Universidad San Jorge

Facultad de Comunicación y Ciencias Sociales

Grado en Traducción y Comunicación Intercultural

Trabajo Final de Grado

La traducción del dolor. Problemas y dificultades de la traducción de cuestionarios de evaluación del dolor

Autor del proyecto: Blanca Ejarque Navarro

Director del proyecto: Monika Wozniak

Villanueva de Gállego, 20 de mayo de 2022

universidad SANJORGE

GRUPO SANVALERO

RESUMEN

Los cuestionarios de evaluación del dolor para pacientes son una herramienta muy valiosa. Como están adquiriendo mucha importancia, su buena traducción y adaptación cultural también se hacen relevantes. El objetivo principal de este Trabajo de Fin de Grado es el de conocer los problemas y dificultades que plantea la traducción de dichos cuestionarios. Para cumplir este objetivo, por un lado se ha llevado a cabo un análisis de la traducción al español de la Escala de Catastrofización ante el Dolor; y por el otro, se ha confeccionado una encuesta breve dirigida a los docentes de Fisioterapia de la Universidad San Jorge. Los resultados obtenidos han servido para generar una serie de ideas principales y generales sobre la traducción de los cuestionarios de evaluación del dolor y su utilidad, así como los posibles problemas que pueden plantear a los profesionales de la salud.

ABSTRACT

Pain assessment questionnaires are a very valuable tool. As they are gaining importance, its good translation and cultural adaptation is also becoming relevant. The main objective of this *Trabajo de Fin de Grado* is to find out about the problems and difficulties involved in translating these questionnaires. To achieve these objectives, on the one hand, an analysis of the Spanish translation of the Pain Catastrophizing Scale was carried out; and on the other hand, a brief survey was carried out aimed at Physiotherapy teachers at the San Jorge's University. With the results obtained, a series of main and general ideas about the translation of pain questionnaires and their usefulness has been elaborated, as well as the possible problems they may present for health professionals.

PALABRAS CLAVE

Dolor, dolor musculoesquelético, cuestionario, influencias culturales, problemas traductológicos.

KEYWORDS

Pain, musculoskeletal pain, questionnaire, cultural influences, translation problems.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN 4
1.1. MOTIVACIÓN Y JUSTIFICACIÓN 5
1.2. ESTRUCTURA 6

2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA 8
2.1. OBJETIVOS 8
2.2. METODOLOGÍA 9

3. MARCO TEÓRICO 11
3.1. INFLUENCIAS CULTURALES EN EL DOLOR 11
3.2. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR: LA TRADUCCIÓN DE CUESTIONARIOS DE SALUD Y LOS PROBLEMAS QUE CONLLEVA 15
3.2.1. La traducción de cuestionarios de salud 15
3.2.2. El proceso de traducción 16
3.2.3. Los problemas traductológicos y las características evaluadas en un análisis de los cuestionarios de salud 18
3.2.4. El cuestionario de dolor de McGill 20
3.3. DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO Y SU IMPORTANCIA. CUESTIONARIOS PRINCIPALES Y SU TRADUCCIÓN 23
3.3.1. El dolor musculoesquelético y su importancia 23
3.3.2. Cuestionarios principales y su traducción 23

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS 25
4.1. ANÁLISIS DE LA TRADUCCIÓN DE UN CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO 25
4.2. ENCUESTA SOBRE LA TRADUCCIÓN DEL DOLOR EN CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR A DOCENTES Y PROFESIONALES DEL GRADO DE FISIOTERAPIA DE LA UNIVERSIDAD SAN JORGE 32

5. CONCLUSIONES 37

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 39

7. ANEXOS 43

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (2020) señaló que el dolor es «una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con un daño tisular real o potencial». Partiendo de esa base, como el objetivo principal de la traducción es que haya buena comunicación entre diferentes culturas, se ha visto necesario analizar el papel que tienen los aspectos culturales a la hora de la percepción y comunicación del dolor.

Cierto es que, al tratarse de una experiencia individual y subjetiva, las personas tienen un concepto de dolor muy diferente, en el que entran en juego antecedentes y experiencias personales o familiares, aspectos culturales, desinformación o falsos mitos sobre lo que realmente es el dolor, etc. Esto supone un reto para el investigador y para el profesional de la salud, puesto que se debe confiar en el autoinforme de los pacientes. Para el profesional sanitario, a la hora de tratar con un paciente que tiene una cultura distinta a la suya, es muy relevante cómo dicho paciente expresa su dolor, ya que el entorno cultural y social puede maximizar o minimizar un estado de dolor; así como determinar la forma de tolerarlo, adaptarse a él o las estrategias para afrontarlo (Henschke, 2016). Pero, de la misma manera que influye la cultura del paciente, influyen también las creencias culturales del propio profesional sanitario.

Todo lo anterior es relevante debido a la necesidad de traducir las herramientas de evaluación del dolor, principalmente los cuestionarios de dolor. Estos cuestionarios se crearon para obtener información sobre el estado de salud de los ciudadanos en un área geográfica determinada.

Así que, este Trabajo de Fin de Grado (en adelante, TFG) se va a enfocar en las dificultades y problemas que supone realizar una traducción de un cuestionario de evaluación del dolor. Y, debido a la amplitud de cuestionarios existentes, se ha decidido centrar este TFG en el dolor musculoesquelético, debido a su gran incidencia en Europa.

Se parte de distintas hipótesis, como que hay una gran cantidad de cuestionarios de salud que no están del todo bien traducidos y adaptados culturalmente; también que dichos cuestionarios, al estar diseñados para los pacientes, no tendrán demasiada terminología específica.

Para poder descubrir si estas hipótesis de las que se parten son ciertas o no, el presente trabajo pretende analizar la traducción y adaptación de un cuestionario de dolor musculoesquelético existente, así como proponer una nueva versión mejorada de manera que pueda ser validado nuevamente, y que los errores analizados puedan servir como referencia para futuras traducciones de cuestionarios del dolor. Por último, se va a realizar una encuesta a los docentes y profesionales del grado de Fisioterapia de la Universidad San Jorge para conocer de primera mano la utilidad de estos cuestionarios y los posibles problemas que sus traducciones hayan supuesto para ellos o sus pacientes.

1.1. MOTIVACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El dolor es un concepto muy complejo y su correcta traducción aún puede llegar a serlo más. En las herramientas de evaluación del dolor para pacientes es donde esta dificultad es más notoria. Estas herramientas pueden ser muy útiles para los profesionales sanitarios a la hora de realizar un diagnóstico, proponer un determinado tratamiento etc., pero únicamente van a tener esta utilidad si la traducción es correcta.

La decisión de estudiar este tema se basa en que una correcta traducción de un cuestionario de salud, más concretamente de un cuestionario de evaluación del dolor, es indispensable para que el profesional sanitario pueda servirse de dichas herramientas para conocer el dolor de su paciente. Así como una correcta traducción, una adaptación cultural a la población meta es necesaria. Hay algunos cuestionarios que están traducidos al español pero no adaptados culturalmente, lo que hace que no sean óptimos, y que tampoco sean de completa utilidad para los sanitarios, ya que pueden dar lugar a confusiones. Un ejemplo sería el Cuestionario Nórdico Musculoesquelético Estandarizado, como se verá en el apartado del Marco Teórico.

En cuanto a las investigaciones previas del tema, hay que indicar que por lo general hay bastantes estudios relacionados con las diferencias culturales en la expresión del dolor, así como de descripción del proceso de traducción de los cuestionarios de salud y de evaluación del dolor; como por ejemplo el estudio de Henschke de 2016, sobre las influencias culturales en el dolor lumbar; o el estudio de Pérez y Miaja de 2016 sobre la traducción de los cuestionarios de salud para pacientes. Sin embargo, hay muy pocos estudios que analicen la traducción y adaptación cultural de cuestionarios; y si nos centramos en estudios hacia el español y su adaptación a España, el número es aún más reducido. Además, por lo general no son estudios recientes. Por lo tanto, nos encontramos ante un problema real que necesita de estudios recientes enfocados en España.

Todo lo mencionado anteriormente refleja la importancia de este TFG. Los hallazgos obtenidos tras la investigación y el análisis de la traducción de un cuestionario de dolor musculoesquelético pretenden servir como punto de partida para continuar con las investigaciones de forma más extensa, pudiéndolos aplicar a otros cuestionarios de evaluación del dolor y así mejorar la calidad general de éstos. Los beneficiarios directos de estas investigaciones y mejoras van a ser los pacientes que sienten dolor, así como los profesionales sanitarios y los investigadores.

1.2. ESTRUCTURA

Este TFG está dividido en los siguientes apartados: la introducción, objetivos y metodología, el marco teórico, el análisis de resultados, la conclusión, las referencias bibliográficas, y para terminar, los anexos que se han visto oportunos incorporar.

En la introducción, el presente apartado, se realiza una breve descripción del tema que se va a tratar en concreto en el TFG. A continuación, se justifica el estudio y se expone cuál ha sido la motivación para centrar el trabajo en la traducción de cuestionarios de evaluación del dolor.

En el siguiente apartado se presentan los dos objetivos generales y los específicos del trabajo, acompañados de las correspondientes preguntas a las que éstos pretenden dar respuesta. En este apartado también se explica la metodología adoptada en el TFG y cómo se ha realizado la recolección de datos.

El tercer apartado se corresponde con el marco teórico, que se divide en tres subapartados. En estos tres apartados se definen cuestiones teóricas muy importantes para el TFG. En primer lugar, se analizan las influencias culturales en el dolor; por otro lado, se indaga en el tema de las herramientas de evaluación del dolor, la traducción de cuestionarios de salud y los problemas que conlleva; y, por último, se centra en el dolor musculoesquelético y sus principales cuestionarios.

A continuación, el cuarto apartado consta del análisis de los resultados, en el que se analiza la traducción al castellano de un cuestionario de evaluación del dolor musculoesquelético, en concreto de la Escala de Catastrofización del Dolor. También se detallan los resultados de la encuesta realizada a los docentes y profesionales de fisioterapia de la Universidad San Jorge sobre la utilidad que tienen para ellos estos cuestionarios y los posibles problemas que les han podido suponer con pacientes.

En el apartado número cinco, se presentan las conclusiones a las que se ha llegado con la elaboración del TFG y se exponen las posibles líneas de investigación futuras.

Por último, se incluyen en las referencias bibliográficas todos los artículos consultados y citados en el trabajo.

