16) Evaluación y 1) Temporal.

Las palabras utilizadas con mayor frecuencia, es decir, por un

mayor número de sujetos y más veces, para describir el dolor isquémico muscular experimentado fueron: *calambre* (cramping), *profundo* (aching), *intenso* (intense) y *latido* (throbbing).

Discusión

Los resultados obtenidos en este reducido grupo de sujetos normales que utilizaron el CMD para la descripción del dolor isquémico muscular experimental, a nivel de Tolerancia al Dolor, indican la aparición de importantes variaciones en los índices cuando el test experimental se repitió en ocasiones sucesivas. NPS e IED T, dos de los índices principales del CMD, experimentaron una reducción significativa del primer al tercer test. La reducción en NPS e IED T, tuvo lugar principalmente a costa de los adjetivos Sensoriales, tal como lo indica la disminución estadísticamente significativa de su índice parcial IED S, pero no de ninguno de los otros índices parciales. Por el contrario, no se observó variación en IED E, índice que constituye una evaluación global de la experiencia dolorosa. La interpretación de estos resultados parece indicar que los sujetos de este estudio experimentaron menos dolor en el tercer test que en el primero, particularmente en lo que se refiere a los aspectos Sensoriales de la experiencia del dolor. Sin embargo, el aspecto Afectivo y, sobre todo, la Evaluación global de la experiencia permanecieron inmodificados.

Las palabras seleccionadas más frecuentemente por los sujetos de este estudio son comparables con otras descripciones del dolor isquémico muscular experimental. Parry y cols.²² lo describieron como sordo, profundo, adormecimiento y atrozador. Los voluntarios del estudio de Fox y cols.⁶ seleccionaron las palabras sordo, profundo, que se extiende y constante para su descripción. Estos autores señalan la similitud en la descripción del dolor isquémico muscular experimental con la del dolor lumbar crónico. Estamos de acuerdo con esta afirmación, ya que las subclases seleccionadas por pacientes en la descripción de dolor lumbar y miofascial mediante el CMD (Lahuerta y Campbell, datos no publicados) se corresponden en cierta medida con aquéllas seleccionadas por los sujetos de este estudio.

Aunque el presente estudio no permite ofrecer una explicación satisfactoria del porqué de esta reducción de la expresión de algunos aspectos del dolor, pero no de otros, cuando un estímulo experimental intensamente doloroso se presentó de forma secuencial a esta muestra de sujetos normales, conviene considerar algunas posibilidades.

En primer lugar la reducción en los índices del CMD pudiera deberse a factores ajenos a la expresión del dolor y producida exclusivamente por la administración repetida del Cuestionario. Es decir, que sería posible que los sujetos tendiesen a escoger un menor número de palabras en cada una de las sucesivas administraciones del CMD. Esto pudiera deberse a un mejor conocimiento de la lista de palabras, por lo que el sujeto sería más selectivo con las palabras que selecciona. La reducción en el número de palabras traería consigo la disminución de los otros índices. En este sentido, Melzack¹⁶ advierte sobre el riesgo de que algunos sujetos se sientan obligados a escoger un adjetivo de todas las subclases si no se comprenden correctamente las instrucciones. Aunque no existe evidencia directa para poder refutar esta posibilidad, nos parece éste un factor poco probable en la explicación de los resultados. En todo caso, los estudios clínicos de Melzack¹⁶ y Graham y cols.⁸ indicarían lo contrario, al haber demostrado una alta reproducibilidad en la selección de subclases cuando el CMD se administra a pacientes sucesivamente, a intervalos de tiempo semejantes a los del presente estudio. Nosotros, en contraposición, hemos obtenido una reproducibilidad baja en la selección de adjetivos de determinadas subclases.

Mucho más probable nos parece la posibilidad de que la reducción observada en los índices del CMD obedezca a cambios en los criterios de selección de adjetivos por parte del sujeto, debidos a la propia naturaleza del método experimental utilizado para la producción de dolor.

