



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“VALIDACIÓN EN ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO PERFIL MÉDICO
DEL PACIENTE ORTOPÉDICO (MEDICAL HISTORY PROFILE OF
ORTHOPAEDIC PATIENTS QUESTIONNAIRE)”**

Requisito previo a optar por el Título de Licenciado en Terapia Física

Autor: Rodríguez Molina, Oscar Valentino

Tutora: Lcda. MSc. Cobo Sevilla, Verónica de los Ángeles

Ambato – Ecuador

Febrero, 2020

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutora del Informe de Investigación sobre el tema: **“VALIDACIÓN EN ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO PERFIL MÉDICO DEL PACIENTE ORTOPÉDICO (MEDICAL HISTORY PROFILE OF ORTHOPAEDIC PATIENTS QUESTIONNAIRE)”**, de Rodríguez Molina, Oscar Valentino, estudiante de la carrera de Terapia Física, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Enero del 2020

LA TUTORA

.....

Lcda. MSc. Cobo Sevilla, Verónica de los Ángeles

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Informe de Investigación sobre:

“VALIDACIÓN EN ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO PERFIL MÉDICO DEL PACIENTE ORTOPÉDICO (MEDICAL HISTORY PROFILE OF ORTHOPAEDIC PATIENTS QUESTIONNAIRE)”, como también los contenidos, las ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Enero del 2020

EL AUTOR

.....
Rodríguez Molina, Oscar Valentino

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Enero del 2020

EL AUTOR

.....

Rodríguez Molina, Oscar Valentino

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“VALIDACIÓN EN ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO PERFIL MÉDICO DEL PACIENTE ORTOPÉDICO (MEDICAL HISTORY PROFILE OF ORTHOPAEDIC PATIENTS QUESTIONNAIRE)”**, de Rodríguez Molina, Oscar Valentino, estudiante de la Carrera de Terapia Física.

Ambato, Febrero 2020

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1ER VOCAL

.....
2DO VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a “Dios”, que me da la dicha de disfrutar de un nuevo amanecer cada día, otorgándome la sabiduría y fuerzas necesarias para superar los obstáculos y dificultades de la vida.

A mi querida familia por su apoyo incondicional, por saberme inculcar los mejores valores posibles, guiándome cada uno de ellos y brindándome sus consejos para no cometer errores en mi vida.

A mis docentes agradecerles por sus enseñanzas, por su tiempo, paciencia, por impartirme conocimientos que fueron muy importantes a lo largo de mis estudios y carrera siendo parte de mi formación profesional.

Rodríguez Molina, Oscar Valentino

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
MARCO TEÓRICO.....	2
1.1. Antecedentes investigativos	2
1.1. Objetivos	11
1.1.1. Objetivo general	11
1.1.2. Objetivos específicos	11
CAPÍTULO II.....	12
METODOLOGÍA	12
2.1. Materiales	12
2.1.1. Medical history profile of orthopaedic patients questionnaire.....	12
2.1.2. Ficha metodológica para la revisión de traducciones, por el mediador	12
2.1.3. Ficha de validación de expertos	13
2.1.4. Hoja de Consentimiento informado	13

2.1.5.	Programa Excel	14
2.1.6.	Programa Estadístico SPSS.....	14
2.2.	Métodos	14
2.2.1.	Etapa I. Traducción inicial.	15
2.2.2.	Etapa II. Síntesis de las traducciones	16
2.2.3.	Etapa III. Volver a la traducción	16
2.2.4.	Etapa IV. Comité de expertos	17
2.2.5.	Etapa V. Prueba de la versión prefinal.....	17
2.2.6.	Etapa VI. Presentación de la documentación al comité de coordinación o para la evaluación del proceso de adaptación.....	18
CAPÍTULO III.....		19
RESULTADOS Y DISCUSIÓN		19
3.1.	Análisis de las adaptaciones del cuestionario.....	19
3.2.	Validación de los ítems - Juicio de expertos	26
3.3.	Confiabilidad del cuestionario adaptado Test y Retest	27
CAPÍTULO IV.....		43
4.1	Conclusiones	43
4.2	Recomendaciones	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		45
BIBLIOGRAFÍA		45
LINKOGRAFÍA		46
CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UTA.....		46
ANEXOS		48
Anexo 1.	Cuestionario original	48
Anexo 2.	Ficha metodológica para la revisión de traducciones	50
Anexo 3.	Ficha de validación de expertos.....	51
Anexo 4.	Consentimiento informado	58

Anexo 5. Traducción 1 (T1)	60
Anexo 6. Traducción 2 (T2)	68
Anexo 7. Síntesis de traducción (T-12).....	76
Anexo 8. Informe del proceso de síntesis de (T-12)	80
Anexo 9. Traducción de las copias BT1.....	81
Anexo 10. Traducción de las copias BT2.....	88
Anexo 11. Cuestionario adaptado final	95
Anexo 12. Resolución de aprobación de tema	99
Anexo 13. Fotografías	100

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Aspectos y parámetro para la valoración de traducciones	13
Tabla 2. Comparación de las Traducciones	19
Tabla 3. Validación de los ítems del cuestionario pre final adaptado,.....	26
Tabla 4. Distribución de la población por grupo etario	27
Tabla 5. Pregunta 1. Atención médica	28
Tabla 6. Razón por la cual le ha atendido un profesional de la salud	29
Tabla 7. Diagnóstico de alguna enfermedad	31
Tabla 8. Diagnóstico de un familiar de alguna enfermedad.....	32
Tabla 9. Consumo de medicamento de venta libre	33
Tabla 10. Medicamento prescrito que consume actualmente.....	34
Tabla 11. Consumo de café o té al día	35
Tabla 12. Hábito de fumar	36
Tabla 13. Consumo de Tabaco al día.....	37
Tabla 14. Consumo de alcohol por semana	38
Tabla 15. Consumo de licor por ocasión.....	39
Tabla 16. Consumo de marihuana.....	40
Tabla 17. Uso de drogas.....	40

Tabla 18. Porcentaje de similitud G1 - G2.....	41
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Etapas de la adaptación y traducción de documentos;.....	15
Figura 2. Prueba de la versión pre final, grupo 1.	18
Figura 3. Prueba de la versión pre final, grupo 2.	18
Figura 4. Distribución por grupo etario y sexo	28
Figura 5. Profesional que le ha tratado en los últimos 3 meses	29
Figura 6. Consumo de medicamento de venta libre.....	33
Figura 7. Consumo diario de café o té	35
Figura 8. Hábito de fumar	36
Figura 9. Consumo de Tabaco diario	37
Figura 10. Consumo de alcohol por semana	38
Figura 11. Consumo de licor por semana	39
Figura 12. Consumo de marihuana	40
Figura 13. Consumo de drogas	41
Figura 14. Porcentaje de similitud G1 - G2.	42

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

“VALIDACIÓN EN ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO PERFIL MÉDICO DEL PACIENTE ORTOPÉDICO (MEDICAL HISTORY PROFILE OF ORTHOPAEDIC PATIENTS QUESTIONNAIRE)”

Autor: Rodríguez Molina, Oscar Valentino

Tutora: Lcda. MSc. Cobo Sevilla, Verónica de los Ángeles

Fecha: Enero 2020

RESUMEN

El adaptar un cuestionario validado, para la aplicación en otro país, con una lengua diferente, se constituye como una responsabilidad ética de todos los profesionales que usamos test, cuestionarios, pruebas, etc. Por lo que se ha propuesto, validar al español el cuestionario (Medical History Profile of Orthopaedic Patients), para la detección oportuna de los factores de riesgo que pueden influir en la intervención fisioterapéutica, y facilitar el proceso de intervención. Para esto se adaptó el cuestionario original a través de 4 traducciones, dos iniciales de inglés a español, por dos traductores uno con conocimiento y el otro no, luego una síntesis con un mediador que genero un cuestionario preliminar y al cual se lo tradujo dos veces más por dos traductores de español a inglés, seguidamente el cuestionario pre final fue validado por un comité de expertos, y la confiabilidad del cuestionario fue medida por el método Test-Retest, en dos grupos de participantes de 20 personas cada uno, a los que se administró dos veces el cuestionario en un intervalo de 5 días. Se pudo obtener un cuestionario en español, fiable, válido y confiable, que tiene la misma finalidad que el cuestionario original.

PALABRAS CLAVES: VALIDACIÓN DE CUESTIONARIOS, PERFIL MÉDICO, PACIENTE ORTOPÉDICO.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

CARRER OF PHYSICAL THERAPY

“VALIDACIÓN EN ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO PERFIL MÉDICO DEL PACIENTE ORTOPÉDICO (MEDICAL HISTORY PROFILE OF ORTHOPAEDIC PATIENTS QUESTIONNAIRE)”

Autor: Rodríguez Molina, Oscar Valentino

Tutora: Lcda. MSc. Cobo Sevilla, Verónica de los Ángeles

Date: January 2020

ABSTRACT

Adapting a validated questionnaire, for application in another country, with a different language, constitutes an ethical responsibility of all professionals who use tests, questionnaires, tests, etc. For what has been proposed, validate the questionnaire (Medical History Profile of Orthopedic Patients) to Spanish, for the timely detection of risk factors that may influence the physiotherapeutic intervention, and facilitate the intervention process. For this, he adapted the original questionnaire through 4 translations, two initials from English to Spanish, by two translators, one with knowledge and the other, and then a synthesis with a mediator that generated a preliminary questionnaire to which he translated it twice more by two translators from Spanish to English, then the pre-final questionnaire was validated by a committee of experts, and the reliability of the questionnaire was measured by the Test-Retest method, in two groups of participants of 20 people each, who were administered Twice the questionnaire in a 5 day interval. A reliable, valid, and reliable Spanish questionnaire could be obtained, which has the same purpose as the original questionnaire.

KEY WORDS: VALIDATION OF QUESTIONNAIRES, MEDICAL PROFILE, ORTHOPEDIC PATIENTS.

INTRODUCCIÓN

La asistencia de pacientes ambulatorios como hospitalizados genera una serie de información médica sobre los mismos. Dicha información se registra en varios documentos siendo el conjunto de esto lo que constituye la ficha u historia clínica. La historia clínica debe ser un documento único, acumulativo e íntegro para cada uno de los pacientes, pudiendo tener un sistema eficaz para la recuperación de la información clínica.

El trabajo de investigación trata de la validación al español de documentos médicos, basándose en una serie de directrices con el motivo de dar una sustentabilidad y fiabilidad de dicho documento, la adaptación y validación de un documento para su utilización en otro país o lengua comprende un tema de interés por parte de los profesionales que tratamos con algún tipo de prueba, test, cuestionario, etc.

Por lo que se ha propuesto en este estudio, validar al español el cuestionario (Medical History Profile of Orthopaedic Patients), para la detección oportuna de los factores de riesgo que pueden influir en la intervención fisioterapéutica, y facilitar el proceso de intervención.

Para esto se adaptó el cuestionario original mediante 4 traducciones, validando la traducción del formato prefinal por un comité de expertos, la confiabilidad del cuestionario se realizó mediante el método Test-Retest en dos grupos de 20 participantes, a los que se les administro el cuestionario por dos ocasiones en un intervalo de 5 días.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

Para la traducción al español de un instrumento o cuestionario de evaluación en el historial clínico del paciente es necesario investigar sobre estudios entorno a este tema.

1.1. Antecedentes investigativos

Los autores Boissonnault, C. Koopmeiners, B. (1994). En el estudio “**Medical History Profile: Orthopaedic Physical Therapy Outpatients**”, nos mencionan que los fisioterapeutas recopilan información importante sobre la historia médica de un paciente en la evaluación, los datos se relacionan con enfermedades que el paciente padece, está siendo tratado o fue tratado en el pasado, incluyendo el uso de drogas (incluidos medicamentos de venta libre), consumo de cafeína, tabaco y alcohol. El fisioterapeuta debe estar familiarizado con la enfermedad y tratamiento prescrito de cada uno de sus pacientes, para comprender la presentación clínica y evolución de la patología que presenta en el paciente. (1)

El propósito de este estudio fue recopilar información del paciente que permitiera el desarrollo de un perfil de la historia médica de los pacientes ortopédicos ambulatorios, vistos en el ámbito privado de la fisioterapia; en el estudio participaron 705 pacientes, de ellos 389 fueron mujeres y 316 varones, que se encontraban entre los 18 y 84 años, los criterios para la inclusión, fue tener 18 años o más, esto se realizó en 10 centros de práctica privada en el área de Minneapolis/St. Paul, MN. (1)

Los autores elaboraron un cuestionario autoadministrado de tres páginas, para la recolección de datos, que incluía información sobre vistas al médico durante los últimos tres meses, si ha sido diagnosticado con una o varias de las 18 enfermedades, y 13 enfermedades familiares, por último, se cuestiona si ha consumido medicamentos, cafeína, alcohol, tabaco y drogas. El cuestionario resultó, en una prueba a 10 sujetos aplicando el instrumento en dos ocasiones con un intervalo de 1 a 5 días. (1)

Los fisioterapeutas deben conocer el historial médico de sus pacientes, para realizar un abordaje integral y pertinente; la sintomatología refiere generalmente una lesión y

está relacionada con su causa, pero estas mismas manifestaciones pueden no ser claras y confundirse con otras patologías, por lo que los antecedentes personales, antecedentes familiares y hábitos de los pacientes pueden orientarnos a un mejor diagnóstico y tratamiento; además de determinar qué factores pueden influir en la recuperación del paciente. (1)

Los autores Temiz, D. Karakas, F. Tekeoglu, S. Yazici, A. Ozdemir, O. Cefle, A. (2019) en el artículo **“Validation of Turkish version of the Scleroderma Health Assessment Questionnaire”**, hacen referencia a la importancia de las herramientas de evaluación de la Esclerosis Sistémica (SSC). La esclerosis sistémica es un desorden crónico que afecta al tejido conectivo, tiene efectos físicos y psicosociales severos, afectando la calidad de vida en los pacientes; clasificada como una enfermedad reumática, particularmente esta, se caracteriza por la presencia de tres puntos cardinales: la fibrosis, vasculopatía y autoinmunidad. Es desafiante encontrar herramientas para la evaluación de la actividad, predicción de resultados y medición de los cambios en la SSC, pero existen iniciativas para mejorar las escalas usadas en la medición de la discapacidad funcional provocada por la SSC. (2)

El cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ), es una de las escalas validadas y adaptada en varios países e idiomas, destinada para evaluar la discapacidad y la función en SSC, la que surgió a partir del cuestionario de índice de discapacidad de evaluación de salud (HAQ-DI), desarrollado inicialmente para evaluar la artritis reumatoide en pacientes en su día a día, y en su entorno normal: posteriormente, Poole y Steen utilizaron por primera vez el cuestionario (HAQ-DI) en pacientes con CSS, luego conjuntamente con Meddesger, incluyeron cinco elementos relacionados con el fenómeno de Raynaud's (RP), úlceras digitales y problemas intestinales, para una valoración global de la enfermedad. (2)

El objetivo de este estudio fue validar y adaptar la versión turca del (SHAQ), evaluando su consistencia, fiabilidad y validez; por lo que emplearon la versión turca de HAQ-DI, y las cinco VAS adicionales que se utiliza actualmente en las enfermedades reumáticas. La versión inicial en inglés fue traducida por vez primera en Turquía por dos traductores. La traducción inversa se realizó por dos traductores desinformados del proceso, pero con el idioma inglés como su lengua materna.

Finalmente, las traducciones fueron revisadas por un grupo de expertos para llegar a un consenso, llegando a una versión final del escrito. (2)

Las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión con esclerosis sistémica fueron 70, entre marzo y diciembre del 2017, el contenido y criterio del estudio fueron explicados a cada uno de los pacientes, esperando su total consentimiento para llenar los cuestionarios HAQ-DI, SHAQ y el SF-36v2, con un tiempo de aplicación de 30 minutos; a 51 de los pacientes se les pidió llenar después de dos semanas el cuestionario para saber si la enfermedad se mantenía estable. (2)

Los cuestionarios administrados para la evaluación de las consecuencias de la vida diaria proporcionan una herramienta estandarizada, útil para evaluar cada paciente, esto facilita la comparación paciente-paciente y permite la evaluación de la progresión de la enfermedad. La versión turca SHAQ no requiere ningún cambio para la adaptación intercultural, en consecuencia, con los informes anteriores. (2)

De acuerdo a Rosemann, T. Körner, T. Wensing, M. Schneider, A. Szecsenyi, J. (2005). En el estudio **“Evaluation and cultural adaptation of a German versión of the AIMS2-SF questionnaire (German AIMS2-SF)”** la calidad de vida es una medida importante en muchas áreas clínicas, además se necesitan instrumentos validados de medición del estado funcional y la calidad de vida en la investigación y práctica clínica. (3)

El cuestionario AIMS, desarrollado originalmente por Meenan et al., en 1980 para la artritis reumatoide, y el HAQ (Health Assessment Questionnaire) de James Fries fueron los primeros cuestionarios autoadministrados en artritis. En 1992, el AIMS2, una versión revisada de la versión original, fue puesto en libertad y se valida en muchos países. Una versión corta de la AIMS2, la AIMS2-SF, fue desarrollado por Guillemin et al., y reducido a 26 artículos con el fin de reducir el tiempo y esfuerzo, que fue validado en varios países para los pacientes con artrosis. En varios estudios comparativos, realizados por Guillemin, Haarvardsholm y Taal, resultó ser tan fiable y válida como la versión larga, el AIMS2-SF es más amplio que los instrumentos utilizados con frecuencia como: WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Arthrosis Index) y el Índice de Lequesne. Esta ampliación hace del AIMS,

particularmente útil, para estudios e intervenciones que utilizan un enfoque multimodal. (3)

El objetivo del estudio fue examinar la validez de una versión traducida y adaptada culturalmente del AIMS-SF2 en pacientes de atención primaria con artrosis de rodilla o cadera. (3)

En 21 centros de atención primaria en Alemania, fueron reclutados 220 pacientes entre abril y julio del 2004, los criterios de inclusión aceptados fueron ser mayor de 18 años, conocimiento suficiente del idioma alemán, además de una radiografía con el diagnóstico específico, de no más de 6 meses a la fecha de finalización del cuestionario; todos los pacientes reclutados dieron su consentimiento informado para el estudio. Luego de 1 semana de llenar el primer cuestionario a un subgrupo de 35 pacientes se les pidió volver a llenar el cuestionario, del total de pacientes solo dos se negaron a completar el cuestionario, a causa de tiempo o esfuerzo necesario. (3)

La versión alemana del cuestionario AIMS2-SF fue traducida y retraducida de acuerdo a las directrices para la adaptación cultural, con el fin de la validez del contenido, habiendo ligeras adaptaciones en varios literales con el propósito de una traducción más comprensible sin perder la idea original de la herramienta. (3)

En la práctica y la investigación se necesitan herramientas validadas para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con artrosis de cadera y rodilla, el instrumento AIMS2'SF no se encontraba disponible en el idioma alemán, por lo tanto se lo tradujo al instrumento y se lo probó en una población de atención primaria. Los resultados obtenidos demuestran tener una razonable validez interna, fiabilidad y validez externa en la configuración principal, este es de uso fácil para los pacientes y cubre las áreas más importantes de calidad de vida que están influenciados por desgaste articular degenerativo, se llegó a la conclusión que el instrumento Alemán AINS2-SF es adecuado para la evaluación de la calidad de vida en pacientes que padecen artrosis de rodilla y cadera. (3)

En el estudio de Espinosa, G. Guillermin, F. Christine, A. Duarte, C. Alemana, S. Vergara, Y. Goycochea, M. (2014) titulado **“Transculturización y validación al**

español del Cuestionario específico de artrosis de miembros inferiores y calidad de vida AMICAL: Arthrose des Membres Inférieurs et Qualité de vie AMIQUAL”, nos mencionan que la osteoartrosis (OA) es la enfermedad reumática más prevalente; afecta al menos al 13% de la población adulta a partir de los 25 años y a un 33% a partir de los 65 años. Las principales manifestaciones de esta dolencia son la rigidez, dolor, limitación de movimiento, inestabilidad articular y disminución de la fuerza, lo que ocasiona un cambio impactante en la calidad de vida (CV) de las personas relacionada con su estado de salud. (4)

Hasta el momento no existía un instrumento en español, que valore la calidad de vida en pacientes con osteoartrosis. Solo existe cuestionario que valore la funcionalidad paciente, como el índice de WOMAC y el índice de Lequesne. (4)

El cuestionario AMIQUAL es un instrumento específico para valorar la CV en OA de miembros inferiores, fue desarrollado en Francia en 2005 y está constituido por 43 ítems, que agrupan dominios en actividad física, salud mental, apoyo y funcionamiento social y dolor. El mismo ha sido validado y transculturizado en diferentes idiomas, demostrando coeficientes de correlación significativos con otros instrumentos; por lo que gracias a esto es el motivo principal de la realización de este estudio que es validarlo y transculturalizar este instrumento al español. (4)

Se realizó un estudio analítico transversal de una población diana que incluyó a personas adultas con gonartrosis y coxartrosis, que aceptaron participar bajo previo consentimiento informado. Para la validación se reclutó a 100 pacientes para cada tipo de OA y para su consistencia se reclutó 65 pacientes para cada caso de artrosis, la transculturización fue realizada por un profesional bilingüe de lengua materna francesa y un bilingüe con lengua materna español; las dos versiones fueron sometidas a un análisis por cinco expertos con experiencia de al menos 5 años en el campo de OA y el nombre resultante para este instrumento fue Artrosis de Miembros Inferiores y Calidad de vida (AMICAL). (4)

Se demostró que el instrumento AMICAL es de aplicación simple, válido y reproducible en relación con otros instrumentos generales y específicos para la evaluación de la calidad de vida en OA de miembros inferiores. Por lo tanto, el instrumento es confiables y aplicable. (4)