2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

2.1. OBJETIVOS

Para dar respuesta al problema de investigación principal, que es la dificultad de expresar y de traducir el dolor, especialmente en cuestionarios para pacientes con dolor, se han planteado dos objetivos generales y otros dos específicos que derivan del primer objetivo.

El objetivo general número 1 consiste en analizar las traducciones de los instrumentos de valoración del dolor musculoesquelético en la combinación inglés-español. En relación con este objetivo general, surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿cuáles son las características lingüísticas de los cuestionarios de salud?, ¿cuáles son las dificultades y problemas traductológicos que se presentan a la hora de traducir los cuestionarios de evaluación de salud y del dolor?, ¿qué papel tiene la cultura a la hora de la expresión del dolor?

Para lograr dicho objetivo general número 1 y dar respuesta a las preguntas de investigación, se han determinado los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar los errores y dificultades traductológicos, así como las características lingüísticas de los cuestionarios de salud y, en especial, de los cuestionarios de valoración del dolor.

2. Determinar el papel de la cultura a la hora de la expresión del dolor.

Por otro lado, el objetivo general número 2 consiste en conocer la utilidad de los cuestionarios de evaluación del dolor para los docentes y profesionales de fisioterapia de la Universidad San Jorge y los problemas que han encontrado en sus traducciones.

Como sucede con el anterior objetivo general, de éste surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿son estos cuestionarios útiles para los profesionales sanitarios?, ¿han encontrado estos profesionales algún problema, o sus pacientes, a la hora de interpretar las preguntas de los cuestionarios?

2.2. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se ha utilizado una metodología mixta; es decir, tanto una metodología cualitativa, como cuantitativa; siendo este método el que mejor se adapta a los propósitos que persigue el trabajo.

El trabajo se compone de diferentes partes, la primera es una revisión de la literatura reciente relacionada con el objeto de estudio. Después de establecer el marco teórico, se ha pasado a analizar la traducción al español de un cuestionario de dolor musculoesquelético, teniendo en cuenta también su adaptación a la población española. Posteriormente, se ha realizado una encuesta relacionada con el objeto de estudio a los profesionales y docentes de fisioterapia de la Universidad San Jorge, en Villanueva de Gállego. Así, la parte del análisis de la traducción del cuestionario de dolor ha seguido un método cualitativo; mientras que la encuesta realizada a los profesionales y docentes de fisioterapia ha seguido un método tanto cualitativo como cuantitativo.

En particular, se ha empleado una revisión de la literatura reciente relacionada con el objeto de estudio. Para ello, se ha realizado un análisis documental de las bases teóricas en relación con la traducción de cuestionarios de salud en general, los tipos de dolor, las influencias culturales en la expresión del dolor; haciendo especial hincapié en el dolor musculoesquelético. Principalmente, los documentos encontrados son artículos de investigación previos recuperados de plataformas digitales como Scielo, Pubmed y el NIH (la National Library of Medicine). A priori no se estableció un número concreto de recursos para seleccionar, sino que esto sería determinado por el límite de páginas de este TFG. Los criterios para la selección de dichos recursos han sido diversos; como por ejemplo que fuesen recursos en línea disponibles de forma gratuita, con autoría reconocida y fiable. Si bien es cierto que en un principio se marcó el criterio de que fuesen recursos preferiblemente de actualidad (de hace unos 5 años máximo); tras realizar la revisión bibliográfica, no se encontró una gran cantidad de artículos de esa actualidad, es por eso que aparecen, por ejemplo: Peacock y Patel (2008), Jiménez Santiago (2014), Sussex (2015), Henschke (2016), Lasch (2000), Luque y Oliver (2005), etc.

En segundo lugar, se ha seleccionado un cuestionario ya traducido al español, para poder realizar su análisis y la propuesta de mejoras. Finalmente, en cuanto a las preguntas reflejadas en la encuesta, se han seleccionado partiendo de las hipótesis previas y para que diesen respuesta a las preguntas de investigación propuestas con anterioridad. La encuesta se ha realizado mediante la plataforma de Microsoft Forms y los participantes han sido los docentes y profesionales de fisioterapia de la Universidad San Jorge, que son los que tratan directamente con pacientes con dolor.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. INFLUENCIAS CULTURALES EN EL DOLOR

Al definir el dolor, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) señaló en 1979 que el dolor es «una experiencia sensorial y emocional desagradable asociado con daño tisular real o potencial o que se describe en términos de dicho daño» (IASP, 1979). Sin embargo, en 2020, propuso una nueva definición, siendo la actualmente aceptada: «el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con un daño tisular real o potencial» (IASP, 2020).

Interpretamos el dolor de forma personal dependiendo de nuestras experiencias vividas. Se puede afirmar que el dolor no es igual para todos, existe un umbral del dolor, su parte subjetiva (Jiménez Santiago, 2014). El hecho de que el dolor sea una experiencia subjetiva y personal supone un reto tanto para el investigador como para el profesional de la salud. Ya que, debido a esta naturaleza medirlo es imposible, y se debe confiar en el autoinforme de los individuos, —hasta cierto punto, incluso en su comportamiento— para obtener una visión de su experiencia (Fillingim, 2017). Es de gran importancia señalar que el dolor es una experiencia privada, pero el comportamiento frente a él está influenciado por factores sociales, culturales y psicológicos (Peacock y Patel, 2008). Y es que la cultura de una persona determina cómo se percibe, se experimenta y se comunica el dolor.

El dolor es parte de la experiencia humana; por ello, se tiende a suponer que al comunicarlo se atravesarán sin problemas las fronteras culturales. Pero las personas con dolor están sujetas a las formas en que sus culturas les han enseñado a experimentarlo y a expresarlo. Tanto las personas con dolor como los profesionales sanitarios tienen problemas para comunicar el dolor debido a estas fronteras culturales. El papel de la cultura en la comunicación sigue estando infravalorado, si bien una comunicación eficaz puede tener grandes consecuencias para la atención médica y la calidad de vida (Sussex, 2015). Como mencionó este mismo autor (Sussex, 2015), la edad, el género, la educación, la situación socioeconómica, si la persona con dolor está hablando en su lengua materna o no etc. todo afecta a la experiencia del dolor. Estos factores solo tienen un sentido completo cuando se entienden en el contexto de la cultura en el que están integrados.

Al igual que el dolor, tanto la salud como la enfermedad son conceptos culturales, ya que nuestra cultura determina cómo las percibimos, experimentamos y gestionamos (Henschke, 2016). La propia salud se define de muchas maneras en los distintos grupos culturales. La Organización Mundial de la Salud la definió en 1946 como «un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de lesión o enfermedad» (OMS, 1946). Sin embargo, otros grupos la conceptualizan de forma más amplia; como afirma Lasch (2000):

> Aparte de la percepción del dolor y los comportamientos, la cultura tiene una influencia vital en las creencias sobre la enfermedad, las prácticas de atención sanitaria, las actividades de búsqueda de ayuda y la receptividad a las intervenciones de atención médica (p. 15).

Esto se ve reflejado, por ejemplo, en el Ayurveda, un sistema de medicina tradicional indio, que considera la salud como una armonía entre el cuerpo, los órganos sensoriales, la mente y el alma. De igual manera, la medicina tradicional china considera la salud como un equilibrio entre el *yin* y el *yang*, las dos energías complementarias del universo, y cuando se pierde la armonía, aparece la enfermedad (Henschke, 2016).

Como mencionan Peacock y Patel (2008), esto se puede observar en los aborígenes australianos. A pesar de que la mayoría padecían dolor de espalda, cuando se les preguntaba no percibían ningún problema de salud; por lo que no mostraban comportamiento de dolor ni buscaban tratamiento médico. Lo mismo sucede en Nepal, donde se constató que el dolor de espalda era frecuente y que, sin embargo, cuando se disponía de instalaciones médicas para ello, prácticamente nadie buscaba ayuda. En ambos casos, parece que los síntomas del dolor de espalda no se perciben como un problema médico, sino como el proceso natural del envejecimiento. Esto refleja que, como se ha expuesto anteriormente, para maximizar las posibilidades de un tratamiento eficaz de dolor dentro de cada grupo cultural, éste se debe considerar desde la perspectiva de su significado psicológico, social y espiritual (Henschke, 2016, p. 15).

Para comprender las influencias culturales en el dolor, entender la noción de aculturación es interesante. Ésta se ha definido como el grado en que un individuo que emigra de su país de

nacimiento adopta los valores, creencias, culturas y estilos de vida del país al que emigra. Las personas más *aculturadas* manifiestan niveles de dolor y enfermedad similares a los del país al que han emigrado; los inmigrantes de segunda y tercera generación son más propensos a compartir las creencias y comportamientos de la nación de acogida, aunque sigue estando poco investigado (Peacock y Patel, 2008).

Como mencionaron Peacock y Patel en 2008, la creciente diversidad étnica hace que los profesionales sanitarios deban atender las necesidades de diferentes culturas y ofrecer una atención sanitaria culturalmente adaptada. De ahí que cada vez sea más esencial comprender su influencia en el tratamiento del dolor. La cultura influye en el comportamiento ante la enfermedad de diversas maneras, como la definición de lo que se considera *normal* y *anormal*, la determinación de la causa de la enfermedad, la influencia en el control de la toma de decisiones en los entornos sanitarios y el impacto en el comportamiento de búsqueda de la salud.

El dominar la lengua es relevante en los estudios de las influencias culturales porque el idioma limita cómo las personas pueden acceder a la información sanitaria, a la atención médica; cómo pueden comunicar sus problemas de salud y sus inquietudes, entender las instrucciones y participar en las intervenciones (Henschke, 2016). Además, cada grupo cultural y social tiene su propio lenguaje del dolor, sus propias expresiones complejas mediantes las cuales las personas enfermas hacen que otras personas sepan que están sufriendo. Existe una forma concreta —a menudo estandarizada— de señalar, tanto verbal como no verbalmente, que la persona tiene dolor o malestar. Esto depende de factores como si su cultura valora la exhibición de emociones o la expresión verbal en respuesta al dolor, o las desvaloriza. Algunos grupos culturales esperan un despliegue extravagante de emociones en presencia del dolor, especialmente en el sur del Mediterráneo y en Oriente Medio, como comenta Sussex (2015), pero otros valoran la contención y la minimización del dolor (Peacock y Patel, 2008). En las culturas angloeuropeas contemporáneas, se tiende a expresar el dolor compartiéndolo con los demás, mientras que en las culturas confucianas (gran parte del sudeste asiático), tienden a defender el guardarse su dolor para ellos mismos. En estas culturas, los médicos son venerados como poseedores de la sabiduría, por lo que es inapropiado hacerles preguntas (Sussex, 2015).