En esta línea de pensamiento, sería razonable suponer que un mejor conocimiento del estímulo experimental, proporcionado por una exposición repetida a él, tendría el efecto de aumentar la capacidad discriminativa en la descripción del sujeto. Es decir, que inicialmente utilizaría un mayor número de palabras para describir una experiencia

previamente desconocida, mientras que cuando la experiencia es familiar los adjetivos escogidos serían más específicos. De ser esto así, es interesante constatar que son las palabras relacionadas con el aspecto Sensorial de la experiencia las que resultan afectadas.

Quizá más probable sea la interpretación de que la reducción en NSP, IED T e IED S exprese el efecto de "entrenamiento" al test doloroso experimental constatada en esta muestra de sujetos por la elevación de la Tolerancia al Dolor y previamente reportada¹². Esto implicaría que los sujetos de este estudio consideraron el dolor experimentado en el primer test como más intenso que el sufrido en el tercero. Aunque esta interpretación sería válida para los aspectos sensoriales del dolor indicaría, por otra parte, que los aspectos Afectivos y Evaluativos de la experiencia permanecieron inalterables en todos los tests, como correspondería al hecho que en cada uno de los tests el sujeto alcanzó su nivel de intolerancia al dolor. Esta interpretación estaría de acuerdo con las conclusiones de Bailey y Davidson² quienes consideran que la expresión de la intensidad del dolor se correlaciona más adecuadamente con un factor "Afectivo-Evaluativo" que con uno "Sensorial".

Como conclusión, la variación observada en este estudio de algunos de los parámetros que son considerados como índices objetivos de dolor: tiempos de Tolerancia al Dolor y los índices derivados del CMD, señala las dificultades de los métodos experimentales existentes en proporcionar datos absolutos fiables de analgesia. Aunque instrumentos tales como el CMD representan importantes avances en el refinamiento psicométrico de la evaluación del dolor, no obvian la necesidad ineludible de utilizar grupos de control adecuados en estudios clínicos que empleen técnicas experimentales para la valoración de medidas analgésicas.

Agradecimientos

Los autores J.L. y J.C. agradecen el generoso apoyo económico proporcionado, respectivamente, por la Cancer Research Campaign y el Sir Halley Stewart Trust de Gran Bretaña durante la preparación del manuscrito. Las críticas y comentarios recibidos del Dr. David Bowher

durante la realización de esta investigación merecen nuestro reconocimiento. Asimismo, agradecemos las sugerencias del Prof. Ulf Lindblom, Dpto. de Neurología, Hospital Karolinska, Estocolmo (Suecia) recibidas por J.L. durante su estancia en este Departamento, financiada por una beca de viaje proporcionada por el European Training Programme in Brain and Behaviour Research.

Agradecemos la asistencia de Miss Michelle Moran en la transcripción mecanográfica.