Según Alkan, M. Kocabas, H. Sezer, I. Bilgilisoy, M. Tuncer, T. (2009). En el estudio **“Validation of the Turkish Version of the Quebec Back Pain Disability Scale for Patients With Low Back Pain”**, nos mencionan que el dolor lumbar (LBP) sigue siendo un problema de salud importante, que comúnmente se encuentra en la consulta médica. Su prevalencia alcanza entre el 60% a 90% de la población general; además tiene un alto impacto en la funcionalidad de los pacientes que la padecen. El dolor lumbar se ha constituido como la principal causa de discapacidad en personas menores de 45 años de edad y la tercera causa de discapacidad en los mayores de 45 años de edad. Para evaluar la capacidad funcional del paciente con dolor lumbar y determinar el éxito de un protocolo de tratamiento, es necesario el uso de herramientas de medición que faciliten la evaluación y monitoreo del paciente. Tradicionalmente, las mediciones fisiológicas, como la movilidad de la columna y la fuerza muscular han sido utilizadas para evaluar el paciente con dolor lumbar en el ámbito clínico. (5)

Varias escalas de discapacidad se han desarrollado para la evaluación clínica de los pacientes con dolor lumbar, comúnmente se utilizan 3 cuestionarios: Cuestionario de Roland-Morris (RMQ), el índice de discapacidad de Oswestry (ODI), y la Escala de Discapacidad de dolor de espalda de Quebec (QDS). (5)

El objetivo del presente estudio fue traducir el cuestionario QDS al idioma turco, para realizar su adaptación transcultural para los pacientes con dolor lumbar e investigar su fiabilidad. El QDS fue creado por Kopec et al, y se publicó en 1995. Después de la autorización del autor y el editor, la traducción y adaptación transcultural del cuestionario original se realizó de acuerdo con las respectivas directrices: En primer lugar, 2 traducciones de QDS del inglés al turco fueron realizados por 2 altavoces turcos nativos. Uno de los traductores era consciente del proceso y la otra parte fue mal informada del proceso. Después de discutir posibles discrepancias, se alcanzó un consenso por la síntesis de 2 traducciones. También 2 traducciones posteriores de la versión turca del cuestionario al inglés fueron realizadas por 2 traductores diferentes. (5)

Un total de 100 pacientes fueron remitidos a la Universidad de Akdeniz University Medical Faculty Physical Medicine y servicio de rehabilitación con dolor lumbar de al menos 3 semanas de duración. Todos los pacientes fueron investigados para identificar las causas de dolor de espalda con exámenes físicos y neurológicos,

radiografías de la columna, y pruebas de laboratorio. Los pacientes con causas no mecánicas de dolor lumbar y los pacientes que tienen dolor neuropático no se incluyeron en el estudio y también los pacientes que tienen deficiencias neurológicas. (5)

La mayoría de los cuestionarios estándar han sido diseñados para personas de habla inglés, hay una necesidad de ser usadas en países de diferente dialecto o idioma. Es evidente que un cuestionario no puede ser transferido directamente de una cultura a otra mediante una simple traducción sin ser revalidado, se sabe que la traducción debe ser validado para permitir la comparabilidad de los datos, con este estudio la adaptación del cuestionario QDS para el idioma turco demuestra su fiabilidad y validez. Ha sido recomendado la aplicación de este instrumento a los pacientes en dos ocasiones con un tiempo suficientemente corto para asumir que el valor de medidas no cambia considerablemente, con las propiedades psicométricas de la versión original. El estudio sugiere que la versión turca de la QDS tiene buena comprensión, es un instrumento adecuado y útil para la evaluación de la discapacidad en pacientes con dolor lumbar turcos. El uso de la misma puede ser recomendado en entornos clínicos y estudios de resultados futuros en pacientes de habla turca con dolor lumbar. (5)

El estudio de Cruz, D. Hita, F. Lomas, R. Perez, O. Martinez, A. (2013). Titulado **“Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Cumberland Ankle Instability Tool (CAIT): an instrument to assess unilateral chronic ankle instability”**, consideran que el esguince de tobillo es una de las lesiones más comunes que se producen en las personas comunes y no solo en el deporte, se estima que un esguince de tobillo se produce todos los días en 10000 habitantes. Uno de los problemas más importante es la recurrencia de las lesiones de tobillo, alcanzado una frecuencia del 80%. (6)

Los cambios en el sistema propioceptivo del complejo articulación del tobillo, junto con la debilidad muscular, inestabilidad de la articulación subastragalina, y laxitud ligamentosa se han identificado como los factores que contribuyen a la inestabilidad crónica del tobillo (CAI). Los instrumentos reportados para evaluar la inestabilidad de tobillo, se han convertido en una herramienta valiosa en la práctica clínica. Hiller et

al., desarrolló en cuestionario Cumberland (CAIT), el que se utiliza para identificar a pacientes con CAI, y medir la gravedad de la lesión. Actualmente no está disponible una versión en español, por lo que se opta por traducirlo y determinar sus propiedades de medición. (6)

La versión original del CAIT, comprende nueve artículos para evaluar varios aspectos de la inestabilidad crónica de tobillo, los elementos se determinan según el grado de dificultad para realizar actividades físicas, con cada tobillo, lo que permite a la vez discriminar entre tobillos estables e inestables y clasificarlos según la gravedad de la inestabilidad. (6)

El proceso de la adaptación cultural y validación de la versión española de la CAIT se realizó de acuerdo a las directrices propuestas por Guillermine et al. y Beaton et al. De forma independiente dos expertos bilingües traducen el instrumento en inglés al español, luego las dos versiones se comparan y se desarrolla una sola versión. Luego de esto se realiza el mismo proceso con diferentes expertos y se traduce el documento del español al inglés y se los compara y se desarrolla una sola versión. (6)

El instrumento CAIT, fue administrado a 108 personas, entre ellos 58 hombres y 50 mujeres mayores de 18 años, la población fue reclutada de 5 centros deportivos españoles. Los criterios de inclusión fueron historia previa de esquinca de tobillo, no tener otras lesiones de miembro inferior con una duración de 6 meses antes del estudio, tener capacidad de lectura del cuestionario. (6)

Hasta el momento no se encontraba disponible un instrumento para la evaluación de inestabilidad crónica de tobillo en español. La adaptación de un cuestionario a otro idioma no es sólo una traducción del original en otro idioma es un proceso exhaustivo, y debe ser considerada diferencias transculturales. La versión española del CAIT es una herramienta útil, rápido y de fácil aplicación que permite en el ámbito clínico evaluar la inestabilidad crónica de tobillo y su eficacia en el tratamiento, proporcionando una retroalimentación inmediata sobre el estado del tobillo del paciente y permitiendo el desarrollo de estrategias terapéuticas. (6)

El autor Carresquero, E. (2015). **“ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN ESPAÑOLA DEL INSTRUMENTO CORNELL MUSCULOSKELETAL DISCOMFORT QUESTIONNAIRES (CMDQ) Spanish adaptation and validation of Cornell musculoskeletal discomfort questionnaire (CDMQ)”** nos menciona que durante las actividades laborales cotidianas las personas se pueden encontrar expuestas a diversos factores de riesgo; destacándose los ergonómicos, que podrían generar lesiones musculoesqueléticas (LME) considerables. (Kumar, 2008) afirma que las lesiones musculoesqueléticas tienen un enorme y creciente impacto a nivel mundial, desde la perspectiva de productividad y economía de la industria. Las LME, son la principal causa de dolor y discapacidad; debido a su alta prevalencia y a su asociación con otras morbilidades, ocasionan un importante impacto socioeconómico, según datos reportados de este mismo autor, cerca del 58% de la población mundial mayor a los 10 años de edad pasa un tercio de su tiempo en el trabajo, por lo que se estima que del 30% al 50% de los trabajadores están expuestos a riesgos ocupacionales que le pueden generar lesiones musculoesqueléticas. Los factores de riesgo ergonómicos son el empuje, tracción, posiciones forzadas, hiperextensión, movimientos repetitivos. La evaluación de LME es una parte primordial por ese motivo es generalizado el uso de instrumentos válidos y fiables para la recolección de datos y evaluación de LME. (7)

El instrumento Cornell MS Malestar Questionnaire (CMDQ) es una herramienta de recolección de datos bien diseñada que fue preconizado por el profesor Alan Hedge, y estudiantes del postgrado de ergonomía de la Universidad de Cornell, (Cornell University, 2014). El CMDQ realiza una evaluación longitudinal de 7 días, sobre la frecuencia, gravedad y trabajo, así como de los efectos de interferencia en la capacidad de MS malestar a través de 20 partes del cuerpo humano. CMDQ fue desarrollado originalmente en inglés y con el fin de utilizarlo con poblaciones de habla inglesa y turca, por lo que se hacía necesario la adaptación cultural y validación de la herramienta en lengua española. El objetivo de este artículo es presentar la adaptación transcultural, la validez y fiabilidad de CMDQ en lengua española. Esta iniciativa se justifica ya que con esta investigación se contribuirá a la literatura científica, proporcionando un instrumento válido y confiable para los investigadores que necesitan evaluar MS entre la población de habla española con la versión Castellana de CMDQ. (7)

Para la adaptación transcultural de CMDQ en lengua española se llevó a cabo de conformidad con las directrices desarrollado por (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000). El protocolo cumple con seis etapas para la adaptación, el proceso de traducción fue realizado por 2 expertos españoles nativos, ambos tenían dominio alto de inglés, las traducciones fueron realizadas de manera independiente para evitar contaminación del proceso, luego de esto es revisado por un comité de expertos que era conformado por un especialista en metodología, un experto en ergonomía y un tercero especializado en salud ocupacional. Posteriormente, cinco especialistas en medicina ocupacional revisaron la versión CMDQ-v₁ y aparentemente la herramienta es satisfactoria. Por otra parte se realizó la prueba de validez de la versión CMDQ-v₁, fue probada en 20 sujetos (10 hombres, 10 mujeres) con variados perfiles educativos y ocupacionales. (7)

Los resultados de la investigación de adaptación y validación del instrumento CMDQ en lengua española fueron interculturalmente adaptables. Al examinar la validez y confiabilidad de la adaptación de la versión española permitió afirmar que es válida y confiable considerándose aplicable con poblaciones de habla española. CDMQ fue diseñado para la utilización principal en estudios con trabajadores administrativos y operativos, obteniendo excelentes diagnósticos cuando apoyan a las valoraciones con otros instrumentos como RULA, REBA y OWAS. (7)

1.1.Objetivos

1.1.1. Objetivo general

Validar al español el cuestionario (Medical History Profile of Orthopaedic Patients), para la detección oportuna de los factores de riesgo que pueden influir en la intervención fisioterapéutica.

1.1.2. Objetivos específicos

- Adaptar el cuestionario Medical History Profile of Orthopaedic Patients questionnaire, del idioma inglés al español de manera exacta.
- Validar los ítems del cuestionario adaptado, a través del juicio de expertos.
- Determinar la confiabilidad del cuestionario a través del Test-Rest.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1. Materiales

Para el desarrollo de la investigación, se utilizaron materiales físicos y digitales, de tipo bibliográfico, y estadístico; que contribuyeron al levantamiento, registro y análisis de información.

2.1.1. Medical history profile of orthopaedic patients questionnaire

El cuestionario en idioma inglés, **Anexo 1**, es un instrumento autoadministrable, que consta de tres páginas, para recopilar datos que se incluyen en una historia clínica, la información a recopilar incluye: descripción breve de la razón por la cual durante los últimos tres meses visito o fue atendido por un médico, psicólogo, traumatólogo u osteópata, SI ha sido o NO alguna vez diagnosticado con alguna de las 18 enfermedades descritas; se incluye además, la historia clínica familiar directa (padres y hermanos), de una lista de 13 enfermedades; se consulta sobre el consumo, uso o dependencias a medicamentos de venta libre, y prescritos actuales como: píldoras, inyecciones y parches para el dolor; además de cafeína, alcohol, incidencia de fumar y uso ilícito de drogas. (1)

2.1.2. Ficha metodológica para la revisión de traducciones, por el mediador

Se diseñó una ficha metodológica de revisión de las traducciones **Anexo 2**, por parte del mediador, con el objetivo de valorar las características de las traducciones en relación a ciertos aspectos y parámetros que deben contener los documentos, según Parra, S (2007).

La valoración se realizó a través de una escala de puntuación para la valoración del instrumento, se basó en las recomendaciones de Likert donde los valores asignados para la calificación fueron: 1 (Muy Bajo), 2 (Bajo), 3 (Medio), 4 (Alto), 5 (Muy Alto). (8)

Tabla 1. Aspectos y parámetro para la valoración de traducciones

Aspectos	Parámetros
1. Contenido	Lógica Datos
2. Lingüísticos	Lenguaje especializado Adaptación al destinatario
3. Funcionales	Exactitud Integridad
4. De la presentación de la traducción	Maquetación ortotipografía

Fuente: Parra, S. (2007) (8);
Elaborado por: Rodríguez, O. (2019)

2.1.3. Ficha de validación de expertos

Se diseñó un cuestionario para la confirmación y validación de los ítems del cuestionario adaptado “Perfil de historia clínica de los pacientes ambulatorios ortopédicos” para el comité de expertos, **Anexo 3**, el cual constó de 12 preguntas distribuida en 5 dimensiones, enfocado en la gramática, redacción y cultura; sugerido por Muñiz (2013), se utilizó una escala de puntuación para la valoración general del instrumento, aplicando las recomendaciones de Likert donde los valores asignados para la calificación fueron: 1 (Muy Bajo), 2 (Bajo), 3 (Medio), 4 (Alto), 5 (Muy Alto). Este proceso permitió establecer una validación objetiva del instrumento según el criterio de tres expertos:

- Licenciada María Augusta Latta Sánchez; Fisioterapeuta, Magister en Neurorehabilitación.
- Licenciada Verónica Cobo; Fisioterapeuta, Master of Sciences in Musculoskeletal Physical Therapy.
- Dra. Lorena Quijarro Zapata; Médico Especialista en Reumatología.

2.1.4. Hoja de Consentimiento informado

Se estructura una hoja donde cada uno de los pacientes, firmaron autorizando su participación voluntaria en el estudio **Anexo 4**, previa la

aplicación del cuestionario; permitiendo el uso de su información personal y clínica para el registro y análisis de sus datos, relacionados con la investigación.

2.1.5. Programa Excel

Se utilizó el programa Excel de Windows, para la realización de una base de datos, con la información recolectada del cuestionario; además de la tabulación de resultados a través de tablas y gráficos.

2.1.6. Programa Estadístico SPSS

Se utilizó el programa estadístico SPSS, para analizar la confiabilidad del cuestionario, luego de la validación de expertos.

2.2.Métodos

El estudio se desarrolló, bajo un nivel descriptivo de investigación, enmarcándose dentro del tipo observacional, y con un enfoque cuantitativo; que permitió la adaptación cultural del cuestionario: Medical History Profile Of Orthopaedic Patients Questionnaire,

El estudio descrito se llevó a cabo en el Laboratorio de Terapia Física de la Universidad Técnica de Ambato Campus Ingahurco, se administró el cuestionario a pacientes que acudieron a fisioterapia, durante el periodo 17 de junio de 2019 y 26 de junio de 2019. Con un tamaño de muestra de 40 personas, con una edad superior a 18 años, los criterios de inclusión del estudio fueron: pacientes o entrevistados con disponibilidad de tiempo para llenar el cuestionario. Como criterios de exclusión tenemos a pacientes que no disponen de tiempo para llenar el cuestionario o que se negaron a realizar el mismo.

El proceso investigativo, se realizó respetando los aspectos éticos de confiabilidad de la información de los participantes; además que la seguridad y cuidado de los datos recolectados fueron manejados de manera prudente por el autor de la investigación, para lo que se usó la firma de un consentimiento informado como una medida de prevención y validación de documentos.

La adaptación cultural requiere de un método para lograr la equivalencia entre las versiones de origen y de destino, para el uso adecuado de este en un nuevo país, cultura y lenguaje, por lo que para mantener la validez del instrumento de origen, no solo se lo tradujo lingüísticamente, sino que también se lo adaptó culturalmente, y fue puesto a prueba por dos ocasiones en el mismo grupo de estudio en dos tiempos diferentes.

Guillermin (2014), sugiere directrices para el proceso de adaptación cultural, que consta de 6 etapas, con el objetivo de maximizar la semántica, idiomática, experiencia y la equivalencia conceptual entre el cuestionario de origen y de destino, por lo que se le ha considerado en la investigación, como una guía y referencia para la adaptación. (9)

2.2.1. Etapa I. Traducción inicial.

La primera parte fue la traducción directa, para lo que se hizo dos traducciones del instrumento original a la lengua de destino, de acuerdo a las pautas establecidas para la traducción y adaptación de documentos, por lo que se hicieron dos traducciones del inglés al español.

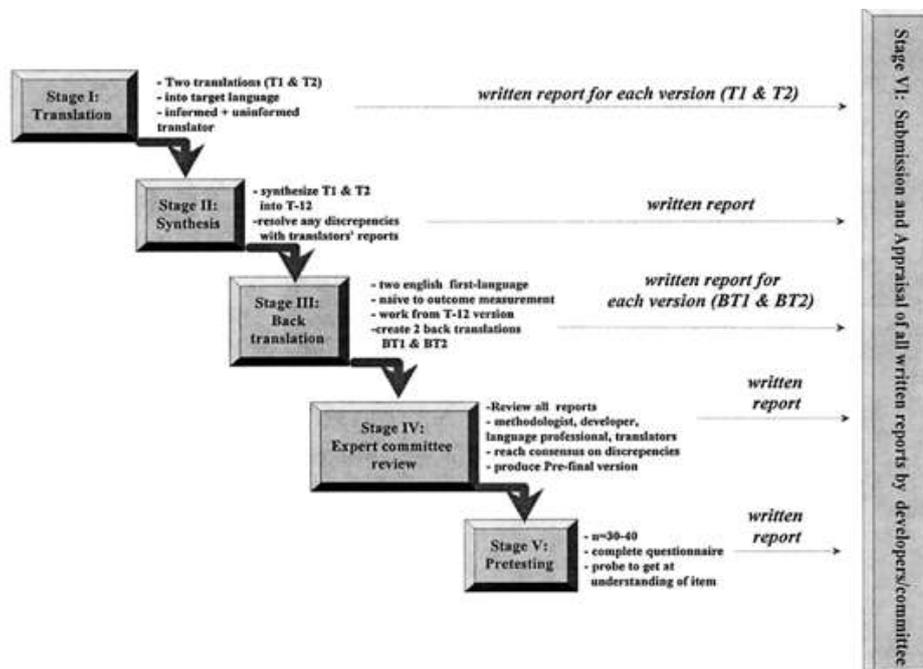


Figura 1. Etapas de la adaptación y traducción de documentos;
Fuente: Guillermin (2014) (8)

De este método se compararon discrepancias, asegurando que la versión original y la resultante fueran equivalentes culturalmente. Cada traductor produjo un informe escrito de la traducción que realizó, además se resumieron en cada informe sus elecciones, comentarios e instrucciones, para resaltar diferentes frases desafiantes; cada traductor tiene un perfil diferente.

- **Traductor 1.** Uno de los dos traductores, se le informó del proceso por lo que tubo conciencia de los conceptos que examinó en el cuestionario, su adaptación proporcionó una equivalencia desde una observación clínica más fiable. La primera traducción fue denominada (T1) **Anexo 5.** Traductor: Ávila Herrera Stalyn Alejandro
- **Traductor 2.** El segundo traductor no fue informado, por lo que no tuvo conciencia de los conceptos a traducir, llamada una traducción ingenua, con esto se detectó un significado diferente al original o del primer traductor. El ofreció una traducción que reflejó el lenguaje utilizado por la población, detectando significados ambiguos al cuestionario original. La segunda traducción fue denominada (T2) **Anexo 6.** Traductor: Holguín Barrera María Daniela

2.2.2. Etapa II. Síntesis de las traducciones

Los dos traductores conjuntamente con un observador o mediador con conocimientos del tema sintetizaron las dos traducciones provenientes del cuestionario u instrumento original. A partir de la traducción (T1) y traducción (T2), generando una síntesis de traducción común denominada (T-12) **Anexo 7**, al mismo tiempo se realizó un informe escrito documentando del proceso de síntesis **Anexo 8.** Mediador: Dr. Wilfrido Washington Castillo Castillo.

2.2.3. Etapa III. Volver a la traducción

A partir de la versión (T-12) del cuestionario y sin conocimiento del cuestionario original, se tradujo nuevamente al idioma original o de partida. Las traducciones de

las copias denominadas (BT1 y BT2) **Anexo 9 y Anexo 10**, fueron producidas por personas con legua materna o de partida inglés. Los traductores no fueron informados sobre los conceptos a explorar ni tuvieron conocimientos médicos, con el fin de que este proceso permita una comprobación de validez, asegurando que la nueva versión traducida contenga y transmita el mismo contenido que el original. Traductores: Janet Lynn Bravo y Edwards Roger Stuart.

2.2.4. Etapa IV. Comité de expertos

La integración o composición del comité de expertos fue imprescindible para el logro de equivalencia del instrumento. Este se lo conformó por metodólogos, profesionales de salud. El comité de expertos consolidó todas las versiones del cuestionario **Anexo 3** y calificó la adaptación final, a través de un cuestionario cuantitativo, las que generaron un promedio de validación del instrumento, y así el cuestionario pre final, **Anexo 11**, para la aplicación de la prueba de campo o piloto.

2.2.5. Etapa V. Prueba de la versión prefinal

El proceso de adaptación final fue la prueba preliminar, en la prueba de campo se utilizó el cuestionario prefinal, a 40 personas, que se auto administraron y se los entrevistó para saber lo que la persona cree o interpreta del cuestionario; esto nos asegura que la versión adaptada mantiene o retiene su equivalencia.

Un grupo de 20 pacientes llenó el cuestionario autoadministrado adaptado en dos ocasiones diferentes, con un intervalo de tiempo de 1 a 5 días; en la primera aplicación el cuestionario fue autoadministrado y en la segunda vez fue registrado verbalmente para la reevaluación; y un segundo grupo de 20 sujetos el cuestionario fue tomado de igual forma en dos ocasiones diferentes, dentro de un intervalo de tiempo de 1 a 5 días, pero en la primera y segunda aplicación la información fue autoadministrada para la reevaluación. Esperando encontrar diferencias no muy significativas.



Figura 2. Prueba de la versión pre final, grupo 1.

Elaboración: Rodríguez, O. (2019)



Figura 3. Prueba de la versión pre final, grupo 2.

Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

2.2.6. Etapa VI. Presentación de la documentación al comité de coordinación o para la evaluación del proceso de adaptación

La presentación de todos los informes y formularios del instrumento se lo realizó para verificar que se haya seguido correctamente todas las etapas del proceso de traducción y que la traducción fue fiable; para finalmente obtener la autorización para la publicación de la adaptación cultural del cuestionario.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Análisis de las adaptaciones del cuestionario

Tabla 2. Comparación de las Traducciones

N°	Preguntas del Cuestionario Original	Traducción TB-1	Traducción TB-2	Traducción TB-12
1.	<p>A. During the past 3 months have you been seen by: (Circle YES or NOT for each item).</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Medical doctor (MD) b. Osteopath c. Dentist d. Psychiatrist/Psychologist <p>B. If you have been seen by any of the above during the past 3 months, please describe for what reason (illness, medical condition, physical, etc.): _____</p>	<p>A. Durante los últimos 3 meses ¿ha sido usted atendido por? (Encierre SÍ o NO para cada ítem).</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Médico b. Osteópata c. Dentista d. Psiquiatra/Psicólogo <p>B. Si ha sido atendido por alguno de los profesionales que anteceden durante los últimos 3 meses, por favor describa por qué razón (enfermedad, condición médica, física, etc.): _____</p>	<p>A. Durante los últimos 3 meses ¿ha sido usted revisado por? (Encierre en un círculo SÍ o NO para cada ítem).</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Médico b. Osteópata c. Dentista d. Psiquiatra/Psicólogo <p>B. Si le ha sido revisado alguno de los anteriores en el transcurso de los 3 últimos meses, por favor describa la razón (enfermedad, condición médica, física, etc.): _____</p>	<p>A. Durante los últimos 3 meses ¿ha sido usted atendido por? (Encierre SÍ o NO para cada ítem).</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Médico a. Osteópata b. Dentista c. Psiquiatra/Psicólogo <p>B. Si ha sido atendido por alguno de los profesionales que anteceden durante los últimos 3 meses, por favor describa por qué razón (enfermedad, condición médica, física, etc.): _____</p>

2.	<p>Have you EVER been diagnosed as having any of the following conditions? (Circle YES or NO for each item).</p> <p>A. Cancer If YES, describe what kind: _</p> <p>B. Heart attack</p> <p>C. High blood pressure</p> <p>D. Asthma</p> <p>E. Emphysema</p> <p>F. Chemical dependency (ie., alcoholism).</p> <p>G. Thyroid problems</p> <p>H. Diabetes</p> <p>I. Multiple sclerosis</p> <p>J. Rheumatoid arthritis</p> <p>K. Other arthritic conditions</p> <p>L. Depression</p> <p>M. Hepatitis</p> <p>N. Tuberculosis</p> <p>O. Stroke</p> <p>P. Kidney disease</p> <p>Q. Anemia</p> <p>R. Epilepsy</p>	<p>¿Ha sido ALGUNA VEZ diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones? (Encierre SÍ o NO para cada ítem).</p> <p>A. Cáncer En caso afirmativo, describa de qué tipo: ____</p> <p>B. Ataque cardiaco</p> <p>C. Presión arterial alta (hipertensión arterial)</p> <p>D. Asma</p> <p>E. Enfisema</p> <p>F. Dependencia a químicos (ej., alcoholismo).</p> <p>G. Problemas de tiroides</p> <p>H. Diabetes</p> <p>I. Esclerosis múltiple</p> <p>J. Artritis reumatoidea</p> <p>K. Otras condiciones artríticas</p> <p>L. Depresión</p> <p>M. Hepatitis</p> <p>N. Tuberculosis</p> <p>O. Accidente cerebrovascular</p> <p>P. Enfermedad renal</p> <p>Q. Anemia</p> <p>R. Epilepsia</p>	<p>¿Alguna vez ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones? (Encierre con un círculo SÍ o NO para cada ítem).</p> <p>A. Cáncer En caso de indicar SÍ, describa de qué tipo: ____</p> <p>B. Ataque cardiaco</p> <p>C. Presión arterial alta</p> <p>D. Asma</p> <p>E. Enfisema</p> <p>F. Dependencia a químicos (por ejemplo: alcoholismo).</p> <p>G. Problemas de tiroides</p> <p>H. Diabetes</p> <p>I. Esclerosis múltiple</p> <p>J. Artritis reumatoidea</p> <p>K. Otras condiciones artríticas</p> <p>L. Depresión</p> <p>M. Hepatitis</p> <p>N. Tuberculosis</p> <p>O. Infarto</p> <p>P. Insuficiencia renal</p> <p>Q. Anemia</p> <p>R. Epilepsia</p>	<p>¿Ha sido ALGUNA VEZ diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones? (Encierre SÍ o NO para cada ítem).</p> <p>A. Cáncer En caso afirmativo, describa de qué tipo: ____</p> <p>B. Ataque cardiaco</p> <p>C. Presión arterial alta (hipertensión arterial)</p> <p>D. Asma</p> <p>E. Enfisema</p> <p>F. Dependencia a químicos (ej., alcoholismo).</p> <p>G. Problemas de tiroides</p> <p>H. Diabetes</p> <p>I. Esclerosis múltiple</p> <p>J. Artritis reumatoidea</p> <p>K. Otras condiciones artríticas</p> <p>L. Depresión</p> <p>M. Hepatitis</p> <p>N. Tuberculosis</p> <p>O. Accidente cerebrovascular</p> <p>P. Enfermedad renal</p> <p>Q. Anemia</p> <p>R. Epilepsia</p>
----	---	--	---	--

3.	<p>Has anyone in your immediate family (parents, brothers, sisters) ever been treated for any of the following (Circle YES or NO for each item).</p> <p>A. Diabetes B. Tuberculosis C. Heart disease D. High blood pressure E. Stroke F. Kidney disease</p> <p>G. Cancer H. Arthritis I. Anemia J. Headaches K. Epilepsy L. Mental illness</p> <p>M. Alcoholism (chemical dependency)</p>	<p>¿Alguien en su familia cercana (padres, hermanos, hermanas) ha sido tratado alguna vez por alguno de los siguientes? (Encierre SÍ o NO para cada ítem).</p> <p>A. Diabetes B. Tuberculosis C. Enfermedad cardiaca D. Presión arterial alta E. Accidente cerebrovascular F. Enfermedad renal G. Cáncer H. Artritis I. Anemia J. Dolores de cabeza K. Epilepsia L. Enfermedad mental M. Alcoholismo (dependencia a químicos)</p>	<p>¿Alguna vez ha sido alguno de sus familiares inmediatos (padres, hermanos) tratado de alguna de las siguientes? (Encierre con un círculo SÍ o NO para cada ítem).</p> <p>A. Diabetes B. Tuberculosis C. Cardiopatía D. Presión Arterial Alta</p> <p>E. Infarto F. Insuficiencia renal G. Cáncer H. Artritis I. Anemia J. Dolores de cabeza K. Epilepsia L. Enfermedad mental M. Alcoholismo (dependencia química)</p>	<p>¿Alguien en su familia cercana (padres, hermanos, hermanas) ha sido tratado alguna vez por alguno de los siguientes? (Encierre SÍ o NO para cada ítem).</p> <p>A. Diabetes B. Tuberculosis C. Enfermedad cardiaca D. Presión arterial alta E. Accidente cerebrovascular F. Enfermedad renal G. Cáncer H. Artritis I. Anemia J. Dolores de cabeza K. Epilepsia L. Enfermedad mental M. Alcoholismo (dependencia a químicos)</p>
----	--	---	---	---

4.	<p>Which of the following OVER-THE-COUNTER medications have you taken in the last week? (Circle YES or NO for each item).</p> <p>A. Aspirin B. Tylenol C. Advil/Motrin/Ibuprofen</p> <p>D. Laxatives E. Decongestants F. Antihistamines G. Antacids H. Vitamins/mineral supplements</p>	<p>¿Cuál de siguientes medicinas de VENTA LIBRE ha tomado en la última semana? (Encierre SÍ o NO para cada ítem).</p> <p>A. Aspirina B. Paracetamol C. Advil/Motrin/Ibuprofeno D. Laxantes E. Descongestionantes F. Antihistamínicos G. Antiácidos H. Vitaminas/suplementos minerales</p>	<p>¿Cuál de siguientes medicinas de VENTA LIBRE ha ingerido en la última semana? (Encierre con un círculo SÍ o NO para cada ítem).</p> <p>A. Aspirina B. Tilenol C. Advil/Motrin/Ibuprofen o D. Laxantes E. Descongestionantes F. Antihistamínicos G. Antiácidos H. Vitaminas/suplementos minerales</p>	<p>¿Cuál de siguientes medicinas de VENTA LIBRE ha tomado en la última semana? (Encierre SÍ o NO para cada ítem).</p> <p>A. Aspirina B. Paracetamol C. Advil/Motrin/Ibuprofen o D. Laxantes E. Descongestionantes F. Antihistamínicos G. Antiácidos H. Vitaminas/suplementos minerales</p>
5.	<p>Please list any PRESCRIPTION medication you are currently taking (INCLUDING pills, injections, and/or skin patches): _____</p>	<p>Por favor, enumere cualquier medicación PRESCRITA que esté tomando actualmente (INCLUYENDO píldoras, inyecciones y/o parches para el dolor): _____</p>	<p>Por favor, enliste cualquier RECETA médica que esté tomando actualmente (INCLUYENDO pastillas, inyecciones y/o parches dérmicos): _____</p>	<p>Por favor, enumere cualquier medicación PRESCRITA que esté tomando actualmente (INCLUYENDO píldoras, inyecciones y/o parches para el dolor): _____</p>
6.	<p>How much caffeinated coffee or other caffeine-containing beverages do you drink? Bottles/can/cups per day: _____</p>	<p>¿Cuánto café u otra(s) bebida(s) que contenga(n) cafeína toma? Botellas/lata/tazas por día: _____</p>	<p>¿Cuánta cantidad de café (con cafeína), o bebidas que contengan cafeína, bebe usted? Botellas/latas/tazas por día: _____</p>	<p>¿Cuánto café u otra(s) bebida(s) que contenga(n) cafeína toma? Botellas/lata/tazas por día: _____</p>

7.	<p>A. Do you smoke cigarettes? YES NO</p> <p>B. If YES, how many packs do you smoke a day? (Check \checkmark your answer)</p> <p>0 - 1/2 _____ 1/2 - 1 _____ 1 - 1 1/2 _____ 1 1/2 - 2 _____ More than 2 _____</p>	<p>A. ¿Usted fuma? SÍ NO</p> <p>B. En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes fuma al día? (Seleccione su respuesta con un visto \checkmark)</p> <p>0 - 1/2 _____ 1/2 - 1 _____ 1 - 1 1/2 _____ 1 1/2 - 2 _____ Más de 2 _____</p>	<p>A. ¿Fuma cigarrillo? SÍ NO</p> <p>B. Sí indicó que sí, ¿cuántas cajetillas fuma por día? (Indique con \checkmark su respuesta)</p> <p>0 - 1/2 _____ 1/2 - 1 _____ 1 - 1 1/2 _____ 1 1/2 - 2 _____ Más de 2 _____</p>	<p>A. ¿Usted fuma? SÍ NO</p> <p>B. En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes fuma al día? (Seleccione su respuesta con un visto \checkmark)</p> <p>0 - 1/2 _____ 1/2 - 1 _____ 1 - 1 1/2 _____ 1 1/2 - 2 _____ Más de 2 _____</p>
8.	<p>A. How many days per week do you drink alcohol? (Check \checkmark your answer)</p> <p>0 - 1 days _____ 1 day _____ 2 days _____ 3 days _____ 4 days _____ 5 days _____ 6 days _____ 7 days _____</p> <p>B. How much do you drink at an average sitting? (One drink= 1 beer = 1 glass of wine)</p>	<p>A. ¿Cuántos días a la semana toma usted alcohol? (Seleccione su respuesta con un visto)</p> <p>0 - 1 día _____ 1 día _____ 2 días _____ 3 días _____ 4 días _____ 5 días _____ 6 días _____ 7 días _____</p> <p>B. ¿Cuánto toma por ocasión promedio? (Una bebida = 1 cerveza = 1 copa de vino)</p>	<p>A. ¿Cuántos días por semana ingiere bebidas alcohólicas? (Indique con \checkmark su respuesta)</p> <p>0 - 1 día _____ 1 día _____ 2 días _____ 3 días _____ 4 días _____ 5 días _____ 6 días _____ 7 días _____</p> <p>B. En promedio ¿Cuánto bebe de una sentada? (Una bebida = 1 cerveza = 1 copa de vino)</p>	<p>A. ¿Cuántos días a la semana toma usted alcohol? (Seleccione su respuesta con un visto)</p> <p>0 - 1 día _____ 1 día _____ 2 días _____ 3 días _____ 4 días _____ 5 días _____ 6 días _____ 7 días _____</p> <p>B. ¿Cuánto toma por ocasión promedio? (Una bebida = 1 cerveza = 1 copa de vino)</p>

	= 1 shot of hard liquor) Number of drinks per sitting? _____	= 1 trago de licor fuerte) ¿Número de bebidas por ocasión? _____	= 1 trago de licor fuerte) ¿Número de bebidas consumidas de una sentada? _____	= 1 trago de licor fuerte) ¿Número de bebidas por ocasión? _____
9.	<p>A. Do you use marijuana? YES NO</p> <p>B. If YES, how many days per week do you use marijuana (Check \checkmark your answer)</p> <p>0 - 1 days _____ 1 day _____ 2 days _____ 3 days _____ 4 days _____ 5 days _____ 6 days _____ 7 days _____</p>	<p>A. ¿Usa usted marihuana? SÍ NO</p> <p>B. En caso afirmativo, ¿cuántos días por semana usa usted marihuana? (Seleccione su respuesta con un visto \checkmark)</p> <p>0 - 1 día _____ 1 día _____ 2 días _____ 3 días _____ 4 días _____ 5 días _____ 6 días _____ 7 días _____</p>	<p>A. ¿Consume marihuana? SÍ NO</p> <p>B. Si su respuesta es SÍ, ¿cuántas veces por semana consume marihuana? (Indique con \checkmark su respuesta)</p> <p>0 - 1 día _____ 1 día _____ 2 días _____ 3 días _____ 4 días _____ 5 días _____ 6 días _____ 7 días _____</p>	<p>A. ¿Usa usted marihuana? SÍ NO</p> <p>B. En caso afirmativo, ¿cuántos días por semana usa usted marihuana? (Seleccione su respuesta con un visto \checkmark)</p> <p>0 - 1 día _____ 1 día _____ 2 días _____ 3 días _____ 4 días _____ 5 días _____ 6 días _____ 7 días _____</p>
10.	<p>A. Do you use drugs such as cocaine, crack, acid, etc.? YES NO</p> <p>B. If YES, how many days per week do you use them? (Check \checkmark your answer)</p>	<p>A. ¿Usa usted drogas como cocaína, crac, ácido, etc.? SÍ NO</p> <p>B. En caso afirmativo, ¿cuántos días a la semana las usa? (Seleccione su respuesta con un visto \checkmark)</p>	<p>A. ¿Consume drogas como cocaína, crac, ácido, etc.? SÍ NO</p> <p>B. Si su respuesta es SÍ, ¿cuántas veces por semana las consume? (Indique con \checkmark su respuesta)</p>	<p>A. ¿Usa usted drogas como cocaína, crac, ácido, etc.? SÍ NO</p> <p>B. En caso afirmativo, ¿cuántos días a la semana las usa? (Seleccione su respuesta con un visto \checkmark)</p>

	0 - 1 days _____ 1 day _____ 2 days _____ 3 days _____ 4 days _____ 5 days _____ 6 days _____ 7 days _____	0 – 1 día _____ 1 día _____ 2 días _____ 3 días _____ 4 días _____ 5 días _____ 6 días _____ 7 días _____	0 – 1 día _____ 1 día _____ 2 días _____ 3 días _____ 4 días _____ 5 días _____ 6 días _____ 7 días _____	0 – 1 día _____ 1 día _____ 2 días _____ 3 días _____ 4 días _____ 5 días _____ 6 días _____ 7 días _____
11.	Age: _____	Edad: _____	Edad: _____	Edad: _____
12.	Sex: Male _____ Female _____	Sexo: Masculino _____ Femenino _____	Sexo: Masculino _____ Femenino _____	Sexo: Masculino _____ Femenino _____
	THANK YOU VERY MUCH FOR COMPLETING THIS SURVEY!	¡Muchas gracias por completar esta encuesta!	¡MUCHAS GRACIAS POR COMPLETAR ESTA ENCUESTA!	¡MUCHAS GRACIAS POR COMPLETAR ESTA ENCUESTA!

Fuente: Bases de datos de la investigación; Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

La traducción T1, proporcionó una equivalencia clínica más fiable, que la traducción dos T2, se encontraron diferencias en la redacción que no cambiaban el sentido de las preguntas; por lo que en el cuestionario T-12 que es la síntesis de las traducciones T1 y T2, el que fue elaborado por un mediador y revisado a través de un informe. El T-12, contiene los términos adecuados de acuerdo con el contexto, lenguaje, y aspectos interculturales de la población a la que va dirigido el cuestionario, se usó la palabra Paracetamol en vez de Tilenol ya que es de mayor comprensión en nuestro medio, la palabra Accidente Cerebro Vascular en vez de Infarto, ya que es un término muy ambiguo.

3.2. Validación de los ítems - Juicio de expertos

Tabla 3. Validación de los ítems del cuestionario pre final adaptado,

N°	Dimensiones	Preguntas	Exp 1	Exp 2	Exp 3
1	Generales	1. ¿En relación con el cuestionario cree que pueda ser autoadministrado?	5	5	5
		2. ¿Los ítems tiene el mismo significado o muy parecido en los dos idiomas?	5	5	5
		3. ¿El tipo de lenguaje de los ítems son comparables al del idioma original?	5	5	5
2	Formato del ítem	4. ¿El formato de los ítems, incluyendo aspecto físico, es el mismo en los dos idiomas?	5	5	5
		5. ¿La longitud del enunciado y de las alternativas de respuesta, tiene la misma longitud en ambas versiones?	5	5	5
		6. ¿La tarea a realizar por la persona evaluada son similares en las dos versiones?	5	5	5
3	Gramática y redacción	7. ¿No hay ninguna modificación en la estructura gramatical o ubicación de las oraciones o el orden de las palabras que altere la versión?	5	5	5
		8. ¿No existen palabras en los ítems de la versión adaptada que contengan tengan diferente equivalente en la versión original?	5	5	5
		9. ¿Las palabras y frases de la versión adaptada transmiten la misma idea que la versión original?	5	5	5
4	Puntajes	10. ¿No existen cambios en la puntuación de la versión adaptada que modifique los resultados que se pueden obtener en relación a la versión original?	5	5	5
5	Cultural	11. ¿Los términos utilizados en los ítems de la versión original han sido adaptados de forma adecuada al contexto cultural de la población a la que será aplicado?	4	4	4
		12. ¿El concepto o constructo de los ítems, tiene el mismo significado en las dos versiones?	5	5	5
PROMEDIO			4,9	4,9	4,9

Fuente: Bases de datos de la investigación;

Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

Análisis e interpretación

La validación de los ítems del cuestionario adaptado, fue realizada a través de la revisión y análisis de tres expertos, que calificaron sobre una escala del 1 al 5 las preguntas del cuestionario de manera general, la calificación de cada experto fue sumada y calculado el promedio, para estimar el rango de validación general del cuestionario, se obtuvo un valor promedio de 4,9 de cada experto, que corresponde a una calificación entre alto y muy alto; siendo los ítems del instrumento válidos para su aplicación.

En relación a las observaciones sugeridas, los 3 expertos concordaron y sugirieron en que se cambie el término de osteópata por traumatólogo o reumatólogo en la pregunta 1 literal a y b; mientras que en la pregunta 2, literal k, se podría modificar a enfermedades articulares; y, en la pregunta 3 literal h, sugirieron que se defina el tipo de artritis, artritis reumatoidea o sino conservar el mismo término.

De acuerdo a las sugerencias, en la pregunta 1, literal a y b se adoptó el término traumatólogo reemplazando al de osteópata, en la pregunta 2 literal k, se mantuvo con otras condiciones artríticas porque solo lo sugirió por un experto; de igual forma en la pregunta 3, literal h, no se cambió el término y se mantuvo solo artritis.

3.3.Confiabilidad del cuestionario adaptado Test y Retest

- **Distribución por grupo etario de la población**

Tabla 4. Distribución de la población por grupo etario

Grupo etario	Masculino	Femenino
18-30	7	4
31-40	8	8
41-50	3	8
51-60	1	0
61-70	0	0
71-80	0	1
Total	19	21

Fuente: Bases de datos de la investigación;
Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

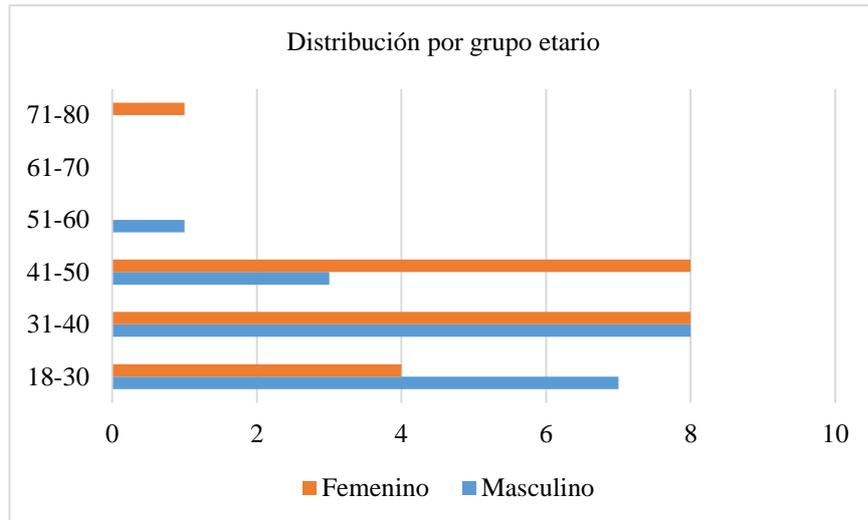


Figura 4. Distribución por grupo etario y sexo
Fuente: Bases de datos de la investigación; Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

Análisis e interpretación

De los 40 participantes 19 fueron hombre y 21 mujeres; de los hombres 7 tenían entre 18 y 30 años; 8 entre 31 y 40 años; 3 entre 41 y 50 años; y 1 entre 51 y 60 años; de las mujeres 4 tenían entre 18 y 30 años, 8 entre 31 y 40 años, y 1 entre 71 y 80 años; por lo que la mayoría de la población participante se encontraba en edades entre los 31 y 40 tanto hombres como mujeres, seguida en mujeres de la edad entre 41 y 50 años y en hombres entre 18 y 30 años.

