



ORIGINAL

Traducción y adaptación al castellano de los Cuestionarios KnowPain-12 y Nurses Pain Management Attitude Survey



Leticia del Reguero^a, Alejandro Salazar^{a,b,c,*}, María Dueñas^{a,b,c},
Helena de Sola^{a,c} e Inmaculada Failde^{a,c,d}

^a Observatorio del Dolor, Fundación Grünenthal, Universidad de Cádiz, Cádiz, España

^b Departamento de Estadística e Investigación Operativa, Universidad de Cádiz, Puerto Real, Cádiz, España

^c Instituto de Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz (INIBICA), Unidad de Investigación, Hospital Universitario Puerta del Mar, Universidad de Cádiz, Cádiz, España

^d Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Cádiz, Cádiz, España

Recibido el 23 de septiembre de 2020; aceptado el 22 de junio de 2021

Disponible en Internet el 6 de agosto de 2021

PALABRAS CLAVE

Conocimiento;
Actitud;
Estudiantes;
Traducción;
Adaptación;
Cuestionarios

Resumen

Introducción: KnowPain-12 (KP12) y Nurses Pain Management Attitude Survey (NPMAS) son 2 herramientas que determinan el nivel de conocimiento y actitud frente al manejo del dolor crónico (DC). El objetivo de este trabajo es traducir y adaptar al castellano estos cuestionarios para determinar la actitud y el conocimiento sobre el manejo del DC en estudiantes de Medicina, Enfermería y Fisioterapia.

Métodos: Traducción-retrotraducción por 2 nativos ingleses y 2 españoles bilingües de los cuestionarios. Evaluación de la correcta comprensión de los cuestionarios y la dificultad de ambos. Se realizó una prueba piloto en 40 individuos que identificó dificultades en la comprensión de los ítems o posibles errores.

Resultados: Los traductores destacaron que, en el KP12, el 75% de los ítems presentaron escasa dificultad en su traducción, el 25% dificultad media y ninguna fue valorada como difícil. En el NPMAS, el 80% de los ítems presentaban escasa dificultad, el 12% dificultad media y el 8% de ellos fueron valorados como difíciles. La prueba piloto demostró una buena comprensión del cuestionario, siendo necesarios escasos cambios en algunas palabras.

Conclusión: El KP12 y el NPMAS son instrumentos que podrían ser útiles para identificar el déficit de conocimiento acerca del DC en los estudiantes españoles de Ciencias de la Salud.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejandro.salazar@uca.es (A. Salazar).

KEYWORDS

Knowledge;
Attitude;
Students;
Translation;
Adjustment;
Questionnaires

Translation and adjustment into Spanish of the questionnaires KnowPain-12 and Nurses Pain Management Attitude Survey

Abstract

Introduction: KnowPain-12 (KP12) and Nurses Pain Management Attitude Survey (NPMAS) are 2 tools that determine the level of knowledge and attitude towards the management of chronic pain (CP). The aim of this work is to translate and adapt into Spanish these questionnaires, to determine the attitude and knowledge about the management of CP in Medical, Nursing and Physiotherapy students.

Methods: Translation-back-translation of the questionnaires by 2 native English and 2 bilingual Spaniards complemented with qualitative methodology to assess the correct understanding of the questionnaires and their difficulty. A pilot test was conducted in 40 individuals to identify difficulties in understanding the items or potential errors.

Results: The translators highlighted that 75% of the items in the KP12 presented little difficulty in their translation, 25% had medium difficulty and none was considered difficult. On the other hand, 80% of the items from the NPMAS presented little difficulty, 12% medium difficulty and 8% were considered to be difficult. The pilot test showed a good understanding of the questionnaire, having to make only a few changes in some words.

Conclusion: The KP12 and the NPMAS could be useful instruments to detect the lack of knowledge on chronic pain in Spanish students of Health Sciences.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El dolor crónico (DC) es un problema importante de salud pública, que ocasiona un sustancial gasto social y económico en Europa^{1,2}. Esta situación provoca consecuencias individuales para el paciente y afecta a su entorno familiar y social³. A pesar de su importancia, actualmente el control del dolor no es óptimo, y su manejo eficaz es un reto importante para los pacientes, su entorno y el sistema sanitario.