Como mencionaron Luque Fernández y Oliver Reche en 2005, en la expresión de los dolores del parto, la del dolor también está constituida socio-culturalmente. En algunas culturas se insta a que la mujer permanezca en silencio, mientras que en otras se les permite gritar y manifestar el dolor. En general, las mujeres procedentes de Europa del Este y de África Subsahariana son estoicas en su comportamiento. Por el contrario, aunque no es generalizable, las mujeres norteafricanas suelen manifestar de mayor forma el dolor. Pero además de cuestiones de índole cultural, en la percepción del dolor suelen influir otros factores como la formación previa al parto, y las condiciones psico-sociales de las mujeres inmigrantes. En el estudio, los autores afirman que «[A los profesionales sanitarios] nos molesta que las mujeres, sea cual sea su procedencia, expresen el dolor de forma manifiesta, y catalogamos negativamente a las que se quejan "demasiado", dado que generan mayores demandas asistenciales» (Luque y Oliver, 2005).

Es esencial abordar la necesidad de la existencia de servicios de tratamiento del dolor con base cultural; ya que éste se desarrolla principalmente desde un enfoque occidental de las causas y la forma adecuada de gestionar el dolor. Las investigaciones han demostrado que es menos probable que las minorías étnicas se involucren en decisiones médicas sobre su tratamiento que los grupos no minoritarios —lo que se puede reducir si el profesional médico tiene el mismo origen étnico que el paciente (Peacock y Patel, 2008).

Peacock y Patel (2008) afirman:

> Es necesario que se investiguen los modelos de dolor y tratamientos desde diferentes grupos culturales, para así poder comprender cómo se presenta el dolor, y cómo las creencias y expectativas sobre el dolor pueden unirse con un tratamiento del dolor eficaz basado en la evidencia (p. 6).

Las mismas autoras afirman que en la situación clínica, las creencias sobre el dolor se aportan tanto por el profesional sanitario como por el paciente. A la hora de mejorar la situación de la comunicación del dolor, es importante para evitar un diagnóstico erróneo que el profesional sanitario aprecie las respuestas verbales y no verbales al dolor. Según el estudio de Newman (2017) sobre enfermería transcultural, investigaciones han demostrado que los profesionales sanitarios son más propensos a responder a la comunicación del dolor por parte de las

personas de su misma cultura, no entendiendo la de otras culturas. Además, para identificar las creencias y actitudes culturales de los pacientes, una comunicación adecuada es indispensable.

Para ello, afirma Henschke (2016):

> Los profesionales sanitarios deben evitar estilos de comunicación pasivos, en su lugar, deberían facilitar la discusión con el paciente para aumentar su participación, utilizando preguntas abiertas y señales no verbales de apoyo, como asentir con la cabeza (p. 18).

3.2. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR: LA TRADUCCIÓN DE CUESTIONARIOS DE SALUD Y LOS PROBLEMAS QUE CONLLEVA

3.2.1. La traducción de cuestionarios de salud

La comunidad científica ha creado los cuestionarios de salud para obtener con ellos información sobre el estado de salud de los ciudadanos en un área geográfica determinada. Es necesario que los cuestionarios sean fiables, es decir, que muestren la realidad de cómo se siente el paciente para ofrecer el diagnóstico más adecuado. Con estos cuestionarios se mejora la atención sanitaria y se determina el impacto y la gravedad de una enfermedad, afección o trastorno (Miaja y Pérez, 2019).

Como comentan las autoras Miaja y Pérez (2019), su buena traducción y adaptación cultural es muy importante, ya que una falta de comprensión —ya sea por cuestiones lingüísticas o culturales— podría afectar a los resultados del cuestionario y, por tanto, el diagnóstico no se adecuaría a las necesidades del usuario.

Según Congost (2010), «Es preferible utilizar cuestionarios adaptados para llevar a cabo estudios comparativos interculturales» (p. 46). Esta autora afirma que la traducción y la adaptación de estos textos son relevantes porque se estandarizan las medidas para la comunidad, permiten compartir y comparar los datos con el resto de los países, y ahorran tiempo y dinero en la creación de otros cuestionarios.

Como se ha analizado anteriormente, en la cultura influyen las costumbres de una comunidad, esto es muy importante porque los pacientes van a seguir esas costumbres para responder los cuestionarios. Por lo tanto, estos aspectos se deben tener en cuenta a la hora de realizar las traducciones. Además, hay que recalcar que este proceso de adaptación cultural también es necesario incluso cuando se desea aplicar un cuestionario en países distintos que comparten una misma lengua, debido a la diversidad transcultural y lingüística (Martínez, 2014). Como afirman Pérez y Miaja, (2019):

> «El traductor debe tener conocimiento de ambas lenguas y culturas, con el objetivo de realizar una buena adaptación, no solo de los textos, sino de los contextos en los cuales estos se enmarcan, así como el aspecto pragmático que influye en ellos, pues podría haber aspectos culturales que afecten la comprensión de los cuestionarios (p.5)».

Al traducir un cuestionario a otro idioma, es muy importante asegurar la congruencia entre las palabras y su verdadero significado en la lengua meta. Unos buenos métodos de traducción no aseguran el éxito de un proyecto; sin embargo, unos cuestionarios mal traducidos pueden hacer fracasar un proyecto sólido (Kalfoss, 2019).

3.2.2. El proceso de traducción

En este apartado se va a analizar el modelo de retrotraducción, que es el modelo de traducción de cuestionarios de salud más utilizado; también se va a analizar el protocolo de traducción de estos cuestionarios redactado por la Organización Mundial de la Salud.

En el estudio de Miaja y Pérez (2019), se analiza el modelo de retrotraducción, que para la traducción de un cuestionario del inglés al español tiene cuatro pasos:

-Un grupo de traductores españoles trabajan individualmente, realizando al menos dos versiones traducidas del cuestionario.

-Estos traductores ponen en común los documentos con los autores originales para hacer la revisión e identificación de los problemas de la traducción. Tras la solución de estos problemas se pasa a realizar la primera versión.

-Un grupo de traductores anglosajones traducen esta primera versión al inglés sin haber visto el original. Con los autores, realizan una segunda versión del documento. Este proceso se repite hasta que las versiones en inglés sean iguales o sin diferencias importantes.

-Se reúne un grupo de personas para realizar la prueba de la versión traducida para comprobar que no haya problemas de comprensión. Lo que constituye el control de calidad de la versión final.

De igual forma, como se ha comentado con anterioridad, la Organización Mundial de la Salud en 2003 elaboró un protocolo de traducción para un cuestionario de un estudio sobre la sustitución de la terapia de dependencia de opioides y el VIH (OMS, 2003; citado por Kalfoss, 2019). Pero dicho protocolo se puede aplicar a todos los cuestionarios de salud que sean conceptualmente equivalentes en distintas culturas. La OMS con este protocolo aclara que se debe traducir para los pacientes, no deben dirigirse a los profesionales sanitarios; es decir, es necesario tener en cuenta lo que el paciente va a entender cuando lea las preguntas. Es por lo que se deben evitar cualquier tipo de jerga y de tecnicismos. Además, se recalca la necesidad de considerar que los términos sean aplicables por cuestiones de género y de edad, evitando los que el grupo meta pueda considerar ofensivos.

Este protocolo tiene una serie de pasos que incluyen una traducción directa, un panel de expertos, una traducción inversa, una prueba previa y la creación de la versión final:

-Uno o dos traductores realizan la traducción del cuestionario a la lengua meta. Dichos traductores tienen que tener un claro conocimiento del instrumento y de la población que lo va a utilizar. Esto aumenta la probabilidad de que el instrumento se traduzca adecuadamente.

-Un grupo bilingüe de expertos revisa la traducción, en busca de incoherencias entre la lengua de origen y el documento traducido. El grupo resuelve cuestiones en términos de equivalencia semántica, conceptual y técnica. La OMS (OMS, 2003: 5; citado por Kalfoss, 2019) aconseja que el grupo de expertos incluya al traductor original, a expertos en ese campo de la salud y a expertos con experiencia en el desarrollo y la traducción de cuestionarios.

-El cuestionario se vuelve a traducir a la lengua original por un traductor independiente con esa lengua materna. Esta traducción debe centrarse en la equivalencia conceptual y cultural, no tanto en la lingüística. Se deben corregir errores hasta llegar a una versión satisfactoria.

-Se hace una prueba con la población meta, en la que se van a poner a prueba todas las secciones y módulos.

-Con los errores corregidos en los pasos anteriores, se crea la versión final.

3.2.3. Los problemas traductológicos y las características evaluadas en un análisis de los cuestionarios de salud

Como declara la autora Congost (2016), «los cuestionarios de salud se identifican con un estilo llano y claro, y su lenguaje se caracteriza, normalmente, por hacer uso de una sintaxis sencilla, utilizar frases cortas, usar la voz activa y evitar tiempos verbales complicados» (p.117).

Aun así, esta misma autora (2016) señaló que estos cuestionarios poseen características lingüísticas propias que pueden dar problemas a la hora de traducirlos. Entre las más frecuentes se encuentran la polisemia, la secuenciación terminológica, la repetición léxica, el registro y la variación léxica, y el estilo. Se va a proceder a analizar brevemente algunas de dichas cuestiones, tomando como principal referencia el estudio de la autora anteriormente mencionada, Congost (2016):

-Las polisemias léxicas.
En muchos casos las unidades léxicas del lenguaje común son polisémicas, ambiguas, poseen sinónimos. Es por lo que las polisemias léxicas son uno de los obstáculos más importantes que tiene que salvar el traductor.

Un caso muy interesante es el de los adjetivos que valoran la gravedad de una enfermedad, tales como *serious, severe, grave, adverse,* con los que hay que ser muy cuidadosos en su traducción. *Serious* significa "grave" cuando acompaña a *injury, illness* o *accident,* en cuyo caso es sinónimo parcial de *severe.* Esta última palabra cuando precede a *injury* o *illness* también es "grave", pero cuando acompaña a *pain* equivale a "fuerte" o "grande".
Como se observa en el Diccionario Crítico de Dudas Inglés-Español de Medicina, de Fernando A. Navarro (2005); la propia palabra *pain,* de traducción aparentemente sencilla, presenta muchas trampas para el traductor. Esta palabra forma parte de muchas expresiones de traducción difícil, ya que puede ir acompañada de una gran cantidad de calificativos (*agonizing pain* "dolor agudo"; *chest pain* "dolor torácico"; *burning pain* "ardor"; *griping pain* "cólico, retortijón"; *steady pain* "dolor constante"; *stinging pain* "escozor"; *unbearable pain* "dolor insoportable", etc.).