- **Pregunta 1. A ¿Durante los últimos 3 meses ha sido usted atendido por?**

Tabla 5. Pregunta 1. Atención médica

Profesional	G1.1	G1.2	G2.1	G2.2
Medico	10	9	10	10
Traumatólogo	8	9	1	0
Dentista	4	5	9	7
Psiquiatra/ Psicólogo	2	3	1	1

Fuente: Bases de datos de la investigación;
Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

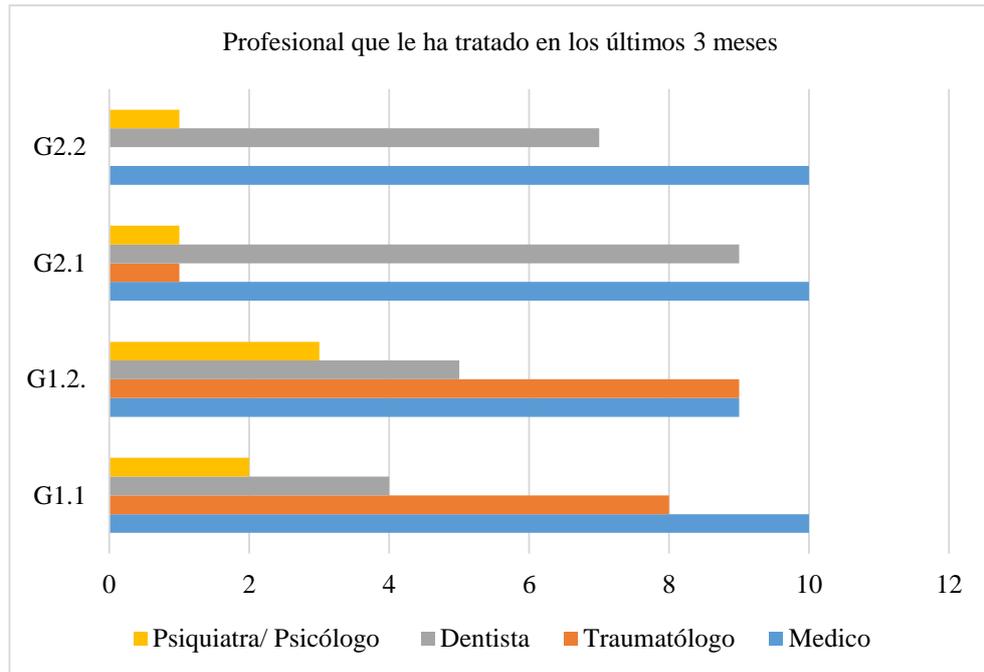


Figura 5. Profesional que le ha tratado en los últimos 3 meses
Fuente: Bases de datos de la investigación; Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

Análisis e Interpretación

Sobre la pregunta donde el profesional que le había tratado en los últimos 3 meses, de los 20 participantes del grupo 1, de las 4 opciones de respuestas; se presentaron 4 variaciones de 1 punto en la comparación de la sumatoria de las respuestas de los participantes, entre la primera toma de preguntas y la segunda; de igual manera en el segundo grupo en las respuestas de otros 20 encuestados, existió una diferencia en 2 respuestas y se encontraron 2 igualdades. Las respuestas no variaron significativamente entre la primera toma y la segunda toma del segundo grupo.

- **Pregunta 1. B Si ha sido atendido por alguno de los profesionales que anteceden durante los últimos 3 meses por favor describa porque razón**

Tabla 6. Razón por la cual le ha atendido un profesional de la salud

Enfermedad, condición médica, física.	G1.1	G1.2.	G2.1	G2.2
Ansiedad estacionaria	1	1	0	0
Condición Física	1	0	1	1
Revisión dental	1	0	0	0
Hallux valgus	1	0	0	0
Parkinson	1	0	0	0
Dolor lumbar	1	0	0	0

Tiroides	2	2	0	0
Gripe	1	0	0	0
Limpieza dental	1	2	0	1
Diabetes	1	1	0	0
SLAP de hombro	1	1	0	0
Hipertensión	2	2	0	0
Artrosis	1	0	0	0
Problemas de rodilla	2	1	0	0
Operación de nariz	1	1	0	0
Fractura de tobillo	1	1	0	0
Operación de meniscos	1	1	0	0
Fractura de brazo	1	0	0	0
Parálisis facial	1	1	0	0
Luxación glenohumeral	1	1	0	0
Fractura de tibia	0	0	0	0
Tratamiento poliquísticos	0	1	0	0
Extracción 3er molar	0	2	2	3
Faringitis	0	0	1	1
Chequeo medico	0	0	2	2
Sistema nervioso alterado	0	0	1	1
Lesión LCA	0	0	1	1
Calza dental	0	0	1	1
Artritis	0	1	0	0
Profilaxis	0	0	2	2
Infección vías urinarias	0	0	1	1
Dolor facial	0	0	0	1

Fuente: Bases de datos de la investigación;
Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

Análisis e Interpretación

De las 24 respuestas que dieron los participantes del primer grupo, existieron 11 diferencias y 13 igualdades con una variación de 1 a 2 puntos, entre la primera y segunda aplicación del cuestionario; mientras que en el grupo 2 de las 11 respuestas; existieron solo 3 diferencias y 8 igualdades, con una variación de 1 a 2 puntos, entre la primera y segunda aplicación del cuestionario; los participantes indicaron tener una patología y luego indicaron que no; o de lo contrario en el primer registro no tenía la patología y en la segunda administración indicaron tenerla; las variaciones fueron significativas en el primer grupo mientras que en el segundo no fueron significativa entre la primera y la segunda administración del cuestionario.

- **Pregunta 2. Ha sido ALGUNA VEZ diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones**

Tabla 7. Diagnóstico de alguna enfermedad

Enfermedades	G1.1	G1.2.	G2.1	G2.2
Cáncer	0	0	1	1
Ataque cardiaco	0	0	0	0
Presión arterial alta	4	4	3	3
Asma	0	0	0	0
Enfisema	0	0	0	0
Dependencia químicos a	0	0	0	0
Problemas tiroideos	6	6	4	4
Diabetes	1	1	1	1
Esclerosis múltiple	0	1	0	0
Artritis reumatoidea	0	0	0	0
Otras artríticas condiciones	1	1	1	1
Depresión	1	2	1	0
Hepatitis	1	2	4	4
Tuberculosis	0	0	0	0
Accidente cerebrovascular	1	1	0	0
Enfermedad renal	1	2	2	1
Anemia	1	1	3	3
Epilepsia	0	0	0	0

Fuente: Bases de datos de la investigación;
Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

Análisis e Interpretación

De las 9 respuestas que dieron los participantes del primer grupo, existieron 2 diferencias y, 7 igualdades con una variación de 1 punto, entre la primera y segunda aplicación del cuestionario; de igual manera en el grupo 2, de las 9 respuestas, existieron solo 2 diferencias y, 7 igualdades, con una variación de 1 punto, entre la primera y segunda aplicación del cuestionario; los participantes indicaron haber sido diagnosticados de una patología del listado y luego indicaron que no; o de lo contrario en el primer registro no tenía la patología y en la segunda administración indicaron tenerla; pero las variaciones no fueron significativas entre la primera toma y la segunda de los dos grupos.

- **Pregunta 3. ¿Alguien en su familia cercana (Padres, hermanos, hermanas) ha sido tratado alguna vez por alguno de los siguientes?**

Tabla 8. Diagnóstico de un familiar de alguna enfermedad

Enfermedad	G1.1	G1.2.	G2.1	G2.2
Diabetes	10	6	8	7
Tuberculosis	0	0	0	0
Enfermedad cardiaca	4	3	3	3
Presión arterial alta	10	11	5	5
Accidente cerebrovascular	1	1	0	0
Enfermedad renal	4	3	1	1
Cáncer	3	3	1	1
Artritis	3	2	1	1
Anemia	0	0	0	0
Dolores de cabeza	8	8	2	2
Epilepsia	1	1	1	1
Enfermedad mental	1	1	0	0
Alcoholismo (dependencia a químicos)	1	2	0	0

Fuente: Bases de datos de la investigación;
Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

Análisis e Interpretación

De las 11 respuestas que dieron los participantes del primer grupo, existieron 6 diferencias y, 5 igualdades con una variación de 1 punto, entre la primera y segunda aplicación del cuestionario; de igual manera en el grupo 2, de las 8 respuestas, existieron solo 2 diferencias y, 6 igualdades, con una variación de 1 punto, entre la primera y segunda aplicación del cuestionario; los participantes indicaron que alguna vez un familiar suyo fue diagnosticados de una patología del listado y luego indicaron que no; o de lo contrario en el primer registro su familiar padeció la patología y en la segunda administración indicaron que la había tenido; pero la variación no fue significativa entre la primera toma y la segunda, de los dos grupos.

- **Pregunta 4. ¿Cuál de las siguientes medicinas de venta libre ha tomado en la última semana?**

Tabla 9. Consumo de medicamento de venta libre

Medicamentos	G1.1	G1.2.	G2.1	G2.2
Aspirina	5	5	1	1
Paracetamol	8	8	0	0
Ibuprofeno	7	7	2	3
Laxantes	1	1	2	2
Descongestionantes	0	0	3	3
Antihistamínicos	1	1	0	0
Antiácidos	4	3	2	2
Vitaminas / suplementos minerales	10	10	2	3

Fuente: Bases de datos de la investigación;
Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

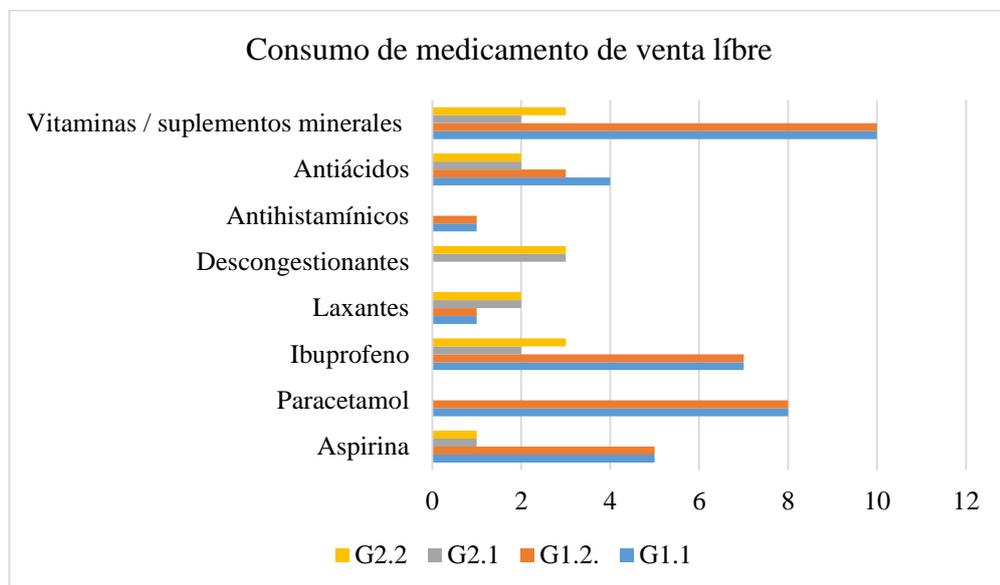


Figura 6. Consumo de medicamento de venta libre

Fuente: Bases de datos de la investigación; Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

Análisis e Interpretación

De las 7 respuestas que dieron los participantes del primer grupo, existieron 1 diferencia y, 6 igualdades con una variación de 1 punto, entre la primera y segunda aplicación del cuestionario; de igual manera en el grupo 2, de las 6 respuestas, existieron solo 2 diferencias y, 4 igualdades, con una variación de 1 punto, entre la primera y segunda aplicación del cuestionario; los participantes indicaron que consumieron un medicamento de venta libre en la última semana, y luego indicaron

que no; o lo contrario; pero las variaciones no fueron significativas entre la primera y la segunda administración de los cuestionarios en los dos grupos.

- **Pregunta 5. Por favor enumere cualquier medicamento prescrito que esté tomando actualmente**

Tabla 10. Medicamento prescrito que consume actualmente

Medicamentos	G1.1	G1.2.	G2.1	G2.2
Levotiroxina	5	5	1	2
Omeprazol	2	2	1	1
Apronax	1	0	0	0
Metformin	1	0	0	0
Colágeno	2	2	0	0
Glucosamina	1	1	0	0
Anticonceptivos	1	1	0	0
Nimodipino	1	0	0	0
Vitamina B	2	1	0	0
Losartan	1	0	0	0
Complejo B	1	1	0	0
H Quimo	1	0	0	0
Nimesolida	1	0	0	0
Dexatemasona	1	0	0	0
Proteinas	1	1	0	0
Buprex Migrax	1	1	0	1
Luvit	0	1	0	0
Nucleo	0	1	0	0
Orofadina	0	1	0	0
Metrotexate	0	0	1	1
Ácido fólico	0	0	1	1
Falacina	0	0	1	1
Vitamina C	0	0	1	2
Triobal	0	0	1	1
Cirolax	0	0	1	1
Vitamina E	0	0	1	1
Digeral	0	0	1	1
Narinex	0	0	1	1
Advil	0	0	0	1

Fuente: Bases de datos de la investigación;
Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

Análisis e Interpretación

De las 19 respuestas que dieron los participantes del primer grupo, existieron 11 diferencias y, 8 igualdades con una variación de 1 punto, entre la primera y segunda aplicación del cuestionario; de igual manera en el grupo 2, de las 11 respuestas, existieron solo 2 diferencias y, 9 igualdades, con una variación de 1 punto, entre la primera y segunda aplicación del cuestionario; los participantes indicaron que

consumieron un medicamento de venta libre en la última semana, y luego indicaron que no; o lo contrario; encontrando gran variación entre la primera toma y la segunda del grupo 1; mientras que en el grupo 2, no existió variaciones significativas entre la primera y segunda toma del cuestionario.

- **Pregunta 6. ¿Cuánto café u otras bebidas que contengan cafeína toma?**

Tabla 11. Consumo de café o té al día

Botellas / lata / tazas por día	G1.1	G1.2.	G2.1	G2.2
Ninguna	12	12	8	8
1 taza	6	6	6	6
2tazas	2	2	3	3
3 o +	0	0	3	3

Fuente: Bases de datos de la investigación;
Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

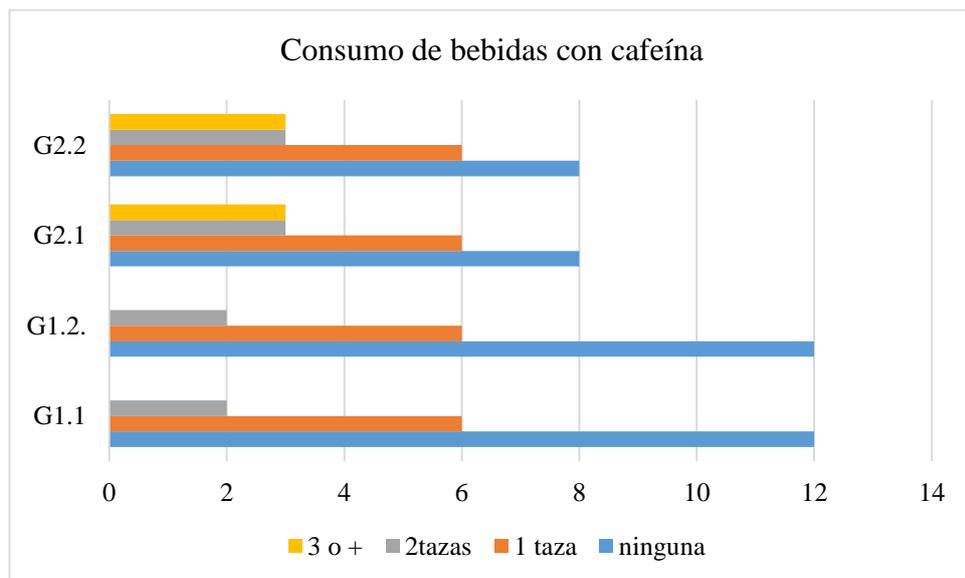


Figura 7. Consumo diario de café o té

Fuente: Bases de datos de la investigación; Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

Análisis e Interpretación

Sobre la pregunta sobre cuanto café o bebidas con cafeína consume, de las 4 opciones de respuestas que dieron los participantes del primer grupo, no existieron diferencias, siendo todas las respuestas iguales; entre la primera y segunda aplicación del

cuestionario; de igual manera en el grupo 2; por lo que las respuestas fueron exactas en esta pregunta, tanto en el grupo 1 como en el 2.

- **Pregunta 7.A. ¿Usted fuma?**

Tabla 12. Hábito de fumar

Usted fuma	G1.1	G1.2.	G2.1	G2.2
Si	3	3	0	0
No	17	17	20	20
Total	20	20	20	20

Fuente: Bases de datos de la investigación;
Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

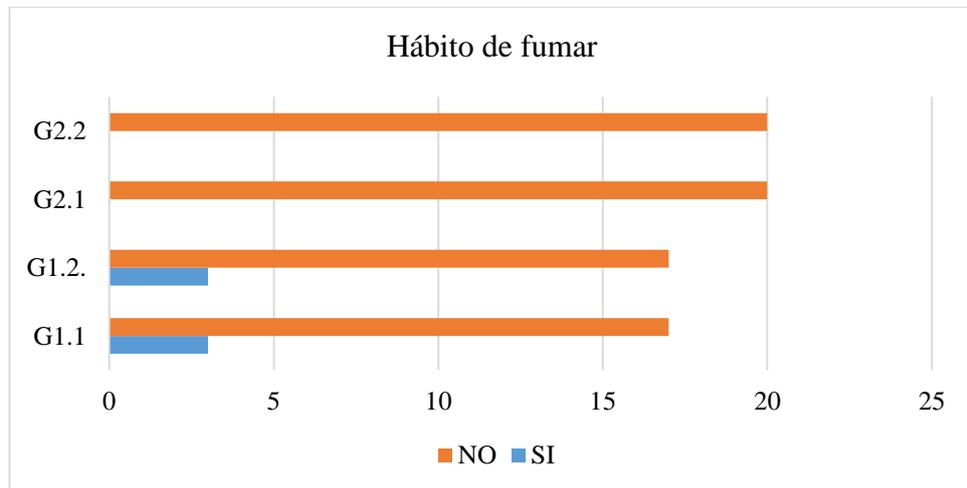


Figura 8. Hábito de fumar

Fuente: Bases de datos de la investigación; Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

Análisis e Interpretación

Sobre el hábito de fumar, de las 2 opciones de respuestas que dieron los participantes del primer grupo, no existieron diferencias, siendo todas las respuestas iguales; entre la primera y segunda aplicación del cuestionario; de igual manera en el grupo 2; por lo que las respuestas fueron exactas en esta pregunta, tanto en el grupo 1 como en el 2.

- **Pregunta 7. B. En caso afirmativo cuantos paquetes al día fuma?**

Tabla 13. Consumo de Tabaco al día

Paquetes por día	G1.1	G1.2.	G2.1	G2.2
0 - 1/2	3	3	0	0
1/2 - 1	0	0	0	0
1 - 1 1/2	0	0	0	0
1 1/2 - 2	0	0	0	0
>2	0	0	0	0

Fuente: Bases de datos de la investigación;
Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

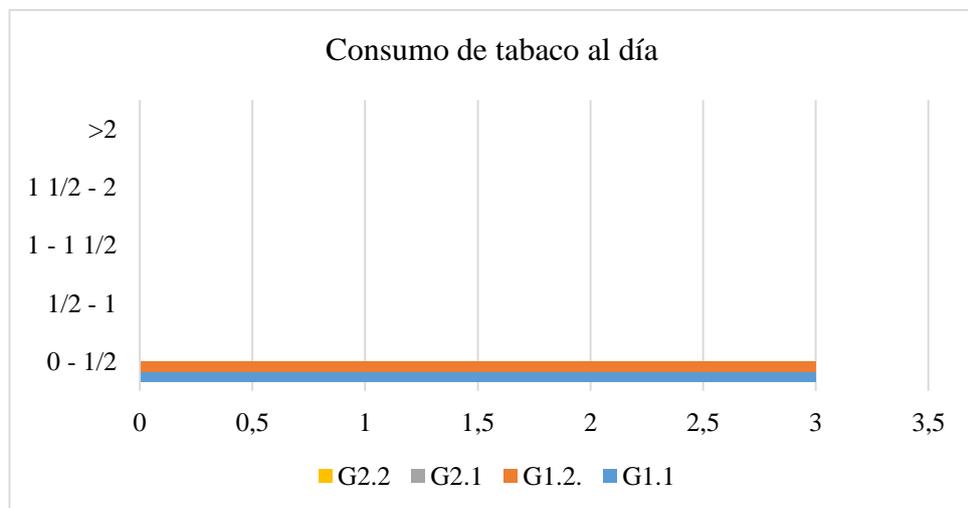


Figura 9. Consumo de Tabaco diario

Fuente: Bases de datos de la investigación; Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

Análisis e Interpretación

En la pregunta sobre cuantos paquetes fuman las personas que tienen el hábito de fumar hábito de fumar, de las 4 opciones de respuestas que dieron los participantes del primer grupo, no existieron diferencias, siendo todas las respuestas iguales; entre la primera y segunda aplicación del cuestionario; de igual manera en el grupo 2; por lo que las respuestas fueron exactas en esta pregunta, tanto en el grupo 1 como en el 2; además de concordar con la pregunta anterior.