El conocimiento sobre las causas del dolor, los métodos de evaluación y las formas de abordaje son elementos imprescindibles para la atención de estos pacientes, por lo que la formación sobre este tema de los estudiantes y profesionales implicados es necesaria. Sin embargo, distintos estudios han mostrado que existen deficiencias en cuanto a los conocimientos y actitudes frente al dolor, tanto por parte de los estudiantes⁴⁻⁶ como de otros profesionales sanitarios^{7,8}, observándose que las formas de medir los conocimientos y las actitudes son diversas y no todos utilizan escalas validadas.

Entre las escalas validadas encontramos la escala Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP), desarrollada por Ferrel y McCaffery en 1987, y revisada en 2014⁹. Es una de las más utilizadas para analizar el conocimiento sobre el manejo del DC en estudiantes y profesionales de la salud, pero cuenta con un gran número de ítems relacionados con cáncer, dolor agudo u opioides, lo que limita su uso en Atención Primaria, y plantea dudas en cuanto a su utilización frente al manejo del DC no oncológico.

Recientemente, se ha desarrollado un nuevo cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento sobre el DC para los clínicos de cualquier especialidad, denominado KnowPain-12 (KP12), que presenta las ventajas de centrarse en el

DC no oncológico, siendo más corto y de comprensión más sencilla¹⁰. No obstante, no ha sido traducido y adaptado al castellano hasta la fecha.

La actitud de los profesionales sanitarios hacia los pacientes con dolor también es otro aspecto importante que hay que tener en cuenta para alcanzar un adecuado control de este problema^{4,11}. Por ello, se ha desarrollado el cuestionario Nurses Pain Management Attitude Survey (NPMAS), que evalúa, además de la actitud del personal sanitario frente al manejo del dolor, otros aspectos, como el uso de narcóticos o de métodos de control de dolor no farmacológicos. No obstante, esta herramienta tampoco ha sido traducida ni adaptada al castellano previamente.

En vista de lo anterior, nos propusimos llevar a cabo la traducción y la adaptación a la cultura española de los cuestionarios KP12 y NPMAS para medir el nivel de conocimiento y la actitud hacia el manejo del DC en estudiantes de Medicina, Enfermería y Fisioterapia.

Material y métodos

El cuestionario KP12 consta de 12 ítems que valoran el nivel de conocimiento de los profesionales sanitarios sobre el DC y el nivel de confianza en el tratamiento de DC no oncológico, tipo Likert entre 0 (muy en desacuerdo) y 5 (muy de acuerdo). Tiene una puntuación total entre 0 y 60, donde una mayor puntuación corresponde a un mayor nivel de conocimientos. En su versión original en inglés ha demostrado buenas propiedades psicométricas, en términos de validez y fiabilidad¹⁰. La versión traducida y adaptada al castellano puede verse en la [tabla 1](#).

El cuestionario NPMAS consta de 25 ítems, 24 de ellos sobre la actitud del equipo sanitario hacia el control del dolor, el uso de opiáceos y el uso de métodos de control

Tabla 1 Cuestionario KP12 traducido y adaptado al castellano

Cuestionario KP12

1. Cuando veo valores altos en escalas de evaluación del dolor en casos de enfermedades leves o moderadas, significa que el paciente está exagerando su dolor
2. En el dolor crónico, la evaluación debería incluir medidas de la intensidad del dolor, distrés emocional y estado funcional
3. Existe fuerte evidencia de que los factores psicosociales predicen los resultados de cirugías de espalda mejor que las características físicas del paciente
4. La reincorporación precoz a las actividades es uno de mis objetivos principales al tratar a un paciente con dolor de espalda de reciente aparición
5. Los antidepresivos normalmente no mejoran los síntomas y la función de los pacientes con dolor crónico
6. La terapia cognitiva conductual es muy efectiva en el manejo del dolor crónico y debe ser aplicada lo antes posible en el plan de tratamiento en la mayoría de los pacientes con dolor crónico
7. Me siento cómodo/a calculando las dosis de conversión de los opioides de uso habitual
8. El uso prolongado de AINE en el manejo del dolor crónico tiene mayor riesgo de daño tisular y morbilidad que el uso prolongado de opioides
9. Existe fuerte evidencia médica de que el tratamiento interdisciplinar del dolor de espalda es efectivo para reducir la discapacidad, el nivel de dolor y la reincorporación de los pacientes al trabajo
10. Creo que el dolor crónico de causa desconocida no debería tratarse con opioides, incluso si es la única forma de lograr alivio del dolor
11. Según la legislación española, es ilegal prescribir un opioide para tratar el dolor a un paciente que sufre un trastorno de consumo de sustancias tóxicas diagnosticado
12. Sé cómo obtener información tanto autonómica como nacional sobre los requisitos para prescribir opioides