-Las expresiones coloquiales.

El contenido de una expresión coloquial varía de una cultura a otra y resulta ser un problema para el traductor, sobre todo cuando no hay correspondencia exacta en la otra lengua. Por ejemplo la expresión *I feel as if I'm losing control,* que se adaptaría en España a perder los estribos.

-El orden de los términos.

Es importante que el traductor tenga en cuenta las secuencias de términos de una lengua que están determinadas culturalmente y a las que no se puede cambiar el orden, como *On-Off,* o *black and white* (blanco y negro, en español).

-La repetición léxica.

La sintaxis inglesa admite la repetición léxica en un mismo párrafo u oración, pero en español hay recursos para evitar la carga de la repetición léxica; lo que hace que el calcar el enunciado inglés al español resulte, en algunas ocasiones, pesado.

-El grado de formalidad.

Es necesario preguntarse si el encuestado entiende todas las palabras que aparecen en el cuestionario o si, por el contrario, aparecen palabras con un registro lingüístico alto. Esto puede ocurrir porque los propios autores y/o traductores del cuestionario han tenido una formación académica y añaden palabras muchas veces con un grado de formalidad demasiado alto para la mayor parte de los encuestados. Una posible solución sería reemplazar estas palabras por un sinónimo en la lengua de llegada.

-Los falsos amigos.

Se encuentran verbos como *ignore,* cuyo significado no es ignorar, sino "descuidar, desatender, no hacer caso, pasar por alto". O con sustantivos como *tablet,* que no es tableta, sino comprimido.

Por otro lado, pasando a analizar las características de los cuestionarios, se va a tomar como referencia el estudio de Miaja y Pérez (2019). En el que aclaran que un análisis comparativo de traducciones de cuestionarios de salud de inglés a español se centra en tres aspectos: las

cuestiones lingüísticas (a nivel oracional y supraoracional), las cuestiones socioculturales y las visuales.

-Cuestiones lingüísticas.
A nivel oracional: análisis de tres planos (morfosintáctico, ortográfico y léxico). Algunos de los ejemplos más relevantes fueron el grado de formalidad, omisiones en cuanto a cuestiones muy específicas de una cultura o irrelevantes para dicha cultura, errores gramaticales, cuestiones ortográficas, y redundancias léxicas y sintácticas.

A nivel supraoracional: en el que se analizan diferencias en cuanto al contenido.

-Cuestiones socioculturales.
Cuestiones vinculadas con la cultura.

-Cuestiones visuales.
Diferencias entre si son cuestionarios en soporte web o en PDF. El color de fondo, si tiene imágenes, si está en vertical o apaisado, etc.

Como ejemplo de la dificultad de traducir y adaptar culturalmente un cuestionario de dolor, en este caso, Costa, Maher y Latimer (2007) afirman que una revisión de las adaptaciones transculturales de las medidas de dolor de espalda identificó 40 medidas de resultado de dicho dolor, de las que solo se habían adaptado a un nuevo idioma 15. Los autores informaron de que, de 1400 adaptaciones posibles, solo se habían realizado 61.

3.2.4. El cuestionario de dolor de McGill

El cuestionario de dolor de McGill (1975) es el cuestionario del dolor que está más difundido. Evalúa aspectos cuantitativos y cualitativos del dolor, como la localización, la cualidad, propiedades temporales e intensidad.

La dimensión sensorial en este cuestionario se divide en 10 subclases que presentan diferentes cualidades sensoriales de dolor: consistencia (*dullness*), sensibilidad táctil (*brightness*), frialdad (*coldness*), calor (*hotness*), tracción (traction), constricción (*constrictive pressure*),

incisión (*incisive pressure*), punción (*punctate pressure*), localización (*spatial*) y duración (*temporal*); como podemos ver en el cuestionario mostrado a continuación:

Indique con una (x) sus sentimiento y sensaciones en el momento actual respecto al dolor		
TEMPORAL I ( ) A golpes ( ) Continuo	**TRACCIÓN** ( ) Tirantez ( ) Como un tirón ( ) Como si estirara ( ) Como si arrancara ( ) Como si desgarrara	**MISCELANEA SENSORIAL III** ( ) Seco ( ) Como martillazos ( ) Agudo ( ) Como si fuera a explotar
TEMPORAL II ( ) Periódico ( ) Repetitivo ( ) Insistente ( ) Interminable	**TÉRMICO I** ( ) Calor ( ) Como si quemara ( ) Abrasador ( ) Como hierro candente	**TENSIÓN EMOCIONAL** ( ) Fastidioso ( ) Preocupante ( ) Angustiante ( ) Exasperante ( ) Que amarga la vida
LOCALIZACIÓN I ( ) Impreciso ( ) Bien delimitado ( ) Extenso	**TÉRMICO II** ( ) Frialdad ( ) Helado	**SIGNOS VEGETATIVOS** ( ) Nauseante
LOCALIZACIÓN II ( ) Repartido ( ) Propagado	**SENSIBILIDAD TACTIL** ( ) Como si rozara ( ) Como un hormigueo ( ) Como si arañara ( ) Como si raspara ( ) Como un escozor ( ) Como un picor	**MIEDO** ( ) Que asusta ( ) Terrible ( ) Aterrador
PUNCIÓN ( ) Como un pinchazo ( ) Como una aguja ( ) Como un clavo ( ) Punzante ( ) Perforante	**CONSISTENCIA** ( ) Pesadez	**CATEGORÍA VALORATIVA** ( ) Débil ( ) Soportable ( ) Intenso ( ) Terriblemente molesto
INSICIÓN ( ) Como si cortase ( ) Como una cuchilla	**MISCELANEA SENSORIAL I** ( ) Como hinchado ( ) Como peso ( ) Como flato ( ) Como espasmos	
CONSTRICCIÓN ( ) Como un pellizco ( ) Como si apretara ( ) Como agarrotada ( ) Opresivo ( ) Como si exprimiera	**MISCELANEA SENSORIAL II** ( ) Como latidos ( ) Concentrado ( ) Como si pasara corriente ( ) Calambrazos	
Indique la expresión que mejor refleja la intensidad del dolor, en su conjunto, en el momento actual: ( ) Leve, débil, ligero ( ) Moderado, molesto, incomodo ( ) Fuerte ( ) Extenuante, Exasperante ( ) insoportable		
Marque con una cruz sobre la línea indicando cuanto dolor tiene actualmente: SIN DOLOR |_____|_____|_____|_____| DOLOR INSOPORTABLE		
PUNTAJES**: PRI-S ( ) PRI- E ( ) PRI- V ( ) PRI-M ( ) PRI TOTAL ( ) NUMERO DE PALABRAS ( ) PPI ( ) EVA DE 0 A 10 ( )		

Cuestionario del dolor de McGill, versión larga (1975). Recuperado de: http://www.consulmedica.com/2017/09/cuestionario-del-dolor-mcgill.html

3.3. DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO Y SU IMPORTANCIA. CUESTIONARIOS PRINCIPALES Y SU TRADUCCIÓN

3.3.1. El dolor musculoesquelético y su importancia

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, ha identificado que los trastornos musculoesqueléticos son una de las enfermedades más comunes relacionadas en el trabajo. En toda Europa, afectan a millones de trabajadores y suponen pérdidas de miles de millones de euros.

En la página web de Prevent4Work, un proyecto cofinanciado por el programa Erasmus+ centrado en las enfermedades musculoesqueléticas en el trabajo, se afirma que el 25 % de los trabajadores de la UE experimenta este tipo de dolor; además que el porcentaje de incapacidad permanente debidos a trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo es del 60 %.

Como se refleja en la página web de Cleveland Clinic (2021), el dolor musculoesquelético afecta a los huesos, articulaciones, ligamentos tendones o músculos. Una lesión como una fractura puede causar un gran dolor, pero una enfermedad crónica como la artritis también puede producirlo. El dolor musculoesquelético puede ser agudo y repentino; o puede ser crónico. Se puede tener un dolor focalizado o puede afectar al cuerpo en general.

3.3.2. Cuestionarios principales y su traducción

El Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire es el cuestionario principal de evaluación de dolor musculoesquelético, como afirman Cuesta y González (2014). Es un cuestionario del año 1998, que se basa en aspectos biopsicológicos del paciente. Se centra en temas como la localización del dolor, la baja laboral debida al dolor, la duración e intensidad del dolor, su control, la frecuencia de episodios de dolor en los últimos tres meses, etc. Se compone de 25 preguntas, de las que 21 son con una escala del 0 al 10. Estos autores describen el proceso de su traducción al español, realizado por dos traductores independientes que llegaron a un consenso entre los dos. Luego, se realizó una traducción a la inversa para resolver problemas semánticos o conceptuales manteniendo en la traducción un formato similar al original (Cuesta y González, 2014).

Por otro lado, se encuentra el Cuestionario Nórdico Musculoesquelético Estandarizado (CNME), que fue elaborado y propuesto a la comunidad científica internacional en el año 1987 después de validarse en la población de Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia (Martínez, 2014), no así en la población española.

Como afirma Martínez (2014):

> Por su utilidad y por sus extraordinarias propiedades, el uso de este cuestionario no tardó en introducirse en España y hacerse habitual en la práctica cotidiana del médico del trabajo. Y así, empezó a utilizarse sin que previamente se hubiese podido llevar a cabo esa validación que es obligada y necesaria antes de su uso en la población de referencia. Para esta versión traducida al castellano no se había comprobado el mantenimiento de las propiedades psicométricas que se probaron para la versión original (p. 6).

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de resultados de este TFG consta de dos partes muy diferentes entre sí. Pretende responder a los objetivos planteados con anterioridad:

Por un lado, analizar los errores y dificultades traductológicos, así como las características lingüísticas de los cuestionarios de salud y, en especial, de los cuestionarios de valoración del dolor. Para responder a ello, en primer lugar se va a realizar el análisis de la traducción de un cuestionario de dolor musculoesquelético.

Por otro lado, para conocer la utilidad de los cuestionarios de evaluación del dolor para los docentes y profesionales de fisioterapia de la Universidad San Jorge y los problemas que han encontrado en sus traducciones, se van a analizar los resultados de la encuesta sobre traducción del dolor en cuestionarios realizada a docentes y profesionales del grado de Fisioterapia de la USJ.