- **Pregunta 8.A. ¿Cuántos días a la semana usted toma alcohol?**

Tabla 14. Consumo de alcohol por semana

Consumo de licor por semana	G1.1	G1.2.	G2.1	G2.2
Días 0	10	11	8	8
Día 1	10	9	12	12
TOTAL	20	20	20	20

Fuente: Bases de datos de la investigación;
Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

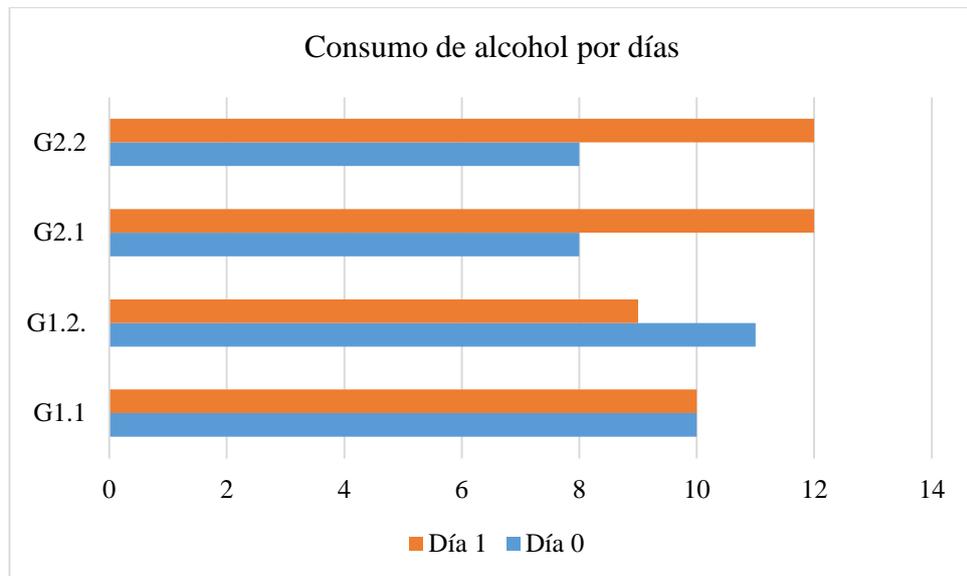


Figura 10. Consumo de alcohol por semana

Fuente: Bases de datos de la investigación; Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

Análisis e Interpretación

En la pregunta sobre cuántos días a la semana toma alcohol, de las 2 opciones de respuestas que dieron los participantes del primer grupo, existieron 1 diferencia, en el grupo 1, de 1 punto y ninguna diferencia en el grupo 2; por lo que las diferencias no son significativas entre las primera y segunda administración del cuestionario, en ningún grupo.

- **Pregunta 8. B. ¿Cuánto toma por ocasión promedio?**

Tabla 15. Consumo de licor por ocasión

Consumo promedio	G1.1	G1.2.	G2.1	G2.2
1cerveza	5	4	8	8
2cervezas	2	2	0	0
6 o más cervezas	2	2	0	0
1copa	0	0	2	2
2copas	0	0	0	0
1shot	1	1	2	2

Fuente: Bases de datos de la investigación;
Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

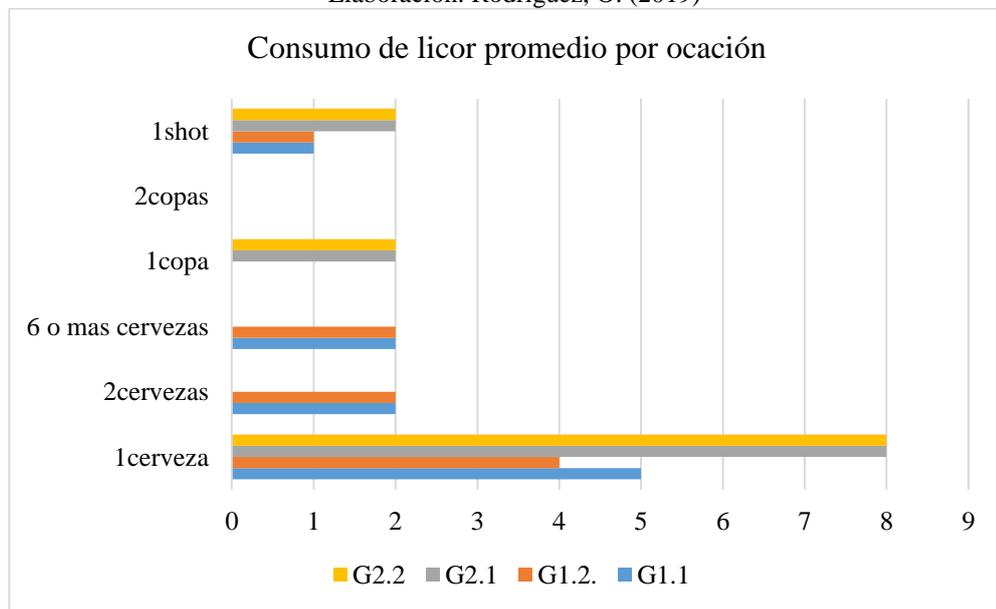


Figura 11. Consumo de licor por semana

Fuente: Bases de datos de la investigación; Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

Análisis e interpretación

En la pregunta sobre cuanto toma por ocasión promedio, de las 6 opciones de respuestas que dieron los participantes del primer grupo, existieron 1 diferencia, en el grupo 1, de 1 punto y ninguna diferencia en el grupo 2; por lo que las diferencias no son significativas entre la primera y segunda administración del cuestionario, en ningún grupo.

- **Pregunta 9.A. ¿Usa usted marihuana?**

Tabla 16. Consumo de marihuana

Consumo marihuana	G1.1	G1.2.	G2.1	G2.2
Si	3	3	0	0
No	17	17	20	20
Total	20	20	20	20

Fuente: Bases de datos de la investigación;
Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

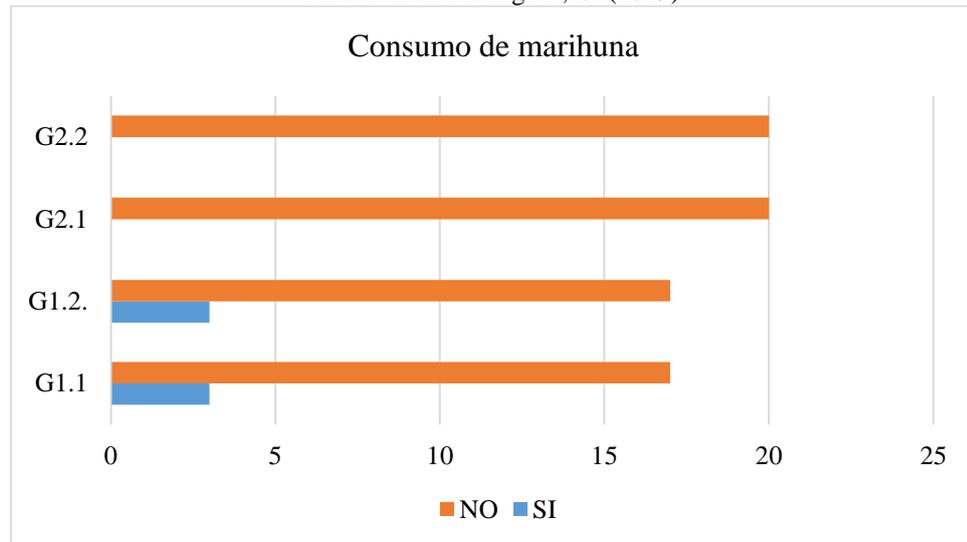


Figura 12. Consumo de marihuana

Fuente: Bases de datos de la investigación; Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

Análisis e Interpretación

En la pregunta sobre si consume marihuana, de las 2 opciones de respuestas que dieron los participantes tanto del grupo 1 como del grupo 2 no existieron diferencias, siendo las mismas respuestas tanto en la primera como la segunda toma del cuestionario.

- **Pregunta 10.A. ¿Usa usted drogas como cocaína, crac, ácido?**

Tabla 17. Uso de drogas.

Consumo de drogas como cocaína, crac, ácido.	G1.1	G1.2.	G2.1	G2.2
Si	0	0	0	0
No	20	20	20	20
Total	20	20	20	20

Fuente: Bases de datos de la investigación;
Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

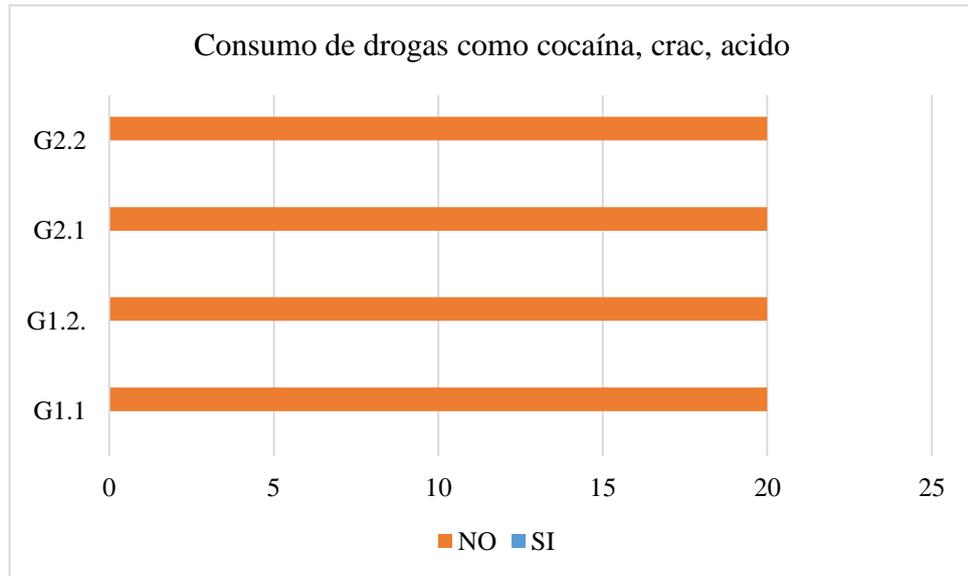


Figura 13. Consumo de drogas

Fuente: Bases de datos de la investigación; Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

Análisis e Interpretación

En la pregunta sobre si usa drogas como cocaína, crac, ácido, etc., de las 2 opciones de respuestas que dieron los participantes tanto del grupo 1 como del grupo 2 no existieron diferencias, siendo las mismas respuestas tanto en la primera como la segunda toma del cuestionario.

- **Porcentaje de similitud de la aplicación del Test**

Tabla 18. Porcentaje de similitud G1 - G2

Similitud G1	Similitud G2
91%	95%

Fuente: Bases de datos de la investigación;
Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

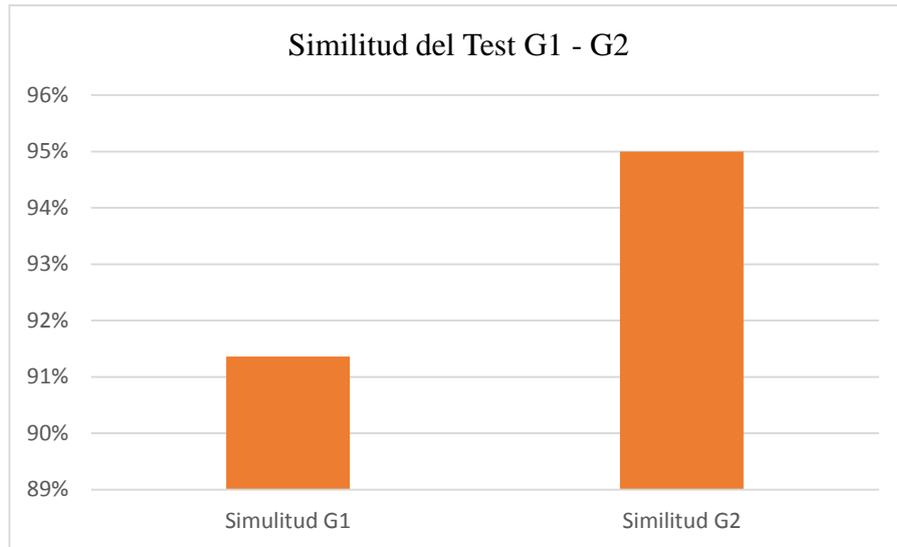


Figura 14. Porcentaje de similitud G1 - G2.

Fuente: Bases de datos de la investigación; Elaboración: Rodríguez, O. (2019)

Análisis e Interpretación

En el porcentaje total de similitud, existe una similitud del grupo G1 del 91% mientras que en el grupo G2 encontramos una similitud total de respuesta del 95% teniendo como un resultado final que el grupo G2 tiene mayor nivel de similitud al momento de llenar los test en 2 ocasiones.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- Se adaptó el cuestionario Medical History Profile of Orthopaedic Patients questionnaire, del idioma inglés al español de manera exacta, aplicando las directrices de Guillermin (2014), para lo que se hicieron dos traducciones de inglés a español, por dos personas una tenía conocimientos del proceso (T1) y la otra no (T2), se compararon las discrepancias, asegurándose que la versión original y la resultante fueran equivalentes culturalmente; además se realizó una síntesis de las traducciones realizado por los dos traductores y un mediador (T-12). Luego a partir síntesis de traducción (T-12), se lo tradujo nuevamente al idioma original o de partida, por dos personas con lengua materna o de partida inglés que no tuvieron información (BT1 y BT2). A través de este proceso se obtuvo un cuestionario adaptado al español, exacto al original, con los términos adecuados de acuerdo al contexto, lenguaje, y aspectos interculturales de la población a la que va dirigido el cuestionario, permitiendo la comprobación de la validez del cuestionario, asegurando que la nueva versión del cuestionario contenía y transmitía el mismo contenido que el original.
- Los ítems del cuestionario adaptado, se validaron, a través del juicio de expertos, que se integró por tres profesionales calificados, que dieron la equivalencia técnica al instrumento, el comité de expertos consolidó todas las versiones del cuestionario y calificó la adaptación final, a través de un cuestionario cuantitativo sobre 5 puntos, las puntuaciones de los 3 expertos tuvieron un promedio de 4,9 sobre 5 concordando los 3 que se debía cambiar un término en el cuestionario (Osteópata), esta calificación indica que el cuestionario tiene una validez alta y muy alta, tomando en cuenta la observación de los expertos, se obtuvo el cuestionario pre final que fue aplicado como prueba piloto a dos grupos de pacientes en dos momentos.

- La confiabilidad del cuestionario, por ser un instrumento de preguntas abiertas, y variables netamente cualitativas, se lo realizó a través del test y Retest, que necesito de la aplicación de una prueba de campo a 40 personas divididas en dos grupos, a los que se les aplicó el cuestionario, el grupo 1 de 20 pacientes, la primera aplicación fue autoadministrada, y la segunda fue administrada por el investigador en un intervalo de 1 a 5 días ; el segundo grupo de 20 pacientes se lo realizó de la misma forma, pero aquí la aplicación del cuestionario tanto en la primera como en la segunda ocasión fue autoadministrada. En el primer grupo de aplicación existieron mayores diferencias en las respuestas con un porcentaje de similitud del 91%; mientras que en el grupo dos las respuestas fueron muy similares con un porcentaje de similitud del 95%, lo que se atribuye a que los pacientes tuvieron problemas de comprensión o temor al responder al ser administrados verbalmente el cuestionario; de acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que el instrumento es confiable ya que los datos obtenidos en el objeto de estudio en dos periodos diferentes fueron muy similares.

4.2 Recomendaciones

- Se recomienda aplicar en una población mucho mayor la prueba de campo para que su confiabilidad aumente.
- Es importante la elección de profesionales con experiencia en la validación de ítems, de cuestionario.
- Se debe impulsar la investigación, en cuanto a la adaptación y validación de cuestionarios en nuestro contexto, ya que en español latino son muy poco los cuestionarios validados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

Boissonnault WC, Koopmeiners MB. Medical History Profile: Orthopaedic Physical Therapy Outpatients. . [En línea] 2013. (1)

Cruz-Díaz D, Hita-Contreras F, Lomas-Vega R, Osuna-Pérez MC, Martínez-Amat A. Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Cumberland Ankle Instability Tool (CAIT): An instrument to assess unilateral chronic ankle instability. . [En línea] 2013. (6)

Discomfort M, Cmdq Q, Enrique E., CORNELL MUSCULOSKELETAL DISCOMFORT QUESTIONNAIRES (CMDQ) Spanish adaptation and validation of Cornell musculoskeletal discomfort questionnaire (CDMQ). . [En línea] 2015. (7)

Espinosa-Cuervo G, Guillermin F, Rat AC, Duarte-Salazar C, Alemán-Hernández SI, Vergara-Álvarez Y, et al. Transculturización y validación al español del Cuestionario específico de artrosis de miembros inferiores y calidad de vida AMICAL: Arthrose des Membres Inférieurs et Qualité de vie AMIQUAL. . [En línea] 2014. (4)

Melikoglu MA, Kocabas H, Sezer I, Bilgilişoy M, Tuncer T. Validation of the Turkish version of the Quebec back pain disability scale for patients with low back pain. . [En línea] 2009. (5)

Rosemann T, Körner T, Wensing M, Schneider A, Szecsenyi J. Evaluation and cultural adaptation of a German version of the AIMS2-SF questionnaire (German AIMS2-SF). . [En línea] 2005. (3)

Temiz Karadag D, Karakas F, Tekeoglu S, Yazici A, Isik OO, Cefle A. Validation of Turkish version of the Scleroderma Health Assessment Questionnaire. . [En línea] 2019. (2)

LINKOGRAFÍA

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB, Borsa JC, Wamser GH, et al. Original Report Life Habits in Myotonic Dystrophy Type 1. . [En línea] <http://dx.doi.org/10.1016/j.rboe.2014.03.011>. (9)

Galiano, Silvia Parra. Propuesta metodológica para la revisión de traducciones: principios generales y parámetros;. [En línea] https://www.9h05.com/wa_files/Propuesta_20metodol_C3_B3gica_20para_20la_20revisión_20de_20traducciones.pdf . (8)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UTA

SCOPUS:

Boissonnault, W. G., & Koopmeiners, M. B. (1994). Medical history profile: Orthopaedic physical therapy outpatients. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 20(1), 2–10. <https://doi.org/10.2519/jospt.1994.20.1.2> (1)

Cruz-Díaz, D., Hita-Contreras, F., Lomas-Vega, R., Osuna-Pérez, M. C., & Martínez-Amat, A. (2013). Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Cumberland Ankle Instability Tool (CAIT): An instrument to assess unilateral chronic ankle instability. *Clinical Rheumatology*, 32(1), 91–98. <https://doi.org/10.1007/s10067-012-2095-0> (6)

Temiz Karadag, D., Karakas, F., Tekeoglu, S., Yazici, A., Isik, O. O., & Cefle, A. (2019). Validation of Turkish version of the Scleroderma Health Assessment Questionnaire. *Clinical Rheumatology*, 38(7), 1917–1923. <https://doi.org/10.1001/s10067-019-04494-5> (2)

SCIENCE DIRECT:

Espinosa-Cuervo G, Guillermin F, Rat AC, Duarte-Salazar C, Alemán-Hernández SI, Vergara-Álvarez Y, et al. Transculturización y validación al español del Cuestionario específico de artrosis de miembros inferiores y calidad de vida

AMICAL: Arthrose des Membres Inférieurs et Qualité de vie AMIQUAL. Reumatol Clin. 2014;10(4):241–7. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2013.07.008> (4)

BVS Biblioteca Virtual en Salud

Rosemann T, Körner T, Wensing M, Schneider A, Szecsenyi J. Evaluation and cultural adaptation of a German version of the AIMS2-SF questionnaire (German AIMS2-SF). | Rheumatology (Oxford);44(9): 1190-5, 2005 Sep. | MEDLINE | Portal de Búsqueda de la BVS Ecuador <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsecuador/resource/es/mdl-15972355> (3)

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario original

1. A. During the past 3 months have you been seen by: (Circle YES or NO for each item)		
a. Medical doctor (MD)	YES	NO
b. Osteopath	YES	NO
c. Dentist	YES	NO
d. Psychiatrist/Psychologist	YES	NO
B. If you have been seen by any of the above during the past 3 months, please describe for what reason (illness, medical condition, physical, etc.):		
2. Have you EVER been diagnosed as having any of the following conditions? (Circle YES or NO for each item)		
A. Cancer	YES	NO
If YES, describe what kind: _____		
B. Heart attack	YES	NO
C. High blood pressure	YES	NO
D. Asthma	YES	NO
E. Emphysema	YES	NO
F. Chemical dependency (ie., alcoholism)	YES	NO
G. Thyroid problems	YES	NO
H. Diabetes	YES	NO
I. Multiple sclerosis	YES	NO
J. Rheumatoid arthritis	YES	NO
K. Other arthritic conditions	YES	NO
L. Depression	YES	NO
M. Hepatitis	YES	NO
N. Tuberculosis	YES	NO
O. Stroke	YES	NO
P. Kidney disease	YES	NO
Q. Anemia	YES	NO
R. Epilepsy	YES	NO
3. Has anyone in your immediate family (parents, brothers, sisters) ever been treated for any of the following? (Circle YES or NO for each item)		
A. Diabetes	YES	NO
B. Tuberculosis	YES	NO
C. Heart disease	YES	NO
D. High blood pressure	YES	NO
E. Stroke	YES	NO
F. Kidney disease	YES	NO
G. Cancer	YES	NO
H. Arthritis	YES	NO
I. Anemia	YES	NO
J. Headaches	YES	NO
K. Epilepsy	YES	NO
L. Mental illness	YES	NO
M. Alcoholism (chemical dependency)	YES	NO

4. Which of the following OVER-THE-COUNTER medications have you taken in the last week? (Circle YES or NO for each item)

- | | | |
|---------------------------------|-----|----|
| A. Aspirin | YES | NO |
| B. Tylenol | YES | NO |
| C. Advil/Motrin/Ibuprofen | YES | NO |
| D. Laxatives | YES | NO |
| E. Decongestants | YES | NO |
| F. Antihistamines | YES | NO |
| G. Antacids | YES | NO |
| H. Vitamins/mineral supplements | YES | NO |

5. Please list any PRESCRIPTION medication you are currently taking (INCLUDING pills, injections, and/or skin patches):

6. How much caffeinated coffee or other caffeine-containing beverages do you drink?

Bottles/can/cups per day: _____

7. A. Do you smoke cigarettes? YES NO

B. If YES, how many packs do you smoke a day? (Check ✓ your answer)

0-½ _____

½-1 _____

1-1 ½ _____

1 ½-2 _____

More than 2 _____

8. A. How many days per week do you drink alcohol? (Check ✓ your answer)

0-1 days _____ 4 days _____

1 day _____ 5 days _____

2 days _____ 6 days _____

3 days _____ 7 days _____

B. How much do you drink at an average sitting?

(One drink = 1 beer

= 1 glass of wine

= 1 shot of hard liquor)

Number of drinks per sitting? _____

9. A. Do you use marijuana? YES NO

B. If YES, how many days per week do you use marijuana? (Check ✓ your answer)

0-1 days _____ 4 days _____

1 day _____ 5 days _____

2 days _____ 6 days _____

3 days _____ 7 days _____

10. A. Do you use drugs such as cocaine, crack, acid, etc.? YES NO

B. If YES, how many days per week do you use them? (Check ✓ your answer)

0-1 days _____ 4 days _____

1 day _____ 5 days _____

2 days _____ 6 days _____

3 days _____ 7 days _____

11. Age: _____

12. Sex: Male Female

THANK YOU VERY MUCH FOR COMPLETING THIS SURVEY!