del dolor no farmacológico, y un último ítem con opciones múltiples sobre medicación analgésica. Estos ítems son valorados mediante escala Likert de 1-4, con opciones que van desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. Los ítems se valoran como correctos si la opción seleccionada es «de acuerdo» o «totalmente de acuerdo», excepto en los ítems invertidos. Las propiedades psicométricas de la versión original han sido demostradas¹² y su traducción y adaptación al castellano puede verse en la [tabla 2](#).

Para la traducción y la adaptación cultural de ambos cuestionarios se ha utilizado el método de traducción-retrotraducción¹³ ([fig. 1](#)). Las escalas originales fueron traducidas al español de manera independiente por 2 traductores cuya lengua materna era el español, anotando el grado de dificultad de la traducción de cada ítem entre 1 (mínima dificultad) y 10 (máxima dificultad), considerándose de escasa dificultad de 1 a 4, dificultad media de 5 a 8 y difícil de 9 a 10.

Para la retrotraducción del español al inglés, la versión consensuada se envió a 2 traductores bilingües, de lengua materna inglesa, anotando también el grado de dificultad de cada ítem. Ninguno de los traductores conocía la versión original y ambos realizaron su trabajo de forma independiente.

Los cuestionarios retrotraducidos, junto con los originales, fueron nuevamente revisados y consensuados por el equipo investigador.

Posteriormente, con el objetivo de identificar problemas de comprensión de la versión traducida del cuestionario, se realizó una prueba piloto en 40 profesionales sanitarios (médicos, enfermeros y fisioterapeutas) de entre 22 y 60 años. Los criterios de selección fueron personas graduadas en Medicina, Enfermería y Fisioterapia que estuvieran trabajando en centros hospitalarios o de Atención Primaria en la provincia de Cádiz. Se empleó el método de la

entrevista cognitiva, que consistió en evaluar la comprensión, la claridad y la familiaridad de las versiones españolas de los cuestionarios. Se evaluó la comprensión de cada ítem mediante una escala de 3 puntos en función de si el ítem era: claro y comprensible (1), difícil de entender (2) o incomprensible (3). Se evaluó también la comprensión global de ambos cuestionarios mediante una escala de 0 (muy fácil de entender) a 10 (muy difícil de entender). Todos los participantes fueron debidamente informados de la naturaleza y los objetivos del estudio, y su participación fue voluntaria y anónima, firmando un consentimiento informado por escrito. Se han seguido los estándares éticos recogidos en la Declaración de Helsinki. Los autores garantizan la confidencialidad de los datos.

Resultados

La muestra en la que se llevó a cabo la prueba piloto estuvo compuesta por 40 profesionales, 14 hombres (35,9%) y 25 mujeres (64,1%). La edad de los participantes estaba comprendida entre los 22 y los 60 años. Uno/a de los/as participantes no reveló su sexo ni su edad. El 48,72% había estudiado Enfermería; el 33,33%, Fisioterapia y el 17,95%, Medicina.

En el cuestionario KP12, los traductores destacaron que el 75% de los ítems presentaron escasa dificultad en su traducción, 25% dificultad media y ninguno fue valorado como difícil. En los resultados de la prueba piloto destacamos que la mayoría de los ítems (75%) fueron valorados como «claros y comprensibles». Solo fueron valorados como «incomprensibles» los ítems 7 (20%), 10 (30%) y 12 (27,5%). En la valoración global, se consideró que tenía un grado medio de dificultad (5,64 de 10).