Bibliografía

- Atkinson JH, Kremer E e Igelzi RJ. *Diffusion of pain language with affective disturbance confounds differential diagnosis*. Pain 12:375-384, 1982.
- Bailey CA y Davidson PA. *The language of pain intensity*. Pain 2:319-324, 1976.
- Byrne M, Troy A, Bradley LA, Marchisello PJ, Geisinger KF Van der Heide LH y Prieto EJ. *Cross-validation of the factor structure of the McGill Pain Questionnaire*. Pain 13:193-201, 1982.
- Crockett DJ, Perkachin KM y Craig KD. *Factors of the language of pain and volunteer groups*. Pain 4:175-182, 1978.
- Dubuisson D y Melzack R. *Classification of clinical pain descriptors by multiple group discriminative analysis*. Exp Neurol 51:480-487, 1976.
- Fox CD, Steger HG y Jennison JH. *Ratio scaling of pain perception with the sub-maximum effort tourniquet technique*. Pain 7:21-29, 1979.
- Fox EJ y Melzack R. *Comparison of transcutaneous electrical stimulation and acupuncture in the treatment of chronic pain*. En "Advances in Pain Research and Therapy". Editado por Bonica JJ y Albe-Fessard D. Raven Press. Nueva York, 1976, vol. I, pp. 797-801.
- Graham C, Bond SS, Gerkovich MM y Cook MR. *Use of the McGill Pain Questionnaire in the assessment of cancer pain: replicability and consistency*. Pain 8:377-387, 1980.
- Hunter M y Philips C. *The experience of headache-An assessment of the qualities of tension headache in pain*. Pain 10:209-219, 1981.
- Klepac RK, Dowling J y Hauge G. *Sensitivity of the McGill Pain Questionnaire to intensity and quality of laboratory pain*. Pain 10:199-207, 1981.
- Kremer EF, Atkinson Jr JH e Igelzi RJ. *Pain measurement: the affective dimensional measure of the McGill Pain Questionnaire with a cancer population*. Pain 12:153-164, 1982.
- Lahuerta J, Campbell J y Dewshi F. *Dolor isquémico muscular. Efecto de "entrenamiento" tras la realización repetida de un test experimental*. Rev Med Univ Navarra XXVII, 3:41-44, 1983.
- Lahuerta J, Smith BA y Martínez-Lage JM. *An adaptation of the McGill Pain Questionnaire to the spanish language*. Schmerz 3:132-134, 1982.
- Leavitt F, Garron DC, Whisler WW y Sheinkop MB. *Affective and sensory dimensions of back pain*. Pain 4:273-281, 1982.
- McCreary C, Turner J y Dawson E. *Principal diagnosis of the pain experience and psychological disturbance in chronic low back pain patients*. Pain 11:85-92, 1981.
- Melzack R. *The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods*. Pain 1:277-299, 1975.
- Melzack R y Perry C. *Self-regulation of pain: the use of alpha-feedback and hypnotic training for the control of chronic pain*. Exp. Neurol 46:452-469, 1975.
- Melzack R y Torgerson WS. *On the language of pain*. Anesthesiology 34:50-59, 1971.
- Melzack R y Wall PD. *The Challenge of Pain*. Penguin Books Ltd. Harmondsworth, Middlesex 1982.
- Melzack R, Jeans ME, Stratford JG y Monks RC. *Ice massage and transcutaneous electrical stimulation: Comparison of treatment for low-back pain*. Pain 8:209-217, 1980.
- Melzack R, Mount BM y Gordon JM. *The Brompton mixture versus morphine solution given orally: effects on pain*. Canad Med Assoc J 120:435-438, 1979.
- Parry WL, Smith GM y Denton JE. *An electric-shock method of inducing pain responsive to morphine in man*. Anesth Analg 51:573-578, 1972.
- Prieto EJ, Hopson L, Bradley LA, Byrne M, Geisinger KF, Midax D y Marchisello PJ. *The language of low back pain: factor structure of the McGill Pain Questionnaire*. Pain 8:11-20, 1980.
- Reading AE. *The internal structure of the McGill Pain Questionnaire in dysmenorrhea patients*. Pain 7:353-358, 1979.
- Tahmouh AJ. *Causalgia: Redefinition as a clinical pain syndrome*. Pain 10:187-197, 1981.
- Van Buren J y Kleinknecht RA. *An evaluation of the McGill Pain Questionnaire for use in dental pain assessment*. Pain 6:23-33, 1979.
- Wolf SL, Gersh MR y Rao VR. *Examination of electrode placements and stimulating parameters in treating chronic pain with conventional transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)*. Pain 11:37-47, 1981.

ISCHEMIC MUSCULAR PAIN. II. EVALUATION BY THE MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE IN THE PERFORMANCE OF AN EXPERIMENTAL TEST REPEATED

Summary

Muscular ischaemic pain experienced by 11 healthy subjects during the performance of an experimental test repeated on three successive occasions was evaluated by the scoring and analysis of the McGill Pain Questionnaire, completed by the individual after each test. A statistically significant reduction in three scores: Number of Words Chosen, Pain Rating Index Total and Pain Rating Index Sensory was observed between the first and third tests. Indices related to the Affective and Evaluative aspects of pain did not exhibit significant variations. Possible interpretations for these findings, especially those related to the nature of the experimental test and the previously reported increase in Pain Tolerance from the first to the third test in this group are discussed. These results stress the need of using adequate control groups when analgesic measures are evaluated by experimental methods.