4.1. ANÁLISIS DE LA TRADUCCIÓN DE UN CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO

A continuación, se va a proceder a realizar el análisis de la traducción al castellano de la Escala de Catastrofización ante el Dolor (Pain Catastrophizing Scale), desarrollada por Sullivan et al. en 1995 en inglés.

La catastrofización del dolor se caracteriza por la tendencia de magnificar el valor de amenaza del dolor. Este cuestionario se desarrolló para ayudar a cuantificar la experiencia individual del dolor, sin la necesidad de que el individuo sienta dolor en el momento de rellenarla.

La versión española de este instrumento se ha recuperado del artículo de 2008 *Validación de la versión española de la escala de catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia.* Como reflejan en el artículo García et al. (2008) «La fibromialgia es una enfermedad crónica, de causa desconocida, que se caracteriza por la presencia de dolor musculoesquelético generalizado, asociado a una serie de puntos dolorosos específicos que permiten realizar el diagnóstico».

El procedimiento del análisis de la traducción se va a apoyar en el estudio de Miaja y Pérez (2019), detallado en el apartado de Los problemas traductológicos y las características evaluadas en un análisis de los cuestionarios de salud del Marco Teórico. Este se centra en cuestiones lingüísticas, socioculturales y visuales. El análisis del léxico se va a realizar apoyado por el Diccionario Crítico de Dudas Inglés-Español de Medicina, de Fernando A. Navarro (2003).

Además, se ha consultado una lista de 25 preguntas, propuestas por Hambleton y Zenisky en 2011, pero recuperadas de su traducción que realizó Muñiz en 2013. Estas preguntas constituyen una herramienta muy útil para guiar de manera más concreta y eficiente el trabajo del comité de expertos en el proceso de adaptación de un instrumento, pero para analizar la traducción de un cuestionario de evaluación del dolor hay algunas que también se pueden aplicar. La lista de las preguntas completas se proporciona en el anexo del TFG, no obstante, algunas útiles son: ¿El ítem tiene el mismo significado o parecido en los dos idiomas?; ¿introduce la traducción cambios en el texto (omisiones, sustituciones o adiciones) que puedan influir en la dificultad del ítem?; ¿el formato del ítem, incluyendo los aspectos físicos, es el mismo en los dos idiomas?, etc.

Primero se va a proceder a analizar la traducción de la introducción, posteriormente la de los ítems de evaluación de la escala y, por último, una conclusión sobre la traducción en general. Todo lo señalado en el análisis se señalará en negrita para una comprensión más sencilla.

La escala de catastrofización ante el dolor y su traducción al español es la siguiente:

Nombre: ..... Edad: .....Sexo: ..... Fecha: .....

Todas las personas **experimentamos** situaciones de dolor en algún momento de **nuestra vida**. Tales experiencias pueden incluir dolor de cabeza, dolor de muelas, dolor muscular o de articulaciones. Las personas **estamos** a menudo expuestas a situaciones que pueden causar dolor como las enfermedades, las **heridas**, los tratamientos dentales o las intervenciones quirúrgicas. **Estamos interesados** en conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que **usted** tiene cuando siente dolor. A continuación se presenta una lista de 13 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Utilizando la siguiente escala, por favor, indique el grado en que usted tiene esos pensamientos y **sentimientos cuando siente dolor.**

Everyone *experiences painful situations at some point* ***in their lives****. Such experiences may include headaches, tooth pain, joint or muscle pain.* ***People*** *are often exposed to situations that may cause pain such as illness,* ***injury****, dental procedures or surgery.* ***We*** *are interested in the types of thoughts and feelings that* ***you*** *have when you are in pain. Listed below are 13 statements describing different thoughts and feelings that may be associated with pain. Using the following scale, please indicate the degree to which you have these thoughts and* ***feelings when you are experiencing pain.***

0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo

0: Not ***al*** *all 1: To* ***aslight degree*** *2: To a moderate* ***degree*** *3: To a great* ***degree*** *4: All the time*

Cuando siento dolor… (*When I'm in pain*)

1. Estoy **preocupado** todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá
   (*I worry all the time about whether the pain will end*)
2. Siento que **ya no puedo más**
   (*I feel* ***I can't go on***)
3. Es terrible y pienso que **esto** nunca va a mejorar
   (*It's terrible and I think it's never going to get any better*)
4. Es horrible y siento que **esto** es **más fuerte que yo**
   (*It's awful and I feel that it* ***overwhelms me***)
5. Siento que no puedo soportarlo más
   (*I feel I can't stand it any more*)
6. Temo que el dolor empeore
   (*I become afraid that the pain may get worse*)
7. **No dejo de pensar** en otras situaciones en las que experimento dolor
   (*I* ***think*** *of other painful experiences*)
8. Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor
   (*I anxiously want the pain to go away*)
9. No puedo **apartar el dolor de mi mente**
   (I can't seem to **keep it out of my mind**)
10. No dejo de pensar en lo mucho que me duele
    (I keep thinking about how much it hurts)
11. No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor
    (I keep thinking about how badly I want the pain to stop)
12. No hay nada que pueda hacer para **aliviar** la intensidad del dolor
    (There is nothing I can do to **reduce** the intensity of the pain)
13. Me pregunto si me puede pasar algo grave
    (I wonder whether something serious may happen)

… Total

En primer lugar, analizando la introducción:

- Se ha elegido personificar la introducción poniéndola en 1º persona del plural, («todas las personas experimentamos», «las personas estamos», «nuestras vidas»), mientras que en la versión original no optan por esa opción, manteniendo «*people*», «*everyone*», «*their lives*». Menos para cuando se refiere al grupo de investigadores que está recolectando los datos del estudio, usando «*we are interested*». En español no existe esa distinción entre los pacientes en general y los investigadores —ya que todo está en primera persona del plural—, por lo que podría generar una ligera confusión.

- Otro punto a señalar, es que la traducción al castellano ha optado por tratar a los pacientes de usted. Ese grado de formalidad no se denota en inglés, ya que en ese idioma no hay distinción entre usted y tú —ya que siempre es *you*—, pero dicha formalidad se presupone por el contexto.

- Siguiendo con en análisis, en cuanto a los tipos de dolor que se presentan en la introducción, se ha optado por mantener el mismo registro y nivel bajo de léxico, sin aumentar el registro presentado en el original. Tecnicismos como *artralgia* (dolor articular) u *odontalgia* (dolor de muelas) deben evitarse.

- La palabra «*injury*», debido a la falta de contexto, también se podría referir a lesiones aparte de a heridas; ya que las dos situaciones son causas de dolor, en este caso el uso de ambas estaría justificado.

- La última parte de la introducción en inglés es «*feelings when you are experiencing pain*». En la versión en español, se ha optado por «sentimientos cuando siente dolor». Esta estructura presenta una repetición léxica que se debe evitar en la medida de lo posible, ya que en español no es lo recomendado. De hecho, en inglés es frecuente este tipo de repeticiones, pero en este caso ni siquiera la versión en inglés presenta esta repetición. Por lo que para mejorar la traducción, una opción sería «sentimientos cuando padece dolor».

Pasando ya a los ítems de evaluación:

- En la traducción de la descripción de los puntos que hay que otorgar a cada ítem, siendo en inglés «*1. To a slight degree 2: To a moderate degree 3: To a great degree*», se ha optado por eliminar el «*degree*»: «1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho»; lo que hace que sea menos pesado para el paciente que el uso de «en un grado moderado» o «en alto grado», etc.

- Asimismo, recalcar que hay algunos fallos de ortografía en la versión inglesa en estos puntos —se presupone que ha sido debido a su transcripción en el artículo de García et al. (2008) —. Los casos son: «*Not al all» (not at all)* y *«To aslight degree» (to a slight degree).*

- El primer ítem en inglés es: *«I worry all the time about whether the pain will end»*. Lo que se ha traducido como: «estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá». Esto plantea un problema, y es que es la primera vez que en esta traducción se ve reflejado el género del paciente, optando por el masculino. Para evitar hacer esta elección, se podría optar por esta alternativa: «me preocupo todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá», que no refleja ninguna marca de género.

- El segundo ítem se remarca por una traducción óptima; ya que se ha traducido «*I feel I can't go on*» como «Siento que ya no puedo más». Se ha evitado así un calco del inglés que sería «siento que ya no puedo seguir / continuar» y se ha adaptado perfectamente a la población española, ya que es una expresión más usada en este país.

- En el tercero: «Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar»; se podría replantear la eliminación de «esto», ya que no tiene ningún valor para la traducción ni aporta nada. Al eliminarlo, se podría sobreentender que habla del dolor o de la situación de dolor, lo cual sería válido.

- En el cuarto se vuelve a repetir lo anterior: «Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo», en este caso, sí que se podría optar con más claridad a sustituir «esto» por «el dolor». Por otra parte, la versión original dice «*and I feel that it overwhelms me*», la traducción realizada sería válida, aunque también se podría haber optado por «es superior a mí», que es ligeramente más natural.

- Pasando al séptimo ítem, «*I think of other painful experiences*». Se ha traducido por «no dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor». Los traductores han optado por añadir el «no dejo de pensar» para darle una idea de continuidad. En este caso, habría que consultar si los autores querían darle esa misma idea, ya que no es lo mismo pensar, que estar pensando constantemente. Para evitar confusiones, sería más recomendable traducirlo como «pienso / suelo pensar», sin así modificar la estructura gramatical del original.

- La versión original del punto número 9 es «*I can't seem to keep it out of my mind*», se ha optado por traducir como «No puedo apartar el dolor de mi mente». La expresión inglesa de «*can't keep something out of my mind»* es ampliamente utilizada. En este caso, la traducción al castellano sería literal. Las personas españolas entenderían el significado de este punto sin problemas, pero una traducción más utilizada en nuestro país podría ser «pienso a todas horas en el dolor», que a los pacientes les puede parecer mucho más natural. En este caso, añadir que se está refiriendo al dolor sería preferible.

- Por último, en el punto número 12, se ha decidido traducir el término inglés de «*reduce the instensity of pain*» por «aliviar la intensidad del dolor». Elegir el verbo aliviar es una buena traducción, ya que «reducir la intensidad del dolor» no se usa apenas en España.

- Se ha mantenido el formato de la versión en inglés, que es lo apropiado ante la traducción de un cuestionario de salud.

A continuación, se propone una versión de la escala con las mejoras de traducción (en negrita) que se han creído oportunas:

Nombre: ..... Edad: .....Sexo: ..... Fecha: .....