Tabla 2 Cuestionario NPMAS traducido y adaptado al castellano

Cuestionario NPMAS

1. Es preferible administrar opioides de manera regular en lugar de a demanda para el dolor continuo
 2. Un paciente debería experimentar malestar antes de que se le administrase la siguiente dosis de medicación para el dolor
 3. La evaluación continua del dolor y de la efectividad de la medicación es necesaria para un buen manejo del dolor
 4. Los pacientes (o familiares) tienen derecho a esperar el alivio total del dolor como un objetivo del tratamiento
 5. Los pacientes (o familiares) pueden dudar a la hora de pedir medicamentos para el dolor debido a sus miedos sobre el uso de opioides
 6. Los pacientes que reciben opioides a demanda tienen más probabilidades de desarrollar el comportamiento de estar pendientes de la hora continuamente
 7. La valoración del dolor por parte de un médico o enfermera es una medida de dolor más válida que la valoración del propio paciente
 8. Los pacientes con dolor pueden tolerar altas dosis de opioides sin sedación o depresión respiratoria
 9. Los pacientes pueden mantenerse en un estado sin dolor
 10. Si un paciente (o familiar) comunica alivio del dolor y euforia, se le debería dar una dosis más baja del analgésico
 11. Los pacientes con dolor crónico deberían recibir medicamentos para el dolor a intervalos regulares con o sin presencia de malestar
 12. Los pacientes que reciben opioides durante todo el día corren el riesgo de sedación y depresión respiratoria
 13. Los pacientes con dolor crónico severo necesitan mayores dosis de medicamentos para el dolor comparado con los que sufren dolor agudo
 14. Los pacientes deberían mantenerse en un estado sin dolor
 15. La ausencia de manifestaciones de dolor no necesariamente implica ausencia de dolor
 16. El dolor oncológico se puede aliviar con un tratamiento adecuado con medicamentos contra el cáncer, radioterapia o analgésicos
 17. Si un paciente sigue teniendo dolor después de recibir medicamento(s) para aliviarlo, la enfermera debería contactar con el médico
 18. Los pacientes que reciben opioides para el dolor oncológico durante todo el día son susceptibles de volverse adictos
 19. Distraer y desviar la atención del paciente (uso de música, relajación) puede disminuir la percepción del dolor
 20. Se debe mantener un nivel constante de analgésico en sangre para controlar el dolor de manera efectiva
 21. El aumento de la demanda de analgésicos y los síntomas físicos son signos de que el paciente se está volviendo adicto al opioide
 22. El paciente con cáncer y su familia deberían tener más control sobre la pauta de analgésicos que el profesional de la salud
 23. La enfermera puede hacer una valoración más precisa del dolor del paciente que el propio paciente/familia
 24. La estimulación cutánea (por ejemplo, calor, masaje, hielo) solo es efectiva para el dolor leve
 25. Cuando un paciente con dolor oncológico está recibiendo medicación analgésica a demanda, ¿a qué nivel de malestar sería apropiado que el paciente volviese a solicitar medicamentos adicionales para el dolor?
- Antes de que vuelva el dolor
 Cuando el dolor es leve
 Cuando el dolor es moderado
 Cuando el dolor es severo

Con respecto al NPMAS, los traductores destacaron que el 80% de los ítems presentaban escasa dificultad, el 12% presentaban dificultad media y el 8% de los ítems fueron valorados como difíciles. Tras los resultados del estudio piloto, solo el ítem 7 fue valorado como «incomprensible» por el 35% de la muestra. Globalmente, se consideró que tenía «dificultad media» (5,97 de 10).

Se comprobó que 2 ítems del cuestionario KP12 y 3 ítems del NPMAS no habían sido comprendidos por los sujetos de la prueba piloto. Después de un consenso por parte del grupo investigador, se decidió sustituir algunas palabras por otras más comprensibles sin modificar su contenido.