Anexo 2. Ficha metodológica para la revisión de traducciones

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA TERAPIA FÍSICA**

**FICHA METODOLÓGICA PARA LA REVISIÓN DE TRADUCCIONES, POR UN
MEDIADOR**

Tema: “VALIDACIÓN EN ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO PERFIL MÉDICO DEL PACIENTE ORTOPÉDICO (MEDICAL HISTORY PROFILE OF ORTHOPAEDIC PATIENTS QUESTIONNAIRE)”

Objetivo: Validar al español el cuestionario (Medical History Profile of Orthopaedic Patients), para la detección oportuna de los factores de riesgo que pueden influir en la intervención fisioterapéutica.

Autor: Rodríguez Molina, Oscar Valentino

Escala: La escala de puntuación para valorar el instrumento se estructuró en base a las recomendaciones de Likert donde se presenta valoraciones de: 1 (Muy Bajo), 2 (Bajo), 3 (Medio), 4 (Alto), 5 (Muy Alto).

Instrucciones: Valore las preguntas en una escala de 1 a 5 grados, según corresponda a su apreciación, para cada una de los parámetros de todas los aspectos de la traducción.

Aspectos	Parámetros	Valoración					Observaciones
		1	2	3	4	5	
1. Contenido	Lógica					✓	
	Datos					✓	
2. Lingüísticos	Lenguaje especializado					✓	
	Adaptación al destinatario					✓	
3. Funcionales	Exactitud					✓	
	Integridad					✓	
4. De la presentación de la traducción	Maquetación ortotipografía					✓	

Nombres y Apellidos del Medidor: Dr. Wilfredo Washington Castillo Castillo

Firma: [Firma manuscrita] Fecha: Ambato 05-junio-2019



Anexo 3. Ficha de validación de expertos

Calificador 1

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA EL COMITÉ DE EXPERTOS

1. Objetivo de la validación:

Confirmar y validar los ítems y la estructura del cuestionario adaptado "Perfil de historia clínica de pacientes ortopédicos dentro del estudio denominado **"VALIDACIÓN EN ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO PERFIL MÉDICO DEL PACIENTE ORTOPÉDICO (MEDICAL HISTORY PROFILE OF ORTHOPAEDIC PATIENTS QUESTIONNAIRE)"**.

2. Descripción:

Se estructuró un cuestionario que contiene 12 preguntas distribuidas en 5 dimensiones, de análisis en relación a los aspectos generales del cuestionario, formato del ítem, gramática y redacción, y cultura, sugeridos por Muñiz (2013); que facilitarían la validación para el comité de expertos. El cuestionario adaptado del **MEDICAL HISTORY PROFILE OF ORTHOPAEDIC PATIENTS QUESTIONNAIRE**, pretende la recolección de información del paciente que permitiría el desarrollo de un perfil de la historia médica de los pacientes ambulatorios ortopédicos, atendidos en el ambiente privado de la fisioterapia; la versión original fue desarrollada por Boissonnault, W., y Koopmeiners, M., en el año 1994.

3. Método de validación individual:

Cada experto que conforma el comité, debe responder al cuestionario y proporcionar una valoración de forma individual; de encontrarse valoraciones menores o iguales a 4, el experto deberá mencionar en el apartado de observaciones, las sugerencias para mejorar el ítem, o cualquier dimensión del cuestionario.

4. Escala:

La escala de puntuación para valorar el instrumento se estructuró en base a las recomendaciones de Likert donde se presenta valoraciones de: 1 (Muy Bajo), 2 (Bajo), 3 (Medio), 4 (Alto), 5 (Muy Alto).

5. Instrucciones:

Valore las preguntas en una escala de 1 a 5 grados, según corresponda a su apreciación, las características del cuestionario adaptado con relación al cuestionario original.

6. Cuestionario

N°	Dimensiones	Preguntas	Valoración				
			1	2	3	4	5
1	Generales	1. ¿En relación al cuestionario cree que pueda ser autoadministrado?					✓
		2. ¿Los ítems tiene el mismo significado o muy parecido en los dos idiomas?					✓
		3. ¿El tipo de lenguaje de los ítems son comparables al del idioma original?					✓
2	Formato del ítem	4. ¿El formato de los ítems, incluyendo aspecto físico, es el mismo en los dos idiomas?					✓
		5. ¿La longitud del enunciado y de las alternativas de respuesta, tiene la misma longitud en ambas versiones?					✓
		6. ¿La tarea a realizar por la persona evaluada son similares en las dos versiones?					✓
3	Gramática y redacción	7. ¿No hay ninguna modificación en la estructura gramatical o ubicación de las oraciones o el orden de las palabras que altere la versión?					✓
		8. ¿No existen palabras en los ítems de la versión adaptada que contengan tengan diferente equivalente en la versión original?					✓
		9. ¿Las palabras y frases de la versión adaptada transmiten la misma idea que la versión original?					✓
4	Puntajes	10. ¿No existen cambios en la puntuación de la versión adaptada que modifique los resultados que se pueden obtener en relación a la versión original?					✓
5	Cultural	11. ¿Los términos utilizados en los ítems de la versión original han sido adaptados de forma adecuada al contexto cultural de la población a la que será aplicado?				✓	
		12. ¿El concepto o constructo de los ítems, tiene el mismo significado en las dos versiones?					✓

Observaciones:

1. A. B. Obkopala. Cambiar con otro especialista. Ejemplo: Traumatólogo

3. H. Artilis. Definir el tipo de Artilis o conservar el mismo término

Elaborado por Oscar Rodríguez (2019)

Fecha: 12-06-2019

Firma del experto.....

Calificador 2

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA EL COMITÉ DE EXPERTOS

1. Objetivo de la validación:

Confirmar y validar los ítems y la estructura del cuestionario adaptado "Perfil de historia clínica de pacientes ortopédicos dentro del estudio denominado **"VALIDACIÓN EN ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO PERFIL MÉDICO DEL PACIENTE ORTOPÉDICO (MEDICAL HISTORY PROFILE OF ORTHOPAEDIC PATIENTS QUESTIONNAIRE)"**.

2. Descripción:

Se estructuró un cuestionario que contiene 12 preguntas distribuidas en 5 dimensiones, de análisis en relación a los aspectos generales del cuestionario, formato del ítem, gramática y redacción, y cultura, sugeridos por Muñiz (2013); que facilitarían la validación para el comité de expertos. El cuestionario adaptado del MEDICAL HISTORY PROFILE OF ORTHOPAEDIC PATIENTS QUESTIONNAIRE, pretende la recolección de información del paciente que permitiría el desarrollo de un perfil de la historia médica de los pacientes ambulatorios ortopédicos, atendidos en el ambiente privado de la fisioterapia; la versión original fue desarrollada por Boissonault, W., y Koopmeiners, M., en el año 1994.

3. Método de validación individual:

Cada experto que conforma el comité, debe responder al cuestionario y proporcionar una valoración de forma individual; de encontrarse valoraciones menores o iguales a 4, el experto deberá mencionar en el apartado de observaciones, las sugerencias para mejorar el ítem, o cualquier dimensión del cuestionario.

4. Escala:

La escala de puntuación para valorar el instrumento se estructuró en base a las recomendaciones de Likert donde se presenta valoraciones de: 1 (Muy Bajo), 2 (Bajo), 3 (Medio), 4 (Alto), 5 (Muy Alto).

5. Instrucciones:

Valore las preguntas en una escala de 1 a 5 grados, según corresponda a su apreciación, las características del cuestionario adaptado con relación al cuestionario original.

6. Cuestionario

N°	Dimensiones	Preguntas	Valoración				
			1	2	3	4	5
1	Generales	1. ¿En relación al cuestionario cree que pueda ser autoadministrado?					✓
		2. ¿Los ítems tienen el mismo significado o muy parecido en los dos idiomas?					✓
		3. ¿El tipo de lenguaje de los ítems son comparables al del idioma original?					✓
2	Formato del ítem	4. ¿El formato de los ítems, incluyendo aspecto físico, es el mismo en los dos idiomas?					✓
		5. ¿La longitud del enunciado y de las alternativas de respuesta, tiene la misma longitud en ambas versiones?					✓
		6. ¿La tarea a realizar por la persona evaluada son similares en las dos versiones?					✓
3	Gramática y redacción	7. ¿No hay ninguna modificación en la estructura gramatical o ubicación de las oraciones o el orden de las palabras que altere la versión?					✓
		8. ¿No existen palabras en los ítems de la versión adaptada que contengan tengan diferente equivalente en la versión original?					✓
		9. ¿Las palabras y frases de la versión adaptada transmiten la misma idea que la versión original?					✓
4	Puntajes	10. ¿No existen cambios en la puntuación de la versión adaptada que modifique los resultados que se pueden obtener en relación a la versión original?					✓
5	Cultural	11. ¿Los términos utilizados en los ítems de la versión original han sido adaptados de forma adecuada al contexto cultural de la población a la que será aplicado?				✓	
		12. ¿El concepto o constructo de los ítems, tiene el mismo significado en las dos versiones?					✓

Observaciones:

1. A-b. Osteópata : debería decir: traumatólogo
reumatólogo
2. K otras condiciones articulares:
podría ser: en enfermedades articulares
3. H. artritis : definir artritis reumatoidea
o sólo inflamación articular que genera
Seo de otra enfermedad.

Elaborado por: Oscar Rodríguez (2019)

Fecha: 10-06-19

Firma del experto: _____

DR. LORENA GILLESPO ZUÑIGA
Especialista en Reumatología
0002286262

Calificador 3

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA EL COMITÉ DE EXPERTOS

1. Objetivo de la validación:

Confirmar y validar los ítems y la estructura del cuestionario adaptado "Perfil de historia clínica de pacientes ortopédicos dentro del estudio denominado **"VALIDACIÓN EN ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO PERFIL MÉDICO DEL PACIENTE ORTOPÉDICO (MEDICAL HISTORY PROFILE OF ORTHOPAEDIC PATIENTS QUESTIONNAIRE)"**.

2. Descripción:

Se estructuró un cuestionario que contiene 12 preguntas distribuidas en 5 dimensiones, de análisis en relación a los aspectos generales del cuestionario, formato del ítem, gramática y redacción, y cultura, sugeridos por Muñiz (2013), que facilitarían la validación para el comité de expertos. El cuestionario adaptado del MEDICAL HISTORY PROFILE OF ORTHOPAEDIC PATIENTS QUESTIONNAIRE, pretende la recolección de información del paciente que permitiría el desarrollo de un perfil de la historia médica de los pacientes ambulatorios ortopédicos, atendidos en el ambiente privado de la fisioterapia; la versión original fue desarrollada por Boissonnault, W., y Koopmeiners, M., en el año 1994.

3. Método de validación individual:

Cada experto que conforma el comité, debe responder al cuestionario y proporcionar una valoración de forma individual; de encontrarse valoraciones menores o iguales a 4, el experto deberá mencionar en el apartado de observaciones, las sugerencias para mejorar el ítem, o cualquier dimensión del cuestionario.

4. Escala:

La escala de puntuación para valorar el instrumento se estructuró en base a las recomendaciones de Likert donde se presenta valoraciones de: 1 (Muy Bajo), 2 (Bajo), 3 (Medio), 4 (Alto), 5 (Muy Alto).

5. Instrucciones:

Valore las preguntas en una escala de 1 a 5 grados, según corresponda a su apreciación, las características del cuestionario adaptado con relación al cuestionario original.

6. Cuestionario

N°	Dimensiones	Preguntas	Valoración				
			1	2	3	4	5
1	Generales	1. ¿En relación al cuestionario cree que pueda ser autoadministrado?					✓
		2. ¿Los ítems tiene el mismo significado o muy parecido en los dos idiomas?					✓
		3. ¿El tipo de lenguaje de los ítems son comparables al del idioma original?					✓
2	Formato del ítem	4. ¿El formato de los ítems, incluyendo aspecto físico, es el mismo en los dos idiomas?					✓
		5. ¿La longitud del enunciado y de las alternativas de respuesta, tiene la misma longitud en ambas versiones?					✓
		6. ¿La tarea a realizar por la persona evaluada son similares en las dos versiones?					✓
3	Gramática y redacción	7. ¿No hay ninguna modificación en la estructura gramatical o ubicación de las oraciones o el orden de las palabras que altere la versión?					✓
		8. ¿No existen palabras en los ítems de la versión adaptada que comiencen tengan diferente equivalente en la versión original?					✓
		9. ¿Las palabras y frases de la versión adaptada transmiten la misma idea que la versión original?					✓
4	Puntajes	10. ¿No existen cambios en la puntuación de la versión adaptada que modifique los resultados que se pueden obtener en relación a la versión original?					✓
5	Cultural	11. ¿Los términos utilizados en los ítems de la versión original han sido adaptados de forma adecuada al contenido cultural de la población a la que será aplicado?				✓	
		12. ¿El concepto o constructo de los ítems, tiene el mismo significado en las dos versiones?					✓

Observaciones: *S.A.D. El especialista "OSTEOPATO", no es muy conocido en nuestro medio, con recomendación de realizar cambios o reemplazarlos por "TRUMBOTOLOGO"*

Elaborado por Oscar Rodriguez (2019)

Fecha: 13 - JUNIO / 13

Firma del experto: *Verónica Cab*

REPORTE ESCRITO PRIMER TRADUCTOR

Anexo 4. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA TERAPIA FÍSICA



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PACIENTES

Esta investigación persigue la obtención clara y confiable de datos que permitan documentar en el tema: “Validación en español del cuestionario perfil médico del paciente ortopédico (Medical history profile of orthopaedic patients questionnaire)”. Está dirigido a todo paciente que presente dolor físico.

La información recolectada arrojará datos de línea base para desarrollar proyectos de investigación e innovación que podrán ser ejecutados a futuro por profesionales de la fisioterapia. Por esta razón, se le invita a participar en esta investigación ya que se requiere de su consentimiento, el cual contribuirá al éxito de esta investigación.

Esta investigación incluye un cuestionario autoadministrado, en la que usted nos brindara información sobre sus antecedentes personales, familiares y consumo de medicamentos o sustancias. Al participar en esta investigación, puede que obtenga o no un beneficio personal, pero es importante y beneficioso para dicha investigación su participación ya que aportara información valiosa, pudiendo de ser de beneficio para la futura atención en el área de Fisioterapia y Rehabilitación.

Al participar en esta investigación usted no se expone a ningún riesgo de tipo físico y/o laboral. Usted puede elegir si desea ser parte o no de esta investigación, así como puede interrumpir su participación en cualquier momento, siendo respetada su elección.

Si tiene alguna duda sobre la investigación puede comunicarse con Oscar Rodríguez al email oscarodri1992@gmail.com o al teléfono 0995383750, o a la MSc. Verónica Cobo Sevilla, docente investigadora de la Facultad de Ciencias de la Salud y

responsable de la presente investigación al email vdlacobo@uta.edu.ec o al teléfono 0996441319.

Firma: _____

C.I.: _____

Teléfono: _____

Anexo 5. Traducción 1 (T1)

1. **A.** Durante los últimos 3 meses ¿ha sido usted atendido por? (Encierre SÍ o NO para cada ítem).

a. Médico	SÍ	NO
b. Osteópata	SÍ	NO
c. Dentista	SÍ	NO
d. Psiquiatra/Psicólogo	SÍ	NO

A. Si ha sido atendido por alguno de los profesionales que anteceden durante los 3 últimos meses, por favor describa por qué razón (enfermedad, condición médica, física, etc.):

2. ¿Ha sido ALGUNA VEZ diagnosticado con alguna de las siguiente condiciones? (Encierre SÍ o NO para cada ítem).



A. Cáncer	SÍ	NO
En caso afirmativo, describa de qué tipo _____		
B. Ataque cardiaco	SÍ	NO
C. Presión sanguínea elevada	SÍ	NO
D. Asma	SÍ	NO
E. Enfisema	SÍ	NO
F. Dependencia a químicos (ej., alcoholismo).	SÍ	NO
G. Problemas de tiroides	SÍ	NO
H. Diabetes	SÍ	NO
I. Esclerosis múltiple	SÍ	NO
J. Artritis reumatoidea	SÍ	NO
K. Otras condiciones artríticas	SÍ	NO
L. Depresión	SÍ	NO
M. Hepatitis	SÍ	NO
N. Tuberculosis	SÍ	NO
O. Accidente cerebrovascular	SÍ	NO
P. Enfermedad renal	SÍ	NO
Q. Anemia	SÍ	NO
R. Epilepsia	SÍ	NO

3. ¿Alguien en su familia cercana (padres, hermanos, hermanas) ha sido tratado alguna vez por alguno de los siguientes? (Encierre SÍ o NO para cada ítem).

A. Diabetes	SÍ	NO
B. Tuberculosis	SÍ	NO
C. Enfermedad cardíaca	SÍ	NO
D. Presión sanguínea elevada	SÍ	NO
E. Accidente cerebrovascular	SÍ	NO
F. Enfermedad renal	SÍ	NO
G. Cáncer	SÍ	NO
H. Artritis	SÍ	NO
I. Anemia	SÍ	NO
J. Dolores de cabeza	SÍ	NO
K. Epilepsia	SÍ	NO
L. Enfermedad mental	SÍ	NO
M. Alcoholismo (dependencia a químicos)	SÍ	NO

4. ¿Cuál de siguientes medicinas de VENTA LIBRE ha tomado en la última semana? (Encierre SÍ o NO para cada ítem).

A. Aspirina	SÍ	NO
B. Acetaminofén	SÍ	NO
C. Advil/Motrin/Ibuprofeno	SÍ	NO
D. Laxativos	SÍ	NO
E. Descongestionantes	SÍ	NO
F. Antihistamínicos	SÍ	NO
G. Antiácidos	SÍ	NO
H. Vitaminas/suplementos minerales	SÍ	NO

5. Por favor, enumere cualquier medicación PRESCRITA que esté tomando actualmente (INCLUYENDO píldoras, inyecciones y/o parches para el dolor):

6. ¿Cuánto café u otra(s) bebida(s) que contenga(n) cafeína toma?

Botellas/lata/tazas por día: _____

7. A. ¿Usted fuma? SÍ NO

B. En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes fuma al día? (Seleccione su respuesta con un visto ✓)

0 - ½ _____

1/2 - 1 _____

1 - 1 ½ _____

1 ½ - 2 _____

Más de 2 _____

8. A. ¿Cuántos días a la semana toma usted alcohol? (Seleccione su respuesta con un visto)

0 - 1 días _____ 4 días _____

1 día _____ 5 días _____

2 días _____ 6 días _____

3 días _____ 7 días _____

B. ¿Cuánto toma por ocasión promedio?

(Una bebida = 1 cerveza

= 1 copa de vino

= 1 trago de licor fuerte)

¿Número de bebidas por ocasión? _____

9. A. ¿Usa usted marihuana? SÍ NO

B. En caso afirmativo, ¿cuántos días por semana usa usted marihuana?

(Seleccione su respuesta con un visto ✓)

0 - 1 días _____ 4 días _____

1 día _____ 5 días _____

2 días _____ 6 días _____

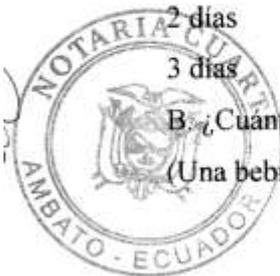
3 días _____ 7 días _____

10. A. ¿Usa usted drogas como cocaína, crack, ácido, etc.? SÍ NO

B. En caso afirmativo, ¿cuántos días a la semana las usa? (Seleccione su respuesta con un visto ✓)

0 - 1 días _____ 4 días _____

1 día _____ 5 días _____



2 días _____ 6 días _____

3 días _____ 7 días _____

11. Edad: _____

12. Sexo: Masculino _____ Femenino _____

¡Muchas gracias por completar esta encuesta!



El infrascrito, Stalyn Alejandro Ávila Herrera, Perito Traductor acreditado por la Judicatura, DECLARO:

Que esta traducción es fiel y exacta del cuestionario en idioma inglés, que me ha sido presentado.

Dado en Ambato, a 04 de junio de 2019.

Stalyn Alejandro Ávila Herrera
Perito Traductor
Calificación: 1962697
CC 1803467131



Factura: 001-002-000056921



20191801004D01017

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMAS N° 20191801004D01017

Ante mí, NOTARIO(A) MARIA PIEDAD MARTINEZ SEY de la NOTARÍA CUARTA , comparece(n) STALYN ALEJANDRO AVILA HERRERA portador(a) de CÉDULA 1803467131 de nacionalidad ECUATORIANA, mayor(es) de edad, estado civil SOLTERO(A), domiciliado(a) en AMBATO, POR SUS PROPIOS DERECHOS en calidad de TRADUCTOR(A); quien(es) declara(n) que la(s) firma(s) constante(s) en el documento que antecede , es(son) suya(s), la(s) misma(s) que usa(n) en todos sus actos públicos y privados, siendo en consecuencia auténtica(s), para constancia firma(n) conmigo en unidad de acto, de todo lo cual doy fe. La presente diligencia se realiza en ejercicio de la atribución que me confiere el numeral noveno del artículo dieciocho de la Ley Notarial -. El presente reconocimiento no se refiere al contenido del documento que antecede, sobre cuyo texto esta Notaría, no asume responsabilidad alguna. - Se archiva un original. AMBATO, a 4 DE JUNIO DEL 2019, (9:41).