Todas las personas **experimentan** situaciones de dolor en algún momento de **su vida**. Tales experiencias pueden incluir dolor de cabeza, dolor de muelas, dolor muscular o de articulaciones. Las personas **están** a menudo expuestas a situaciones que pueden causar dolor como las enfermedades, las **lesiones**, los tratamientos dentales o las intervenciones quirúrgicas. Estamos interesados en conocer el tipo de pensamientos y sentimientos que usted tiene cuando siente dolor. A continuación se presenta una lista de 13 frases que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados al dolor. Utilizando la siguiente escala, por favor, indique el grado en que usted tiene esos pensamientos y **sentimientos cuando padece dolor.**

0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo

Cuando siento dolor…

1. **Me preocupo** todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá
2. Siento que ya no puedo más
3. Es terrible y pienso que nunca va a mejorar **(eliminación de «esto»)**
4. Es horrible y siento que **el dolor** es **superior a mis fuerzas**
5. Siento que no puedo soportarlo más
6. Temo que el dolor empeore
7. **Pienso** en otras situaciones en las que experimento dolor
8. Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor
9. **Pienso a todas horas en el dolor**
10. No dejo de pensar en lo mucho que me duele
11. No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor
12. No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor
13. Me pregunto si me puede pasar algo grave

… Total

En conclusión, la Escala de Catastrofización ante el Dolor está bastante bien traducida y adaptada culturalmente a la población española. En cuanto a la lista de preguntas planteadas anteriormente, recuperadas de Muñiz (2013), no hay ningún fallo importante a señalar, ya que se ha mantenido el formato, el registro es el mismo, no hay diferencias culturales reseñables, etc. Si bien, se puede mencionar la aparición de omisiones y adiciones (señaladas con anterioridad) y la referencia al género en uno de los ítems. Únicamente hay un par de

traducciones de términos a mejorar. Además de algunas expresiones que en la versión traducida no sonaban naturales para un hablante español. Ahora bien, estas mejoras se han realizado en cuanto su traducción y mejor comprensión; pero en un futuro, deberían ser revisadas por profesionales de fisioterapia cualificados para realizar de nuevo la validación de esta versión mejorada con pacientes.

4.2. ENCUESTA SOBRE LA TRADUCCIÓN DEL DOLOR EN CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR A DOCENTES Y PROFESIONALES DEL GRADO DE FISIOTERAPIA DE LA UNIVERSIDAD SAN JORGE.

Como parte fundamental del trabajo, se configuró esta encuesta online en la plataforma de Microsoft Forms. Para conocer mejor la perspectiva de los participantes y teniendo en cuenta los objetivos del estudio, se optó por preguntas tanto cerradas como abiertas para su análisis cuantitativo y cualitativo respectivamente. Dependiendo de las preguntas, se podía responder tanto eligiendo «sí» o «no», como dando una respuesta abierta larga. Tras su aprobación por el Comité de Ética, la encuesta se distribuyó de forma totalmente anónima; por lo que se envió el enlace a la dirección del grado de Fisioterapia de la Universidad San Jorge, que lo distribuyó a los docentes posteriormente. Esta encuesta está dirigida a los docentes y profesionales del grado de Fisioterapia de la USJ; ya que son profesionales que trabajan con este tipo de cuestionarios y se enfrentan a los problemas que suponen.

Se recogieron respuestas de un total de 8 participantes. No es un número muy amplio para un análisis cuantitativo, pero es suficiente para poder analizar las respuestas abiertas de manera cualitativa. Dicho análisis se ha realizado seleccionando las respuestas más comunes y agrupando las que eran similares.

Esta encuesta tiene como objetivo el conocer diferentes aspectos relacionados con la traducción de cuestionarios del dolor, por lo que las preguntas de las que consta son las siguientes:

1. ¿En su actividad como profesional de la fisioterapia utiliza cuestionarios de evaluación del dolor con sus pacientes?
    a. Sí. ¿Qué información útil le aportan?
    b. No. Explique por qué (si tiene que ver con problemas de traducción y de adaptación cultural que se ha encontrado, o es por otros motivos), las alternativas que usa en su lugar, y cómo pregunta a los pacientes la información que le podría proporcionar un cuestionario de dolor.

2. ¿Como fisioterapeuta, ha tenido alguna vez un problema a la hora de interpretar un cuestionario de evaluación del dolor debido a su traducción? Ej. Un término mal traducido, el formato no era el adecuado, dificultad de comprensión de un término, el registro no era el adecuado…
    a. Sí. Explíquelo. ¿En qué cuestionario ha sido?
    b. No.

3. ¿Un paciente suyo ha tenido alguna vez un problema a la hora de interpretar un cuestionario de evaluación del dolor debido a su traducción? (Ej. Debido a un término que no se entendía, a una mala traducción de un ítem, al uso de tecnicismos, a que no estuviera adaptado a la cultura de España…)
    a. Sí. Explíquelo. ¿En qué cuestionario ha sido?
    b. No.

4. ¿Ha tenido alguna situación en la que la cultura del paciente haya condicionado su expresión del dolor y por consecuente su interpretación como profesional del mismo?
    a. Sí. Explíquelo. ¿Se ha dado esta situación en un cuestionario de evaluación del dolor? ¿Cómo pudo solventar la situación? ¿Se sentía preparado para actuar?
    b. No. ¿Es consciente de la posibilidad de que esta situación se produzca? ¿Se sentiría preparado para actuar en dicho caso?

Como se ha mencionado anteriormente, los resultados se han analizado de forma mixta, tanto cuantitativa como cualitativa. A continuación, se van a analizar los resultados obtenidos.

En la primera pregunta, 7 de los 8 profesionales encuestados (casi el 90 %) afirman utilizar cuestionarios de evaluación del dolor con sus pacientes. La información útil que les aportan son: grado, calidad y localización de dolor, una descripción subjetiva del mismo, para cuantificar cómo repercute el dolor en la vida del paciente, ayuda a tomar decisiones clínicas, para ofrecer el tratamiento indicado y para saber si hay una progresión tras dicho tratamiento, cómo aumenta el dolor, cómo disminuye… Citando textualmente una de las respuestas:

> «En general me sirven para cuantificar cómo repercute el dolor en la vida del paciente y también como una herramienta de objetivar si hay progresión con el tratamiento».

Otra respuesta interesante:

> «Conocer el comportamiento del síntoma me ayuda a comprender el origen de la lesión para poder ofrecer el tratamiento indicado. Los cuestionarios suman al proceso de anamnesis en el que dialogamos con el paciente sobre su dolor: cómo empezó, cuándo, por qué, cómo aumenta o disminuye...».

La única persona encuestada que afirmó no utilizar dichos cuestionarios ha explicado sus razones, que son básicamente el tiempo de consulta limitado. Como alternativa al uso de los cuestionarios, propone las preguntas sobre el tipo del dolor, y su valoración del 0 al 10 de manera oral, pero sin definir por un cuestionario concreto. Es decir, se podría asumir que, aunque no use un cuestionario concreto, utiliza una escala del dolor, lo que también es un instrumento de valoración del dolor, aunque sea de forma oral.

En la siguiente pregunta, sobre si habían tenido alguna vez un problema a la hora de interpretar un cuestionario de evaluación del dolor debido a su traducción, las respuestas han sido más variadas que en la pregunta anterior, aunque la mayoría (5) han votado “sí”, siendo el 62,5 %. Llama la atención que tres participantes mencionan el cuestionario de dolor de Mc Gill; afirmando que algunas de sus traducciones son difíciles de interpretar. También, otra de las respuestas ha sido sobre el uso de muchos adjetivos, porque hay algunos cuyas traducciones no tienen sentido en castellano. Además, afirman que hay algunos cuestionarios traducidos literalmente que usan terminología que no se utiliza en castellano, por lo que todo vuelve a lo mismo, cuestionarios difíciles de interpretar. Si bien es cierto que ninguno de los

participantes recordaba ningún cuestionario especialmente distorsionado de la versión original, citando una respuesta concreta:

> «Es cierto que algunos cuestionarios tienen traducciones demasiado literales o unidades de medida menos habituales en España, pero ahora mismo no recuerdo ninguno especialmente distorsionado».

La tercera pregunta, similar a la anterior pero enfocada hacia las dificultades de sus pacientes para interpretar un cuestionario, también tiene respuestas variadas. Dos participantes han señalado de nuevo la dificultad de interpretar el cuestionario de dolor de Mc Gill. Otros cuatro participantes han señalado las mismas dificultades que tienen ellos para interpretar los cuestionarios que ya se han mencionado previamente, como que sean traducciones literales que en español no se usen en ese contexto. También un participante ha apelado a la dificultad de comprensión de la persona (si no está familiarizada con la terminología utilizada, aunque no sea específica) más que a la traducción en sí. Además, también se ha remarcado que esta situación es bastante habitual, sobre todo en aquellos cuestionarios que incluyen preguntas sobre dolor mecánico (por ejemplo, «al levantar un *galón* de agua»).

Por último, todos los participantes afirmaron haber estado en una situación en la que la cultura del paciente haya condicionado su expresión del dolor. Si bien es cierto que algunos afirmaron que no se ha dado esta situación necesariamente con un cuestionario, sino en la entrevista clínica en general, ya que a veces describir las características del dolor es complicado. Los participantes respondieron formas variadas con las que ayudan a los pacientes a expresarse: después de dejar que se intente explicar, procurar ayudarle proporcionando palabras o descripciones para que confirme si es así o no; hablando con los pacientes en relación a la educación en dolor; proporcionando sinónimos de la palabra para explicarla; interpretando sus gestos o expresiones. Citando textualmente: «Reexplicando la palabra con sinónimos; intentando “interpretar” sus gestos o expresiones».

En cuanto a la situación con los cuestionarios, un participante afirma que a algunas personas les cuesta entender lo que se preguntaba, por lo que quizás eso haya podido alterar su explicación sobre el dolor; este profesional propone una explicación adicional para solventar la situación, aunque añade no estar seguro de que esa explicación pueda condicionar los

resultados del cuestionario. Para terminar, un ejemplo concreto de una cultura proporcionada por un profesional es el de los deportistas árabes, afirma que por regla general evalúan la intensidad de su dolor por encima de los europeos.

Como conclusiones de los resultados de la encuesta realizada:

- Los profesionales de fisioterapia encuestados utilizan cuestionarios de evaluación del dolor con sus pacientes y consideran que son muy útiles y les ayudan a realizar su trabajo. Si bien es cierto que no todos necesitan utilizar cuestionarios definidos, sino que también se sirven de escalas de valoración del dolor del 0 al 10 de manera oral.