Discusión

Este estudio, cuyo objetivo es la traducción y la adaptación de los cuestionarios KP12 y NPMAS al castellano, muestra que una vez aplicada la metodología estándar, y tras la aplicación de una prueba piloto, ambos cuestionarios presentaron un grado medio de dificultad general. Cabe destacar que las preguntas relacionadas con el uso de opioides fueron evaluadas como incomprensibles en el KP12, lo cual ratifica que el cuestionario KASRP quizás no es el adecuado para evaluar el conocimiento y la actitud hacia el DC no oncológico. Por otro lado, únicamente un ítem del cuestionario NPMAS fue

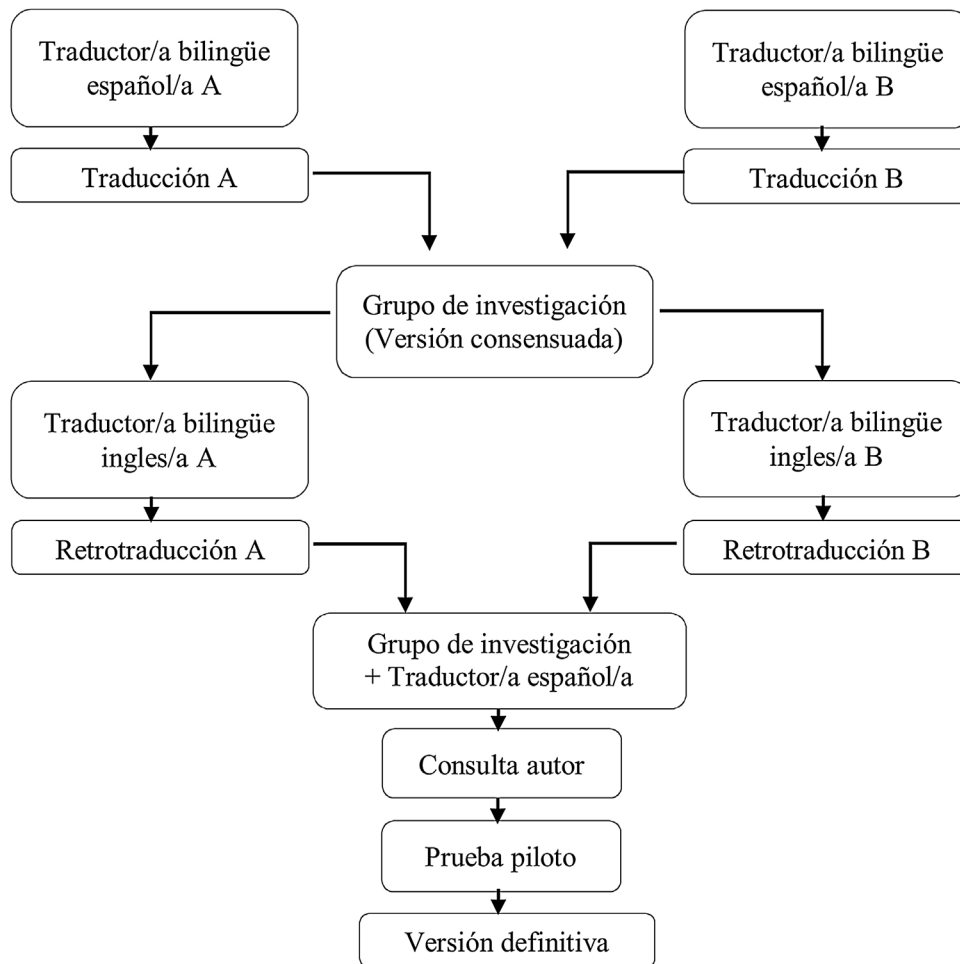


Figura 1 Descripción del proceso de adaptación del KP12 y NPMAS.

valorado como incomprensible por parte de los encuestados en la prueba piloto.

La evaluación de los conocimientos acerca del DC a partir del uso de cuestionarios es una práctica cada vez más frecuente¹⁴. Tanto el KP12 como el NPMAS valoran muchos conceptos y componentes del DC, mostrando unos resultados claros y comprensibles, pudiendo ser autoadministrados tanto en estudiantes como en profesionales de la salud y siendo ambos instrumentos idóneos para ser utilizados tanto en la práctica clínica y como en investigación.