STALYN ALEJANDRO AVILA HERRERA
CÉDULA: 1803467131



Ma. Piedad Martínez S.
ABOGADA MSc.
NOTARIA 4ta. AMBATO



NOTARIO(A) MARIA PIEDAD MARTINEZ SEY
NOTARIA CUARTA DEL CANTÓN AMBATO



REPÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL,
IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

CEDULA DE
CIVILIDAD
E334313213

AVILA HERRERA
STALYN ALEJANDRO
LUGAR DE NACIMIENTO
TUNGURAHUA
AMBATO
LA MERCED
FECHA DE NACIMIENTO 1993-05-15
NACIONALIDAD ECUATORIANA
SEXO M
ESTADO CIVIL SOLTERO




INSTRUCIÓN SUPERIOR
E334313213

PROFESIÓN / OCUPACIÓN
DIPLOMADO SUPERIOR

APELLIDOS Y NOMBRES DE PISO
AVILA LUIS FERNANDO

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
HERRERA NANCY PABOLA

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
AMBATO
2013-08-08

FECHA DE EXPIRACIÓN
2022-08-08




CERTIFICADO DE VOTACIÓN
24 - MARZO - 2018

0007 M
0007 - 072
1803467131

AVILA HERRERA STALYN ALEJANDRO
APELLIDOS Y NOMBRES

PROVINCIA TUNGURAHUA
CANTÓN AMBATO
CIRCONSCRIPCIÓN
PARROQUIA HUACHI LORETO




Stalyn Avila

1803467131



CERTIFICADO DIGITAL DE DATOS DE IDENTIDAD



Número único de identificación: 1803467131

Nombres del ciudadano: AVILA HERRERA STALYN ALEJANDRO

Condición del cedulado: CIUDADANO

Lugar de nacimiento: ECUADOR/TUNGURAHUA/AMBATO/LA MERCED

Fecha de nacimiento: 15 DE MAYO DE 1983

Nacionalidad: ECUATORIANA

Sexo: HOMBRE

Instrucción: SUPERIOR

Profesión: DIPLOMADO SUPERIOR

Estado Civil: SOLTERO

Cónyuge: No Registra

Fecha de Matrimonio: No Registra

Nombres del padre: AVILA LUIS FERNANDO

Nacionalidad: ECUATORIANA

Nombres de la madre: HERRERA NANCY FABIOLA

Nacionalidad: ECUATORIANA

Fecha de expedición: 8 DE AGOSTO DE 2012

Condición de donante: SI DONANTE POR LEY

Información certificada a la fecha: 4 DE JUNIO DE 2019

Emisor: VICTOR HUGO MARTINEZ CRIOLLO - TUNGURAHUA-AMBATO-NT 4 - TUNGURAHUA -
AMBATO

N° de certificado: 197-230-19785



197-230-19785

Ldo. Vicente Talano G.

Director General del Registro Civil, Identificación y Cedulación
Documento firmado electrónicamente



La institución o persona ante quien se presente este certificado deberá validarlo en <https://virtual.registrocivil.gob.ec>, conforme a la LDCIDAC Art. 4, numeral 1 y a la LCE.
Vigencia del documento 1 validación o 1 mes desde el día de su emisión. En caso de presentar inconvenientes con este documento escriba a online@registrocivil.gob.ec



CERTIFICADO DIGITAL DE DATOS DE IDENTIDAD

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CIUDADANO

NUI: 1803467131

Nombre: AVILA HERRERA STALYN ALEJANDRO

1. Información referencial de discapacidad:

Mensaje: LA PERSONA NO REGISTRA DISCAPACIDAD

1 - La información del carné de discapacidad es consultada de manera directa al Ministerio de Salud Pública - CONADIS en caso de inconsistencias acudir a la fuente de información



Información certificada a la fecha: 4 DE JUNIO DE 2019

Emisor: VICTOR HUGO MARTINEZ CRIOLLO - TUNGURAHUA-AMBATO-NT 4 - TUNGURAHUA - AMBATO



N° de certificado: 198-230-19822



198-230-19822



Anexo 6. Traducción 2 (T2)

1. A. En el transcurso de los últimos 3 meses, ¿ha sido usted revisado por: ?

(Encierre en un círculo SI o NO para cada ítem).

a. Un médico	SI	NO
b. Osteópata	SI	NO
c. Dentista	SI	NO
d. Psiquiatra /Psicólogo	SI	NO

B. Si le ha revisado alguno de los anteriores en el transcurso de los 3 últimos meses favor describa la razón (enfermedad, condición médica, física, etc.):



2. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones?

(Encierre con un círculo SI o NO para cada ítem).

A. Cáncer	SI	NO
En caso de indicar SI, describa de qué tipo _____		
B. Ataque cardíaco	SI	NO
C. Presión arterial alta	SI	NO
D. Asma	SI	NO
E. Enfisema	SI	NO
F. Dependencia química (por ejemplo; alcoholismo).	SI	NO
G. Problemas de tiroides	SI	NO
H. Diabetes	SI	NO
I. Esclerosis múltiple	SI	NO
J. Artritis reumatoidea	SI	NO
K. Otras condiciones artríticas	SI	NO
L. Depresión	SI	NO
M. Hepatitis	SI	NO
N. Tuberculosis	SI	NO
O. Infarto	SI	NO
P. Insuficiencia renal	SI	NO
Q. Anemia	SI	NO
R. Epilepsia	SI	NO

Traducido por: **MARÍA DANIELA HOLGUÍN BARRERA**
M.A TEFL C.C. 1802810893

3. ¿Alguna vez ha sido alguno de sus familiares inmediatos (padres, hermanos) tratado de alguna de las siguientes?

(Encierre con un círculo SI o NO para cada ítem).

A. Diabetes	SI	NO
B. Tuberculosis	SI	NO
C. Cardiopatía	SI	NO
D. Presión Arterial Alta	SI	NO
E. Infarto	SI	NO
F. Insuficiencia Renal	SI	NO
G. Cáncer	SI	NO
H. Artritis	SI	NO
I. Anemia	SI	NO
J. Dolores de cabeza	SI	NO
K. Epilepsia	SI	NO
L. Enfermedad mental	SI	NO
M. Alcoholismo (dependencia química)	SI	NO



4. ¿Cuál de las siguientes medicinas DE VENTA LIBRE ha ingerido en la última semana?

(Encierre con un círculo SI o NO para cada ítem).

A. Aspirina	SI	NO
B. Tilenol	SI	NO
C. Advil/Motrin/Ibuprofeno	SI	NO
D. Laxantes	SI	NO
E. Descongestionantes	SI	NO
F. Antiestamínicos	SI	NO
G. Antiácidos	SI	NO
H. Vitaminas/suplementos minerales	SI	NO

5. Por favor enliste cualquier RECETA médica que esté actualmente tomando

(INCLUYENDO pastillas, inyecciones, y/o parches dérmicos):

Traducido por: MARÍA DANIELA HOLGUÍN BARRERA
M.A TEFL C.C. 1802810893

6. ¿Cuánta cantidad de café (con cafeína), o bebidas que contengan cafeína, bebe usted?
Botellas/latas/tazas por día: _____

7. A. ¿Fuma cigarrillos? SI NO
B. Si indicó que SÍ, ¿cuántas cajetillas fuma por día? (Indique con \checkmark su respuesta)
0 - ½ _____
½ - 1 _____
1 - 1 ½ _____
1 ½ - 2 _____
Más de 2 _____



8. A. ¿Cuántos días por semana ingiere bebidas alcohólicas? (Indique con \checkmark su respuesta)
0 - 1 días _____ 4 días _____
1 día _____ 5 días _____
2 días _____ 6 días _____
3 días _____ 7 días _____

B: En promedio, ¿Cuánto bebe de una sentada?

(Una bebida = 1 cerveza

= 1 copa de vino

= 1 trago de licor fuerte)

Número de bebidas consumidas de una sentada _____

9. A. ¿Consume marihuana? SI NO
B. Si su respuesta es SÍ, ¿cuántas veces por semana consume marihuana?
(Indique con \checkmark su respuesta)

0 - 1 días _____ 4 días _____
1 día _____ 5 días _____
2 días _____ 6 días _____
3 días _____ 7 días _____

10. A. ¿Consume drogas como cocaína, crack, ácido, etc.? SI NO
B. Si su respuesta es SÍ, ¿cuántas veces por semana las consume?
(Indique con \checkmark su respuesta)

0 - 1 días _____ 4 días _____
1 día _____ 5 días _____
2 días _____ 6 días _____

Traducido por: MARÍA DANIELA HOLGUÍN BARRERA
M.A TEFL C.C. 1802810893

3 días _____

7 días _____

11. Edad: _____

12. Sexo: Masculino _____ Femenino _____

¡MUCHAS GRACIAS POR COMPLETAR ESTA ENCUESTA!



raducido por: MARÍA DANIELA HOLGUÍN BARRERA
M.A TEFL C.C. 1802810893

REPÚBLICA DEL ECUADOR
COMISIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL
IDENTIFICACIÓN Y CENSILACIÓN

CÉDULA DE CIUDADANÍA
N. 180281089-3

APellidos y Nombres: **HOLGUIN BARRERA MARIA DANIELA**
Lugar de Nacimiento: **TUNGURAHUA**
Ambato
LA MATRIZ
Fecha de Nacimiento: **1977-10-03**
Nacionalidad: **ECUATORIANA**
Sexo: **MUJER**
Estado Civil: **CASADO**
ALEX J. TRUJILLO AVILES




ESTRUCTURA PROFESIONAL OCUPACION
SUPERIOR **MAESTRO** E33451242

APellidos y Nombres del Padre: **HOLGUIN MARIO GUSTAVO**
Apellidos y Nombres de la Madre: **BARRERA MARIA DEL PILAR**
Lugar y Fecha de Expedición: **AMBATO**
2016-09-16
Fecha de Expiración: **2026-09-16**





CERTIFICADO DE VOTACIÓN
24 - MARZO - 2019

0019 F 0019 - 162 180281089-3

HOLGUIN BARRERA MARIA DANIELA
APellidos y Nombres

PROVINCIA: **TUNGURAHUA**
CANTÓN: **AMBATO**
CIRCUNSCRIPCIÓN: **LA MATRIZ**
ZONA: **1**





ELECCIONES SECCIONALES Y CPCCS
2019

CIUDADANA/O:
ESTE DOCUMENTO ACREDITA QUE USTED SUFRAGÓ EN EL PROCESO ELECTORAL 2019

[Signature]
F. PRESIDENTA/E DE LA JRV

[Signature] 



Factura: 001-002-000057362



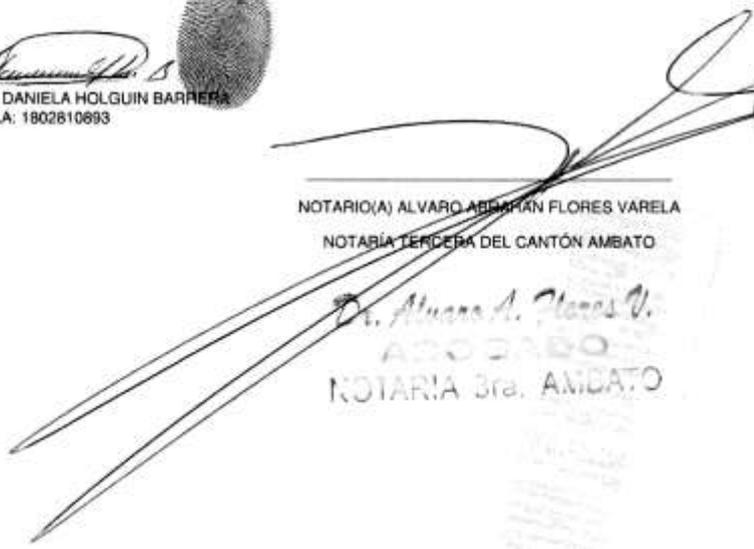
20191801003D01070

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMAS N° 20191801003D01070

Ante mí, NOTARIO(A) ALVARO ABRAHAN FLORES VARELA de la NOTARÍA TERCERA , comparece(n) MARIA DANIELA HOLGUIN BARRERA portador(a) de CÉDULA 1802810893 de nacionalidad ECUATORIANA, mayor(es) de edad, estado civil CASADO(A), domiciliado(a) en AMBATO, POR SUS PROPIOS DERECHOS en calidad de COMPARECIENTE; quien(es) declara(n) que la(s) firma(s) constante(s) en el documento que antecede , es(son) suya(s), la(s) misma(s) que usa(n) en todos sus actos públicos y privados, siendo en consecuencia auténtica(s), TRADUCCION DE UN CUESTIONARIO para constancia firma(n) conmigo en unidad de acto, de todo lo cual doy fe. La presente diligencia se realiza en ejercicio de la atribución que me confiere el numeral noveno del artículo dieciocho de la Ley Notarial -. El presente reconocimiento no se refiere al contenido del documento que antecede, sobre cuyo texto esta Notaria, no asume responsabilidad alguna. – Se archiva un original. AMBATO, a 4 DE JUNIO DEL 2019, (11:29).


MARIA DANIELA HOLGUIN BARRERA
CÉDULA: 1802810893




NOTARIO(A) ALVARO ABRAHAN FLORES VARELA
NOTARÍA TERCERA DEL CANTÓN AMBATO
Dr. Alvaro A. Flores V.
ASOCIADO
NOTARIA Bra. AMBATO



CERTIFICADO DIGITAL DE DATOS DE IDENTIDAD

Número único de identificación: 1802810893

Nombres del ciudadano: HOLGUIN BARRERA MARIA DANIELA



Condición del cedulado: CIUDADANO

Lugar de nacimiento: ECUADOR/TUNGURAHUA/AMBATO/EL MARIZ

Fecha de nacimiento: 3 DE OCTUBRE DE 1977

Nacionalidad: ECUATORIANA



Sexo: MUJER

Instrucción: SUPERIOR

Profesión: MÁSTER

Estado Civil: CASADO

Cónyuge: TRUJILLO AVILES ALEX J

Fecha de Matrimonio: 18 DE SEPTIEMBRE DE 2010

Nombres del padre: HOLGUIN MARIO GUSTAVO

Nacionalidad: ECUATORIANA

Nombres de la madre: BARRERA MARIA DEL PILAR

Nacionalidad: ECUATORIANA

Fecha de expedición: 16 DE SEPTIEMBRE DE 2016

Condición de donante: SI DONANTE

Información certificada a la fecha: 4 DE JUNIO DE 2019

Emisor: BENITO JAVIER FLORES VARELA - TUNGURAHUA-AMBATO-NT 3 - TUNGURAHUA -
AMBATO



Lodo, Vicente Tajano G.
Director General del Registro Civil, Identificación y Cedulación
Documento firmado electrónicamente



La institución o persona ante quien se presente este certificado deberá validarlo en: <https://virtual.registrocivil.gob.ec>, conforme a la LOGIDAC Art. 4, numeral 1 y a la LCE.
Vigencia del documento 1 validación o 1 mes desde el día de su emisión. En caso de presentar inconvenientes con este documento escriba a enlinea@registrocivil.gob.ec



CERTIFICADO DIGITAL DE DATOS DE IDENTIDAD

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CIUDADANO

NUI: 1802810893
Nombre: HOLGUIN BARRERA MARIA DANIELA

1. Información referencial de discapacidad:

Mensaje: LA PERSONA NO REGISTRA DISCAPACIDAD

1.- La información del carné de discapacidad es consultada de manera directa al Ministerio de Salud Pública - CONADIS en caso de inconsistencias acudir a la fuente de información

Información certificada a la fecha: 4 DE JUNIO DE 2019
Emisor: BENITO JAVIER FLORES VARELA - TUNGURAHUA-AMBATO-NT 3 - TUNGURAHUA - AMBATO



N° de certificado: 194-230-29998



194-230-29998

[Faint signature and text]



Anexo 7. Síntesis de traducción (T-12)

1. A. Durante los últimos 3 meses ¿ha sido usted atendido por? (Encierre SÍ o NO para cada ítem).

a. Medico	SÍ	NO
b. Osteópata	SÍ	NO
c. Dentista	SÍ	NO
d. Psiquiatra/Psicólogo	SÍ	NO

B. Si ha sido atendido por alguno de los profesionales que anteceden durante los últimos 3 meses, por favor describa por qué razón (enfermedad, condición médica, física, etc.):

2. ¿Ha sido ALGUNA VEZ diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones? (Encierre SÍ o NO para cada ítem).

A. Cáncer

	SÍ	NO
--	----	----

En caso afirmativo, describa de qué tipo _____

A. Ataque cardiaco	SÍ	NO
B. Presión arterial alta	SÍ	NO
C. Asma	SÍ	NO
D. Enfisema	SÍ	NO
E. Dependencia a químicos (ej., alcoholismo).	SÍ	NO
F. Problemas de tiroides	SÍ	NO
G. Diabetes	SÍ	NO
H. Esclerosis múltiple	SÍ	NO
I. Artritis reumatoidea	SÍ	NO
J. Otras condiciones artríticas	SÍ	NO
K. Depresión	SÍ	NO
L. Hepatitis	SÍ	NO

M. Tuberculosis	SÍ	NO
N. Accidente cerebrovascular	SÍ	NO
O. Enfermedad renal	SÍ	NO
P. Anemia	SÍ	NO
Q. Epilepsia	SÍ	NO

3. ¿Alguien en su familia cercana (padres, hermanos, hermanas) ha sido tratado alguna vez por alguno de los siguientes? (Encierre SÍ o NO para cada ítem).

A. Diabetes	SÍ	NO
B. Tuberculosis	SÍ	NO
C. Enfermedad cardíaca	SÍ	NO
D. Presión arterial alta	SÍ	NO
E. Accidente cerebrovascular	SÍ	NO
F. Enfermedad renal	SÍ	NO
G. Cáncer	SÍ	NO
H. Artritis	SÍ	NO
I. Anemia	SÍ	NO
J. Dolores de cabeza	SÍ	NO
K. Epilepsia	SÍ	NO
L. Enfermedad mental	SÍ	NO
M. Alcoholismo (dependencia a químicos)	SÍ	NO

4. ¿Cuál de siguientes medicinas de VENTA LIBRE ha tomado en la última semana? (Encierre SÍ o NO para cada ítem).

A. Aspirina	SÍ	NO
B. Acetaminofén	SÍ	NO
C. Advil/Motrin/Ibuprofeno	SÍ	NO
D. Laxantes	SÍ	NO
E. Descongestionantes	SÍ	NO
F. Antihistamínicos	SÍ	NO
G. Antiácidos	SÍ	NO
H. Vitaminas/suplementos minerales	SÍ	NO

5. Por favor, enumere cualquier medicación PRESCRITA que esté tomando actualmente (INCLUYENDO píldoras, inyecciones y/o parches para el dolor):

6. ¿Cuánto café u otra(s) bebida(s) que contenga(n) cafeína toma?

Botellas/lata/tazas por día: _____

7. A. ¿Usted fuma? SÍ NO

B. En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes fuma al día? (Seleccione su respuesta con un visto \surd)

0 - ½ _____
1/2 – 1 _____
1 – 1 ½ _____
1 ½ - 2 _____
Más de 2 _____

8. A. ¿Cuántos días a la semana toma usted alcohol? (Seleccione su respuesta con un visto)

0 – 1 días _____ 4 días _____
1 día _____ 5 días _____
2 días _____ 6 días _____
3 días _____ 7 días _____

B. ¿Cuánto toma por ocasión promedio?

(Una bebida = 1 cerveza

= 1 copa de vino

= 1 trago de licor fuerte)

¿Número de bebidas por ocasión? _____

9. A. ¿Usa usted marihuana? SÍ NO

B. En caso afirmativo, ¿cuántos días por semana usa usted marihuana?
(Seleccione su respuesta con un visto √)

0 – 1 días	_____	4 días	_____
1 día	_____	5 días	_____
2 días	_____	6 días	_____
3 días	_____	7 días	_____

10. A. ¿Usa usted drogas como cocaína, crack, ácido, etc.? SÍ NO

B. En caso afirmativo, ¿cuántos días a la semana las usa? (Seleccione su respuesta con un visto √)

0 – 1 días	_____	4 días	_____
1 día	_____	5 días	_____
2 días	_____	6 días	_____
3 días	_____	7 días	_____

11. Edad: _____

12. Sexo: Masculino _____ Femenino _____

¡MUCHAS GRACIAS POR COMPLETAR ESTA ENCUESTA!

Anexo 8. Informe del proceso de síntesis de (T-12)

Informe de Traducción

1. ANTECEDENTES

En la ciudad de Ambato el día 04 de junio de 2019, el señor Oscar Valentino Rodríguez Molina con cédula de ciudadanía N° 0920481140 solicitó la traducción del documento *Medical Survey*, como parte del proceso de validación del mencionado instrumento previo a completar su proceso de titulación en la carrera de Terapia Física de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato.

2. METODOLOGÍA

Luego de analizar el documento de manera detenida, se procedió a realizar la traducción atendiendo a:

- a. Términos específicos cuya traducción pudiera tener más de una interpretación del inglés al español.
- b. Nombres de medicamentos y/o sustancias que pudieran no tener una traducción o por su nombre comercial poseen un equivalente de uso regular en español ecuatoriano diferente al original.

3. CONCLUSIONES

El documento original, en inglés, fue traducido de tal modo que el trabajo final guarda relación tanto de forma como de fondo con la terminología médica específica, así como con las expresiones que podrían haber tenido más de una interpretación en español de uso común en Ecuador. El resultado garantiza la aplicación del cuestionario a los encuestados que participen en el proceso de recolección de información.



Stafyn Ávila Herrera
Perito Traductor
Calificación: 1962697
CC 1803467131

Anexo 9. Traducción de las copias BT1

1. A. During the last 3 months you have been visited by: (Circle YES or NO for each item).

- | | | |
|--------------------------------|-----|----|
| a. General Doctor (MD) | YES | NO |
| b. Osteopath | YES | NO |
| c. Dentist | YES | NO |
| d. Psychiatrist / Psychologist | YES | NO |

B. If you have been helped by any of the above professionals in the last 3 months please write down the motive (illness, medical condition, physical, etc.)