- El cuestionario de dolor de Mc Guill resulta complicado de interpretar, tanto para los profesionales encuestados como para sus pacientes.

- Las traducciones literales de los ítems de los cuestionarios dificultan su interpretación a los fisioterapeutas encuestados y a sus pacientes, al no ser palabras que habitualmente se usen en el contexto del dolor.

- Los profesionales de fisioterapia se suelen encontrar con situaciones en las la expresión del dolor de pacientes está condicionada al proceder de otras culturas.

- Los fisioterapeutas ayudan a sus pacientes a expresar su dolor cuando ven que esto les plantea dificultades, proponiendo sinónimos, interpretando sus gestos, etc.

5. CONCLUSIONES

Tras la realización de este trabajo es posible concluir que, por un lado, como se venía advirtiendo desde el primer momento, la descripción y expresión del dolor son aspectos individuales y subjetivos, en la que influyen en especial aspectos culturales. Esto presenta retos para los profesionales sanitarios y para los investigadores; y, a su vez, para los traductores, ya que en consecuencia, la traducción del dolor no será tarea sencilla. Esta dificultad está también presente en la traducción de herramientas de evaluación del dolor, más concretamente en cuestionarios de evaluación del dolor, que han sido los analizados en este TFG. La traducción de cuestionarios de salud —y la de cuestionarios de evaluación del dolor— sigue un proceso bastante exhaustivo y, sin embargo, sigue habiendo cuestionarios que no están traducidos de forma adecuada ni adaptados culturalmente a la cultura de los pacientes.

Un resultado relevante de esta investigación es el análisis y mejora de una traducción de un cuestionario musculoesquelético, en concreto de la Escala de Catastrofización de Dolor. Con este análisis se puede concluir que, aunque con la primera lectura parezca una traducción sin errores, hay cosas a mejorar, sobretodo expresiones que no suenan naturales en español.

Por otro lado, tras la realización del cuestionario sobre la traducción de estas herramientas a los profesionales y docentes del grado de Fisioterapia de la USJ, las conclusiones principales que se pueden sacar, que responden a las preguntas de investigación propuestas, son que los cuestionarios son muy utilizados; si bien sus traducciones presentan dificultades de interpretación tanto para los profesionales como para los pacientes.

Se partía de unas distintas hipótesis: como que hay una gran cantidad de cuestionarios de salud que no están del todo bien traducidos y adaptados culturalmente; también que no tendrán demasiada terminología específica. Tras la realización del trabajo se puede concluir que dichas hipótesis han sido verificadas.

Por último, las posibles líneas de investigación futura derivadas del estudio son las siguientes:

- Validar las mejoras propuestas en la Escala de Catastrofización del Dolor definitivamente.
- Elaborar una guía con los principales problemas y errores en la traducción de cuestionarios del dolor y trasladarlos a los protocolos de traducción existentes.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cleveland Clinic. (2021). *Musculoskeletal Pain*. Recuperado de: https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/14526-musculoskeletal-pain

- Congost, N. (2010). *El lenguaje de las Ciencias de la Salud. Los cuestionarios de salud y calidad de vida y su traducción del inglés al español*. (Tesis doctoral). Universidad de Alicante, España. Recuperado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17562/1/Tesis_congost.pdf

- Congost, N. (2016). Aspectos lingüísticos en la traducción de cuestionarios de salud (británicos y estadounidenses). *The Journal of Specialised Translation*, vol 26. Recuperado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57482/1/2016_Congost_JoSTrans.pdf

- Costa, L. O. y Maher, C. G. y Latimer, J. (2007). Self-report outcome measures for low back pain: searching for international cross-cultural adaptations. *Spine*, vol 32(9), 1028–1037. Recuperado de : https://doi.org/10.1097/01.brs.0000261024.27926.0f

- Cuesta, A. I. y González, M. (2014). Spanish version of the screening Örebro musculoskeletal pain questionnaire: a cross-cultural adaptation and validation. *Health and quality of life outcomes*, vol 12, 157. Recuperado de : https://doi.org/10.1186/s12955-014-0157-5

- Cuestionario del dolor de McGill, versión larga (1975). Recuperado de: http://www.consulmedica.com/2017/09/cuestionario-del-dolor-mcgill.html

- Fillingim, R. B. (2017). Individual differences in Pain: Understanding the Mosaic that Makes Pain Personal. *Pain*, 158 (Suppl 1): 11-18. Recuperado de : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5350021/

- García Campayo, J. et al. (2008). Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina Clínica, vol 131 (13) 487-493. Recuperado de : https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002577530873077X*

- Henschke, N. (2016). Understanding cultural influences on back pain and back pain research. *Best practice & research. Clinical rheumatology*, vol *30*(6), 1037–1049. Recuperado de : https://doi.org/10.1016/j.berh.2017.08.004

- IASP International Association for the Study of Pain. (2020). Recuperado de: https://www.iasp-pain.org/

- Jiménez Santiago, A. (2014). Experiencia diferencial del dolor según género, edad, adscripción religiosa y pertenencia étnica. *Archivos en Medicina Familiar*, vol. 16 (3) 49-55. Recuperado de : https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2014/amf143d.pdf

- Kalfoss, M. (2019). Translation and Adaption of Questionnaires: A Nursing Challenge. *SAGE Open Nursing*, vol 5. Recuperado de: https://doi.org/10.1177/2377960818816810

- Lasch, K. E. (2000). Culture, pain, and culturally sensitive pain care. *Pain management nursing*, vol 1(3), 16–22. Recuperado de : https://doi.org/10.1053/jpmn.2000.9761

- Luque, M.A. y Oliver, M. I. (2005). Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: El caso de las mujeres inmigradas. *Index de Enfermería*, vol 14(48-49).

Recuperado de : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100002&lng=es&tlng=es.

- Martínez, B. (2014) Validación del cuestionario nórdico musculoesquelético estandarizado en la población española. *Prevención integral*. Recuperado de: https://www.prevencionintegral.com/canal-orp/papers/orp-2014/validacion-cuestionario-nordico-musculoesqueletico-estandarizado-en-poblacion-espanola

- Muñiz, J. y Elosua, P. y Hambleton, R. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests : segunda edición. *Psicothema*, vol 25 (2), 151-157. Recuperado de : https://www.redalyc.org/pdf/727/72726347014.pdf

- Navarro, F. A. (2005). Pain. En *Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina.* (2ª ed).

- Newman, J. (2017). *Transcultural nursing. Assessment and intervention*. (7º edición). Recuperado de: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=XCWKCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=Uc4bJqLYtJ&sig=jqM5MmGYeeKCMGxibT4NHA6a0z4&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

- Organización Mundial de la Salud. OMS. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Legislación Española sobre drogas. II Normativa internacional. Recuperado de: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/legislacion/pdfestatal/i5.pdf

- Peacock, S. y Patel, S. (2008). Cultural influences on pain. *Reviews in pain*, vol 1. Recuperado de : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4589930/pdf/10.1177_2049463708000100203.pdf

- Pérez, L. M. y Miaja, P. (2019). La traducción de los cuestionarios de salud para pacientes. *Káñina*, vol 43(3), 103-132. Recuperado de: https://dx.doi.org/10.15517/rk.v43i3.41935

- Prevent4Work (n.d.). *Prevent4Work. Números relacionados con trastornos musculoesqueléticos.* Recuperado de: https://p4work.com/es/inicio/

- Sussex, R. (2015). How different cultures experience and talk about pain. *The conversation.* Recuperado de: https://theconversation.com/how-different-cultures-experience-and-talk-about-pain-4904

7. ANEXOS

- El Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. Recuperado de : https://www.consejo-fisioterapia.org/FISIOQ/FASE3/FASE_3_2/03.2.pdf

ÖREBRO MUSCULOSKELETAL PAIN QUESTIONNAIRE

Nombre:_____ Fecha: _____

Estas preguntas y afirmaciones son aplicables si tiene molestias o dolores como en el cuello, la espalda, el hombro.
Por favor, lea y responda las preguntas cuidadosamente. No tome demasiado tiempo para responder a las preguntas, sin embargo, es importante que las conteste todas. Siempre encontrará una respuesta para su situación particular.

1. ¿Dónde le duele? Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s)

☐ Cuello ☐ Hombro ☐ Brazo ☐ Parte alta de la espalda
☐ Parte baja ☐ Pierna ☐ Otro (indicar): _____

2 x (Max 10) _____

2. ¿Cuántos días de trabajo ha perdido a causa del dolor durante los últimos 18 meses? Marque sólo una.

☐ 0 Días (1) ☐ 1 - 2 Días ☐ 3- 7 Días (3) ☐ 8- 14 Días (4)
☐ 15-30 Días (5) ☐ 1 Mes (6) ☐ 2 Meses (7)
☐ 3- 6 Meses (8) ☐ 6–12 Meses (9) ☐ Más de un año (10)

_____

3. ¿Desde hace cuánto tiempo sufre su dolor actual? Marque sólo una.

☐ 0 Días (1) ☐ 1 - 2 Días ☐ 3- 7 Días (3) ☐ 8- 14 Días (4)
☐ 15-30 Días (5) ☐ 1 Mes (6) ☐ 2 Meses (7)
☐ 3- 6 Meses (8) ☐ 6–12 Meses (9) ☐ Más de un año (10)

_____

4. ¿Es su trabajo pesado o monótono?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No en absoluto — Extremadamente

_____

5. ¿Cómo calificaría usted el dolor que tuvo durante la semana pasada? Marque una.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No dolor — Peor dolor soportable

_____

6. En los últimos 3 meses, de media, ¿Cómo de malo fue su dolor en una escala de 0- 10? Marque uno.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No dolor — Peor dolor soportable

_____

7. ¿Con qué frecuencia diría usted que ha experimentado episodios de dolor, de media, durante

Cuesta-Vargas AI, González-Sánchez M. Spanish version of the screening Örebro musculoskeletal pain questionnaire: a cross-cultural adaptation and validation. Health Qual Life Outcomes. 2014 Oct 29;12:157

Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España — FISIO-Q

los últimos tres meses? Marque uno.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nunca — Siempre

_____

8. Sobre la base de todas las cosas para hacer frente, o lidiar con su dolor, durante un día normal ¿Cuánto es capaz de disminuirlo? Marque uno.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No consigo disminuirlo — Consigo eliminarlo por completo

10 - x _____

9. ¿Cómo de tenso/a o ansioso/a se ha sentido durante la última semana? Marque uno.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Absolutamente calmado y relajado — Tenso y nervioso como nunca

_____

10. ¿Cuánto se ha sentido molesto/a, por una sensación depresiva, durante la última semana? Marque uno.