La aplicación del método de traducción-retrotraducción, un proceso estandarizado de adaptación transcultural, permite asegurar la equivalencia conceptual al adaptar ambos cuestionarios. El uso de este método en nuestro trabajo asegura la adecuación de la versión española del cuestionario y permite la comparación de los resultados obtenidos con otros llevados a cabo en estudios internacionales. La aplicación de dicho método en nuestro trabajo ha implicado algunos cambios mínimos, no modificando el objetivo pretendido con los cuestionarios y facilitando su comprensión. Por último, los resultados obtenidos tras la prueba piloto en castellano indican la correcta adaptación transcultural de los instrumentos de medida.

Como conclusión, las versiones españolas de los cuestionarios KP12 y NPMAS podrían ser instrumentos útiles para

detectar la falta de conocimientos y la actitud por parte de los estudiantes y los profesionales sanitarios de la población española, solventando aquellas necesidades no cubiertas por el KASRP.

Teniendo en cuenta el papel relevante del profesional sanitario en el manejo del dolor, los resultados derivados de la aplicación de estos cuestionarios traducidos y adaptados podrían considerarse para mejorar la educación, el cuidado del dolor y la atención del paciente. No obstante, sería necesario la validación de ambas escalas en la población de interés.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no incurren en ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Goldberg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*. 2011;11:770.
2. Reid KJ, Harker J, Bala MM, Truyers C, Kellen E, Bekkering GE, et al. Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: Narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Curr Med Res Opin*. 2011;27:449–62.

3. Dueñas M, Ojeda B, Salazar A, Mico JA, Failde I. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *J Pain Res.* 2016;9:457–67.
4. Fitzgerald K, Fleischmann M, Vaughan B, de Waal K, Slater S, Harbis J. Changes in pain knowledge, attitudes and beliefs of osteopathy students after completing a clinically focused pain education module. *Chiropr Man Ther.* 2018;26:42.
5. Amponsah AK, Oduro E, Bam V, Kyei-Dompim J, Aho CK, Axelin A. Nursing students and nurses' knowledge and attitudes regarding children's pain: A comparative cross-sectional study. *PLoS One.* 2019;14:e0223730.
6. Rahimi-Madiseh M, Tavakol M, Dennick R. A quantitative study of Iranian nursing students' knowledge and attitudes towards pain: Implication for education. *Int J Nurs Pract.* 2010;16:478–83.
7. Kheshti R, Namazi S, Mehrabi M, Firouzabadi D. Health careworkers' knowledge, attitude, and practice about chronic pain management, Shiraz, Iran. *Anesthesiol Pain Med.* 2016;6:e37270.
8. Ortega-López RM, Aguirre-González ME, Pérez-Vega ME, Aguilera-Pérez P, Sánchez-Castellanos MD, Arteaga-Torres J. Intervención educativa para el manejo del dolor en personal de enfermería. *Ciencia UAT.* 2018;12:29–39.
9. Ferrell B, McCaffery M. Knowledge and attitudes survey regarding pain [consultado 23 Sep 2020]. Disponible en: <https://www.midss.org/content/knowledge-and-attitudes-survey-regarding-pain-kasrp>
10. Gordon DB, Loeser JD, Tauben D, Rue T, Stogicza A, Doorenbos A. Development of the Know Pain-12 pain management knowledge survey. *Clin J Pain.* 2014;30:521–7.
11. Brant JM, Mohr C, Coombs NC, Finn S, Wilmarth E. Nurses' knowledge and attitudes about pain: Personal and professional characteristics and patient reported pain satisfaction. *Pain Manag Nurs.* 2017;18:214–23.
12. McMillan S, Tittle M, Hagan S, Laughlin J, Tabler RJ. Knowledge and attitudes of nurses in veterans hospital about pain management in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2000;27:1415–23.
13. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000;25:3186–91.
14. Chow KM, Chan JCY. Pain knowledge and attitudes of nursing students: A literature review. *Nurse Educ Today.* 2015;35:366–72.