2. Have you EVER been diagnosed with any of the following conditions? (Circle YES or NO for each item).

- | | | |
|--|-----|----|
| A. Cancer | YES | NO |
| If yes, what type of cancer: _____ | | |
| B. Heart attack | YES | NO |
| C. High blood pressure | YES | NO |
| D. Asthma | YES | NO |
| E. Emphysema | YES | NO |
| F. Chemical dependence (e.g. alcoholism) | YES | NO |
| G. Thyroid problems | YES | NO |
| H. Diabetes | YES | NO |
| I. Multiple Sclerosis | YES | NO |
| J. Rheumatoid arthritis | YES | NO |
| K. Other arthritic conditions | YES | NO |
| L. Depression | YES | NO |
| M. Hepatitis | YES | NO |
| N. Tuberculosis | YES | NO |
| O. Cerebrovascular accident CVA (Stroke) | YES | NO |
| P. Kidney disease | YES | NO |
| Q. Anemia | YES | NO |
| R. Epilepsy | YES | NO |



Translate by Mg. Janet Bravo

3. Has any immediate family member (parents, brothers, sisters) been treated at any time for any of the following? (Circle YES or NO for each item)

- | | | |
|--|-----|----|
| A. Diabetes | YES | NO |
| B. Tuberculosis | YES | NO |
| C. Heart disease | YES | NO |
| D. High blood pressure | YES | NO |
| E. Cerebrovascular accident CVA (Stroke) | YES | NO |
| F. Kidney disease | YES | NO |
| G. Cancer | YES | NO |
| H. Arthritis | YES | NO |
| I. Anemia | YES | NO |
| J. Headaches | YES | NO |
| K. Epilepsy | YES | NO |
| L. Mental Disorders | YES | NO |
| M. Alcoholism (chemical dependency) | YES | NO |

4. Which of the following over the COUNTER MEDICATIONS have you taken in the last week? (Choose YES or NO for each item)

- | | | |
|---------------------------------|-----|----|
| A. Aspirin | YES | NO |
| B. Acetaminophen | YES | NO |
| C. Advil/Motrin/Ibuprofen | YES | NO |
| D. Laxatives | YES | NO |
| E. Decongestants | YES | NO |
| F. Antihistamines | YES | NO |
| G. Antacids | YES | NO |
| H. Vitamins/Mineral supplements | YES | NO |



5. Please list any PRESCRIPTION MEDICATION that you are currently taking (INCLUDING pills, injections or skin patches):

6. How many caffeinated beverages such as coffee or others do you drink?

Bottles / cans / cups per day: _____

Translate by Mg. Janet Bravo

7. A. Do you smoke cigarettes? YES NO

B. If yes, how many boxes per day do you smoke?(Select your answer with a check√)

0 - ½ _____

½ - 1 _____

1 - 1 ½ _____

1 ½ - 2 _____

More than 2 _____

8. A. How many days a week do you drink alcohol? (Select your answer with a check√)

0 - 1 Day _____ 4 Days _____

1 Day _____ 5 Days _____

2 Days _____ 6 Days _____

3 Days _____ 7 Days _____

B. How much do you drink in a normal outing?

(One drink = 1 beer

= 1 glass of wine

= 1 one shot of liquor)

Number of drinks per outing? _____

9. A. Do you use marihuana? YES NO

B. If yes, how many days a week do you use marihuana? (Select your answers with a check mark √)

0 - 1 Day _____ 4 Days _____

1 Day _____ 5 Days _____

2 Days _____ 6 Days _____

3 Days _____ 7 Days _____

10. A. Do you use drugs like cocaine, crack, acid, etc.? YES NO

B. If yes, how many days a week do you use? (Select your answers with a check mark √)

0 - 1 Day _____ 4 Days _____

1 Day _____ 5 Days _____

2 Days _____ 6 Days _____

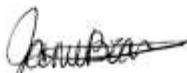
3 Days _____ 7 Days _____

11. Age: _____

12. Gender Masculine _____ Feminine _____

Thank you for completing this survey!

Translate by Mg. Janet Bravo





Factura: 001-002-000056978



20191801004D01029

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMAS N° 20191801004D01029

Ante mí, NOTARIO(A) MARIA PIEDAD MARTINEZ SEY de la NOTARÍA CUARTA , comparece(n) JANET LYNN BRAVO portador(a) de CÉDULA 1750686139 de nacionalidad ESTADOUNIDENSE, mayor(es) de edad, estado civil CASADO(A), domiciliado(a) en AMBATO, POR SUS PROPIOS DERECHOS en calidad de TRADUCTOR(A); quien(es) declara(n) que la(s) firma(s) constante(s) en el documento que antecede , es(son) suya(s), la(s) misma(s) que usa(n) en todos sus actos públicos y privados, siendo en consecuencia auténtica(s), para constancia firma(n) conmigo en unidad de acto, de todo lo cual doy fe. La presente diligencia se realiza en ejercicio de la atribución que me confiere el numeral noveno del artículo dieciocho de la Ley Notarial -. El presente reconocimiento no se refiere al contenido del documento que antecede, sobre cuyo texto esta Notaria, no asume responsabilidad alguna. – Se archiva un original. AMBATO, a 5 DE JUNIO DEL 2019, (10:21).


JANET LYNN BRAVO
CEDULA: 1750686139



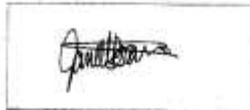
NOTARIO(A) MARIA PIEDAD MARTINEZ SEY
NOTARÍA CUARTA DEL CANTÓN AMBATO

Ma. Piedad Martínez S.
ABOGADA MSc.
NOTARIA 4ta. AMBATO



[Handwritten signature]
[Fingerprint]

CERTIFICADO DIGITAL DE DATOS DE IDENTIDAD



Número único de identificación: 1750686139

Nombres del ciudadano: BRAVO JANET LYNN

Condición del cedulado: EXTRANJERO

Lugar de nacimiento: ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Fecha de nacimiento: 26 DE JUNIO DE 1974

Nacionalidad: ESTADOUNIDENSE

Sexo: MUJER

Instrucción: SUPERIOR

Profesión: ACTIV.LUCRA.PERM.LEY

Estado Civil: CASADO

Cónyuge: BRAVO VALENCIA FREDI ROBERTO

Fecha de Matrimonio: 9 DE MARZO DE 1998

Nombres del padre: DOW EVERETT MILES

Nacionalidad: ESTADOUNIDENSE

Nombres de la madre: GATES JANET PHYLLIS

Nacionalidad: ESTADOUNIDENSE

Fecha de expedición: 9 DE FEBRERO DE 2012

Condición de donante: SI DONANTE POR LEY

Información certificada a la fecha: 5 DE JUNIO DE 2019

Emisor: VICTOR HUGO MARTINEZ CRIOLLO - TUNGURAHUA-AMBATO-NT 4 - TUNGURAHUA - AMBATO



Ldo. Vicente Taisac G.
Director General del Registro Civil, Identificación y Cedulación
Documento firmado electrónicamente



La institución o persona ante quien se presente este certificado deberá validarlo en: <https://virtual.registrocivil.gob.ec>, conforme a la LOGIDAC Art. 4, numeral 1 y a la LCE. Vigencia del documento: 1 validación o 1 mes desde el día de su emisión. En caso de presentar inconvenientes con este documento escriba a onlinea@registrocivil.gob.ec



INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CIUDADANO

NUI: 1750686139

Nombre: BRAVO JANET LYNN

1. Información referencial de discapacidad:

Mensaje: LA PERSONA NO REGISTRA DISCAPACIDAD

1.- La información del carné de discapacidad es consultada de manera directa al Ministerio de Salud Pública - CONADIS en caso de inconsistencias acudir a la fuente de información



Información certificada a la fecha: 5 DE JUNIO DE 2019

Emisor: VICTOR HUGO MARTINEZ CRDILLO - TUNGURAHUA - AMBATO - TUNGURAHUA - AMBATO



N° de certificado: 192-230-65949



192-230-65949



Anexo 10. Traducción de las copias BT2

1. A. In the last 3 months, have you been seen by a: (circle YES or NO for each item)

a. Medical doctor	YES	NO
b. Osteopath	YES	NO
c. Dentist	YES	NO
d. Psychiatrist / Psychologist	YES	NO

B. If you have been seen by any of the above in the last three months, state why this was (illness, medical condition, physical complaint, etc.)

2. Have you EVER been diagnosed with any of the following conditions? (Circle Yes or No for each item)

A. Cancer	YES	NO
If yes, state which kind	_____	_____
B. Heart Attack	YES	NO
C. High blood pressure	YES	NO
D. Asthma	YES	NO
E. Emphysema	YES	NO
F. Substance dependence (e.g. alcoholism)	YES	NO
G. Thyroid problems	YES	NO
H. Diabetes	YES	NO
Multiple sclerosis	YES	NO
J. Rheumatoid Arthritis	YES	NO
K. Other arthritic conditions	YES	NO
L. Depression	YES	NO
M. Hepatitis	YES	NO
N. Tuberculosis	YES	NO
O. Stroke	YES	NO
P. Kidney disease	YES	NO
Q. Anemia	YES	NO
R. Epilepsy	YES	NO



3. ¿Have any of your immediate family members (parents, brothers, sisters) ever been treated for any of the following? (Circle Yes or NO for each item)

A. Diabetes	YES	NO
B. Tuberculosis	YES	NO
C. Heart disease	YES	NO
D. High blood pressure	YES	NO
E. Stroke (CVA)	YES	NO
F. Kidney disease	YES	NO

Traducido por
[Signature]
 CI 1751255709
 R. Edwards

G. Cancer	YES	NO
H. Arthritis	YES	NO
I. Anemia	YES	NO
J. Headaches	YES	NO
K. Epilepsy	YES	NO
L. Mental illness	YES	NO
M. Alcoholism (substance dependency)	YES	NO

4. Which of the following OVER-THE-COUNTER medications have you taken in the last week? (Circle YES or NO for each item)

A. Aspirin	YES	NO
B. Paracetamol (acetaminophen)	YES	NO
C. Advil/Motrin/Ibuprofen	YES	NO
D. Laxatives	YES	NO
E. Cold remedies	YES	NO
F. Antihistamines	YES	NO
G. Antacids	YES	NO
H. Vitamins/ mineral supplements	YES	NO



5. Please list any PRESCRIPTION that you are currently taking (INCLUDING pills, injections, and/or patches for pain relief):

6. How much coffee or other caffeinated drinks do you consume?

Bottles / cans / cups per day: _____

7. A. Do you smoke? YES NO

B. If yes, how many packs do you smoke a day (select the option that applies with a tick ✓)

- 0 - ½ _____
- ½ - 1 _____
- 1 - 1 ½ _____
- 1 ½ - 2 _____
- More than 2 _____

8. A. How many days a week do you consume alcohol? (Select the option that applies with a tick ✓)

- | | |
|------------------|--------------|
| 0 - 1 Days _____ | 4 Days _____ |
| 1 Day _____ | 5 Days _____ |
| 2 Days _____ | 6 Days _____ |
| 3 Days _____ | 7 Days _____ |

Traducido por
R. Edwards
 C.I. 175855709

B. How much alcohol, on average, do you consume on each occasion?

(One drink = 1 can of beer
= 1 glass of wine
= 1 measure of strong liquor

Number of drinks per occasion? _____

9. A. Do you use cannabis? YES NO

B. If yes, how many days a week do you use cannabis? (Select the option that applies with a tick ✓)

0 - 1 Days _____	4 Days _____
1 Day _____	5 Days _____
2 Days _____	6 Days _____
3 Days _____	7 Days _____

10. A. Do you use class A drugs (cocaine, crack-cocaine, LSD, etc.)? YES NO

B. If yes, how many days a week do you use them? (Select the option that applies with a tick ✓)

0 - 1 Days _____	4 Days _____
1 Day _____	5 Days _____
2 Days _____	6 Days _____
3 Days _____	7 Days _____

11. Age: _____

12. Gender: Masculine _____ Feminine _____

THANK YOU VERY MUCH FOR COMPLETING THE SURVEY!



Indicada por
M. R. Edwards
C.I. 1751855709



Factura: 001-002-000056975



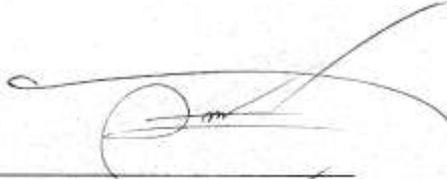
20191801004D01028

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMAS N° 20191801004D01028

Ante mí, NOTARIO(A) MARIA PIEDAD MARTINEZ SEY de la NOTARÍA CUARTA , comparece(n) ROGER STUART EDWARDS portador(a) de CÉDULA 1751855709 de nacionalidad ECUATORIANA, mayor(es) de edad, estado civil CASADO(A), domiciliado(a) en AMBATO, POR SUS PROPIOS DERECHOS en calidad de TRADUCTOR(A); quien(es) declara(n) que la(s) firma(s) constante(s) en el documento que antecede , es(son) suya(s), la(s) misma(s) que usa(n) en todos sus actos públicos y privados, siendo en consecuencia auténtica(s), para constancia firma(n) conmigo en unidad de acto, de todo lo cual doy fe. La presente diligencia se realiza en ejercicio de la atribución que me confiere el numeral noveno del artículo dieciocho de la Ley Notarial -. El presente reconocimiento no se refiere al contenido del documento que antecede, sobre cuyo texto esta Notaría, no asume responsabilidad alguna. – Se archiva un original. AMBATO, a 5 DE JUNIO DEL 2019, (9:41).



ROGER STUART EDWARDS
CÉDULA: 1751855709



NOTARIO(A) MARIA PIEDAD MARTINEZ SEY
NOTARÍA CUARTA DEL CANTÓN AMBATO

Ma. Piedad Martinez S.
ABOGADA MSc.
NOTARIA 4ta. AMBATO



REPÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL
IDENTIFICACIÓN Y CREDENCIACIÓN

CÉDULA DE IDENTIDAD EXT APELLIDOS Y NOMBRES EDWARDS ROGER STUART
N. 175185570-9

Reino Unido
Durbair
FECHA DE NACIMIENTO 1975-08-02
NACIONALIDAD BRITANICA / INGLESA
SEXO HOMBRE
ESTADO CIVIL CASADO
SANDRA PAULINA AGUIRRE GARZON



INSTRUMENTACIÓN SUPERIOR
EXPERIENCIA / OCUPACIÓN LICENCIADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE EDWARDS STEWART JOHN
APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE BLAKE ELAINE ELIZABETH
LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN QUITO 2017-08-16
FECHA DE EXPIRACIÓN 2027-08-16

V444414444



CERTIFICADO DIGITAL DE DATOS DE IDENTIDAD



Número único de identificación: 1751855709

Nombres del ciudadano: EDWARDS ROGER STUART

Condición del cedulado: EXTRANJERO

Lugar de nacimiento: REINO UNIDO/REINO UNIDO

Fecha de nacimiento: 2 DE AGOSTO DE 1975

Nacionalidad: BRITANICA / INGLESA

Sexo: HOMBRE

Instrucción: SUPERIOR

Profesión: LICENCIADO

Estado Civil: CASADO

Cónyuge: AGUIRRE GARZON SANDRA PAULINA

Fecha de Matrimonio: 7 DE MARZO DE 2013

Nombres del padre: EDWARDS STEWART JOHN

Nacionalidad: BRITANICA

Nombres de la madre: BLAKE ELAINE ELIZABETH

Nacionalidad: BRITANICA

Fecha de expedición: 16 DE AGOSTO DE 2017

Condición de donante: SI DONANTE

Información certificada a la fecha: 5 DE JUNIO DE 2019

Emisor: VICTOR HUGO MARTINEZ CRIOLLO - TUNGURAHUA-AMBATO-NT 4 - TUNGURAHUA -
AMBATO

N° de certificado: 199-230-62725



199-230-62725

Lcdo. Vicente Taiano G.

Director General del Registro Civil, Identificación y Cedulación

Documento firmado electrónicamente



La institución o persona ante quien se presenta este certificado deberá validarlo en <https://virtual.registrocivil.gob.ec>, conforme a la LOCIDAC Art. 4, numeral 1 y a la LCE. Vigencia del documento 1 validación o 1 mes desde el día de su emisión. En caso de presentar inconvenientes con este documento escriba a enfinsa@registrocivil.gob.ec



INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CIUDADANO

NUI: 1751855709

Nombre: EDWARDS ROGER STUART

1. Información referencial de discapacidad:

Mensaje: LA PERSONA NO REGISTRA DISCAPACIDAD

1.- La información del carné de discapacidad es consultada de manera directa al Ministerio de Salud Pública - CONADIS en caso de inconsistencias acudir a la fuente de información



Información certificada a la fecha: 5 DE JUNIO DE 2019

Emisor: VICTOR HUGO MARTINEZ CRIOLLO - TUNGURAHUA - AMBATO - NT 400 - TUNGURAHUA - AMBATO

N° de certificador: 191-230-62786



191-230-62786



Anexo 11. Cuestionario adaptado final



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA TERAPIA FÍSICA

DATOS PERSONALES

Apellidos:

Ci:

Nombres:

Estado civil:

Dirección:

Telf:

Ocupación:

Fecha:

1. A. Durante los últimos 3 meses ¿ha sido usted atendido por? (Encierre SÍ o NO para cada ítem).

a. Médico	SÍ	NO
b. Traumatólogo	SÍ	NO
c. Dentista	SÍ	NO
d. Psiquiatra/Psicólogo	SÍ	NO

B. Si ha sido atendido por alguno de los profesionales que anteceden durante los últimos 3 meses, por favor describa por qué razón (enfermedad, condición médica, física, etc.):

2. ¿Ha sido ALGUNA VEZ diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones?
(Encierre SÍ o NO para cada ítem).

A. Cáncer SÍ NO

En caso afirmativo, describa de qué tipo _____

A. Ataque cardíaco	SÍ	NO
B. Presión arterial alta	SÍ	NO
C. Asma	SÍ	NO
D. Enfisema	SÍ	NO
E. Dependencia a químicos (ej., alcoholismo).	SÍ	NO
F. Problemas de tiroides	SÍ	NO
G. Diabetes	SÍ	NO
H. Esclerosis múltiple	SÍ	NO
I. Artritis reumatoidea	SÍ	NO
J. Otras condiciones artríticas	SÍ	NO
K. Depresión	SÍ	NO
L. Hepatitis	SÍ	NO
M. Tuberculosis	SÍ	NO
N. Accidente cerebrovascular	SÍ	NO
O. Enfermedad renal	SÍ	NO
P. Anemia	SÍ	NO
Q. Epilepsia	SÍ	NO

3. ¿Alguien en su familia cercana (padres, hermanos, hermanas) ha sido tratado alguna vez por alguno de los siguientes? (Encierre SÍ o NO para cada ítem).

A. Diabetes	SÍ	NO
B. Tuberculosis	SÍ	NO
C. Enfermedad cardíaca	SÍ	NO
D. Presión arterial alta	SÍ	NO
E. Accidente cerebrovascular	SÍ	NO
F. Enfermedad renal	SÍ	NO
G. Cáncer	SÍ	NO
H. Artritis	SÍ	NO
I. Anemia	SÍ	NO
J. Dolores de cabeza	SÍ	NO
K. Epilepsia	SÍ	NO
L. Enfermedad mental	SÍ	NO

1 día _____ 5 días _____
2 días _____ 6 días _____
3 días _____ 7 días _____

B. ¿Cuánto toma por ocasión promedio?

(Una bebida = 1 cerveza

= 1 copa de vino

= 1 trago de licor fuerte)

¿Número de bebidas por ocasión? _____

9. A. ¿Usa usted marihuana? SÍ NO

B. En caso afirmativo, ¿cuántos días por semana usa usted marihuana? (Seleccione su respuesta con un visto √)

0 – 1 días _____ 4 días _____
1 día _____ 5 días _____
2 días _____ 6 días _____
3 días _____ 7 días _____

10. A. ¿Usa usted drogas como cocaína, crack, ácido, etc.? SÍ NO

B. En caso afirmativo, ¿cuántos días a la semana las usa? (Seleccione su respuesta con un visto √)

0 – 1 días _____ 4 días _____
1 día _____ 5 días _____
2 días _____ 6 días _____
3 días _____ 7 días _____

11. Edad: _____

12. Sexo: Masculino _____ Femenino _____

¡MUCHAS GRACIAS POR COMPLETAR ESTA ENCUESTA!

Anexo 12. Resolución de aprobación de tema



CONSEJO DIRECTIVO

FCS
FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD

Ambato, 22 de Abril de 2019
Resolución CD-P-2019-1441

Señor
RODRÍGUEZ MOLINA OSCAR VALENTINO
ESTUDIANTE
Carrera de Terapia Física
Facultad de Ciencias de la Salud
Presente.

De mi consideración:

El H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, en Sesión ordinaria del 22 de Abril de 2019, en conocimiento del acuerdo UTA-UAT-FCS-2019-0238-A, suscrito por el Dr. Exp. Jesús Chiciza Trujano, Presidente de la Unidad de Titulación, sugiriendo se apruebe la **PROPUESTA DE TRABAJO DE TITULACIÓN** del/la estudiante RODRÍGUEZ MOLINA OSCAR VALENTINO, de la carrera de Terapia Física, al respecto.

CONSEJO DIRECTIVO, RESUELVE:

- **APROBAR A LA SEÑORITA RODRÍGUEZ MOLINA OSCAR VALENTINO, ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE TERAPIA FÍSICA, EL TEMA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN "VALIDACIÓN EN ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO PERFIL MÉDICO DEL PACIENTE ORTOPÉDICO (MEDICAL HISTORY PROFILE OF ORTHOPAEDIC PATIENTS QUESTIONNAIRE)", PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA/O EN TERAPIA FÍSICA.**
- **DESIGNAR COMO TUTOR DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN O TITULACIÓN, A LA LICENCIADA MSC. VERÓNICA COBO SEVILLA, QUIEN DEBERÁ PRESENTAR UN INFORME BIMENSUAL DE SU AVANCE Y UNO AL FINAL, DE CONFORMIDAD CON EL ART. 14 DEL REGLAMENTO DE GRADUACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO TERMINAL DE TERCER NIVEL EN LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.**
- **AUTORIZAR A LA SEÑORITA ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE TERAPIA FÍSICA LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN O TITULACIÓN EN LOS PLAZOS ESTABLECIDOS EN LA DISPOSICIÓN GENERAL, INCISO TERCERO Y CUARTO DEL REGLAMENTO DE RÉGIMEN ACADÉMICO.**

Atentamente,


Dr. Marcelo Ochoa Egas
Presidente

Anexo acuerdo UTA-UAT-FCS-2019-0238-A (DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE)
c.c. CARPETA ESTUDIANTIL
LICENCIADA MSC. VERÓNICA COBO SEVILLA, (TUTOR)

03/05/2019
ed



UNIVERSIDAD
TÉCNICA DE AMBATO

Cdla. Ingaburo Teléfono (03) 3 730 268 Ext. 5211

Anexo 13. Fotografías