0 (Nunca) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Extremadamente) _____

11. En su opinión, ¿Cómo de grande es el riesgo de que su dolor actual puede llegar a ser persistente? Marque uno.

0 (Ningún riesgo) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Riesgo muy alto) _____

12. En su opinión, ¿Cuáles son las probabilidades de que usted será capaz de trabajar seis meses?

0 (Ninguna probabilidad) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Muchas posibilidades) 10 - x _____

13. Considerando sus rutinas de trabajo, gestión, salario, posibilidades de promoción y compañeros de trabajo, ¿Cuál es su grado de satisfacción son su trabajo?

0 (Absolutamente insatisfecho) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Completamente satisfecho) 10 - x _____

Estas son algunas de las cosas que otras personas nos han dicho acerca de su dolor. Para cada afirmación, marque un número de 0 a 10 para decir cuánto afectaría a su dolor las actividades físicas, tales como agacharse, levantar objetos, caminar o conducir.

14. La actividad física hace que mi dolor empeore

0 (Completamente en desacuerdo) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Completamente de acuerdo) _____

Cuesta-Vargas AI, González-Sánchez M. Spanish version of the screening Örebro musculoskeletal pain questionnaire: a cross-cultural adaptation and validation. Health Qual Life Outcomes. 2014 Oct 29;12:157

15. Un aumento del dolor es una indicación de que debo dejar lo que estoy haciendo hasta que disminuye o desaparece.

0 (Completamente en desacuerdo) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Completamente de acuerdo) _____

16. No debería realizar mi trabajo habitual con mi dolor actual.

0 (Completamente en desacuerdo) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Completamente de acuerdo) _____

Le indicamos una lista con cinco actividades. Marque el número que mejor describe su capacidad actual de participar en cada una de estas actividades.

17. Puedo realizar una actividad ligera durante una hora.

0 (No puedo hacerlo debido a mi Dolor) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (El dolor no es un problema) 10 - x _____

18. Puedo caminar durante una hora.

0 (No puedo hacerlo debido a mi Dolor) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (El dolor no es un problema) 10 - x _____

19. Puedo hacer las tareas domésticas.

0 (No puedo hacerlo debido a mi Dolor) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (El dolor no es un problema) 10 - x _____

20. Puedo hacer la compra semanal.

0 (No puedo hacerlo debido a mi Dolor) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (El dolor no es un problema) 10 - x _____

21. Puedo dormir por la noche

0 (No puedo hacerlo debido a mi Dolor) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (El dolor no es un problema) 10 - x _____

- Cuestionario Nórdico Musculoesquelético Estandarizado (CNME). Ergonomía en Español. Recuperado de: https://www.talentpoolconsulting.com/wp-content/uploads/2014/06/cuestionario-nordico-kuorinka.pdf

Ergonomía en Español
http://www.ergonomia.cl
Cuestionario Nórdico

Cuestionario Nórdico de síntomas músculo-tendinosos.

	Cuello		Hombro		Dorsal o lumbar		Codo o antebrazo		Muñeca o mano	
1. ¿ha tenido molestias en.....?	☐ si	☐ no	☐ si ☐ no	☐ izdo ☐ dcho	☐ si	☐ no	☐ si ☐ no	☐ izdo ☐ dcho ☐ ambos	☐ si ☐ no	☐ izdo ☐ dcho ☐ ambos

Si ha contestado NO a la pregunta 1, no conteste más y devuelva la encuesta

	Cuello		Hombro		Dorsal o lumbar		Codo o antebrazo		Muñeca o mano	
2. ¿desde hace cuándo tiempo?										
3. ¿ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	☐ si	☐ no	☐ si	☐ no	☐ si	☐ no	☐ si	☐ no	☐ si	☐ no
4. ¿ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	☐ si	☐ no	☐ si	☐ no	☐ si	☐ no	☐ si	☐ no	☐ si	☐ no

Si ha contestado NO a la pregunta 4, no conteste más y devuelva la encuesta

Ergonomía en Español
http://www.ergonomia.cl
Cuestionario Nórdico 4

	Cuello	Hombro	Dorsal o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
5. ¿cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	☐ 1-7 días	☐ 1-7 días	☐ 1-7 días	☐ 1-7 días	☐ 1-7 días
	☐ 8-30 días	☐ 8-30 días	☐ 8-30 días	☐ 8-30 días	☐ 8-30 días
	☐ >30 días, no seguidos	☐ >30 días, no seguidos	☐ >30 días, no seguidos	☐ >30 días, no seguidos	☐ >30 días, no seguidos
	☐ siempre	☐ siempre	☐ siempre	☐ siempre	☐ siempre

	Cuello	Hombro	Dorsal o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
6. ¿cuánto dura cada episodio?	☐ <1 hora	☐ <1 hora	☐ <1 hora	☐ <1 hora	☐ <1 hora
	☐ 1 a 24 horas	☐ 1 a 24 horas	☐ 1 a 24 horas	☐ 1 a 24 horas	☐ 1 a 24 horas
	☐ 1 a 7 días	☐ 1 a 7 días	☐ 1 a 7 días	☐ 1 a 7 días	☐ 1 a 7 días
	☐ 1 a 4 semanas	☐ 1 a 4 semanas	☐ 1 a 4 semanas	☐ 1 a 4 semanas	☐ 1 a 4 semanas
	☐ > 1 mes	☐ > 1 mes	☐ > 1 mes	☐ > 1 mes	☐ > 1 mes

	Cuello	Hombro	Dorsal o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
7. ¿cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	☐ 0 día	☐ 0 día	☐ 0 día	☐ 0 día	☐ 0 día
	☐ 1 a 7 días	☐ 1 a 7 días	☐ 1 a 7 días	☐ 1 a 7 días	☐ 1 a 7 días
	☐ 1 a 4 semanas	☐ 1 a 4 semanas	☐ 1 a 4 semanas	☐ 1 a 4 semanas	☐ 1 a 4 semanas
	☐ > 1 mes	☐ > 1 mes	☐ > 1 mes	☐ > 1 mes	☐ > 1 mes

	Cuello		Hombro		Dorsal o lumbar		Codo o antebrazo		Muñeca o mano	
8. ¿ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	☐ si	☐ no	☐ si	☐ no	☐ si	☐ no	☐ si	☐ no	☐ si	☐ no

	Cuello		Hombro		Dorsal o lumbar		Codo o antebrazo		Muñeca o mano	
9. ¿ha tenido molestias en los últimos 7 días?	☐ si	☐ no	☐ si	☐ no	☐ si	☐ no	☐ si	☐ no	☐ si	☐ no

	Cuello	Hombro	Dorsal o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
10. Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1	☐ 1
	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2	☐ 2
	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3	☐ 3
	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4	☐ 4
	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5	☐ 5

	Cuello	Hombro	Dorsal o lumbar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano
11. ¿a qué atribuye estas molestias?					

Puede agregar cualquier comentario de su interés aquí abajo o al reverso de la hoja. Muchas gracias por su cooperación.

- Preguntas propuestas por Hambleton y Zenisky en 2011, traducidas por Muñiz en 2013. Recuperado de : https://www.redalyc.org/pdf/727/72726347014.pdf

Generales
01. ¿El ítem tiene el mismo significado o muy parecido en los dos idiomas?
02. ¿El tipo de lenguaje del ítem traducido tiene una dificultad y familiaridad comparables al del idioma original?
03. ¿Introduce la traducción cambios en el texto (omisiones, sustituciones o adiciones) que puedan influir en la dificultad del ítem?
04. ¿Hay diferencias entre la versión original del ítem y la traducida en relación con el uso de metáforas, giros o expresiones coloquiales?
Formato del ítem
05. ¿El formato del ítem, incluyendo los aspectos físicos, es el mismo en los dos idiomas?
06. ¿La longitud del enunciado y de las alternativas de respuesta, cuando las haya, tienen una longitud similar en ambas versiones?
07. ¿El formato del ítem y la tarea a realizar por la persona evaluada son de una familiaridad similar en las dos versiones?
08. ¿Si se destacó una palabra o frase (negrita, cursiva, subrayado, etc.) en la versión original, se hizo también en el ítem traducido?
09. En el caso de tests educativos, ¿hay una respuesta correcta en ambas versiones del ítem?
Gramática y redacción
10. ¿Hay alguna modificación de la estructura gramatical del ítem, tal como la ubicación de las oraciones o el orden de las palabras, que pueda hacer el ítem más o menos complejo en una versión que en otra?
11. ¿Existen algunas pistas gramaticales que puedan hacer el ítem más fácil o más difícil en la versión traducida?
12. ¿Existen algunas estructuras gramaticales en la versión original del ítem que no tienen equivalente en la versión traducida?
13. ¿Existen algunas referencias al género u otros aspectos que puedan dar pistas sobre el ítem en la versión traducida?
14. ¿Hay palabras en el ítem que tengan un significado unívoco, pero que en la versión traducida puedan tener más de un significado?
15. ¿Hay cambios en la puntuación entre las dos versiones que puedan hacer que el ítem sea más fácil o difícil en la versión traducida?
Pasajes (cuando haya)
16. Cuando se traduce un pasaje, ¿las palabras y frases de la versión traducida transmiten el mismo contenido e ideas que la versión original?
17. ¿Describe el pasaje individuos o grupos de forma estereotipada en relación con su ocupación, emociones, situación u otro aspecto?
18. ¿La forma en la que está escrito el pasaje es controvertida o polémica, o puede ser percibido de forma denigrante u ofensiva?
19. ¿El pasaje incluye contenidos o requiere habilidades que pueden ser poco habituales en cualquiera de los dos idiomas o grupos culturales?
20. Aparte de los cambios exigidos por la traducción, ¿los gráficos, tablas u otros elementos son iguales en las dos versiones del ítem?
Cultura
21. ¿Los términos utilizados en el ítem en el idioma original han sido adaptados de forma adecuada al contexto cultural de la versión traducida?
22. ¿Existen diferencias culturales que tengan un efecto diferencial sobre la probabilidad de que una respuesta sea elegida en la versión original y la traducida?
23. Las unidades de medida y las monedas (distancia, etc.) de la versión original del ítem ¿están convenientemente adaptadas en la versión traducida?
24. Los conceptos implicados en el ítem ¿están al mismo nivel de abstracción en las dos versiones?
25. El concepto o constructo del ítem ¿es igual de familiar y tiene el mismo significado en las dos versiones?