

**ORIGINAL**

# Adaptación transcultural y validación de contenido de un cuestionario para explorar las perspectivas de fisioterapeutas de Argentina con respecto al uso de factores contextuales en el dolor musculoesquelético

*[Cross-cultural adaptation and content validity of a questionnaire to explore Argentine physical therapists' perspectives on using contextual factors in musculoskeletal pain]*

Mauro Andreu<sup>1\*</sup>, Pablo Policastro<sup>2,3</sup>, Sergio Adrián Terrasa<sup>4</sup>, Giacomo Rossettini<sup>5,6</sup>, Marco Testa<sup>5</sup>, Tatiana Dias de Carvalho<sup>1</sup>, Yolanda Pardo<sup>7-9</sup>

Recibido: 5 enero 2022. Aceptado: 13 junio 2022.

---

\* **Correspondencia:** mfandreu@gmail.com

<sup>1</sup> Universidad Nacional De La Matanza. San Justo. Buenos Aires. Argentina.

<sup>2</sup> KINÉ- Kinesiología Deportiva y Funcional. CABA. Argentina.

<sup>3</sup> Unidad de Kinesiología, Hospital Durand. CABA. Argentina.

<sup>4</sup> Departamento de Investigación, Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA. Argentina.

<sup>5</sup> Departamento de neurociencias, rehabilitación, oftalmología, genética, salud materna e infantil, Universidad de Génova, Campus de Savona. Savona. Italia.

<sup>6</sup> Escuela de Fisioterapia, Universidad de Verona. Verona. Italia.

<sup>7</sup> CIBER en epidemiología y salud pública, CIBERESP. Madrid. España.

<sup>8</sup> Grupo de investigación en servicios de salud, IMIM (Instituto de investigaciones médicas Hospital del Mar), Parque de investigación biomédica de Barcelona. Barcelona. España.

<sup>9</sup> Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. España.

---

**Fuentes de financiamiento:** Este proyecto fue parte del "Programa Formando UNLaM" (edición 2021) que tiene como finalidad el otorgamiento de becas para el avance y finalización de las tesis de posgrado de docentes de la Universidad Nacional de la Matanza, Buenos Aires, Argentina. Esta ayuda ha sido otorgada al autor Mauro Andreu.

**Conflicto de intereses:** Las autoras y los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Resumen

**Objetivo:** Describir los procesos de adaptación transcultural al español argentino y validación de contenido de la versión italiana de un cuestionario para explorar los conocimientos, las creencias y las actitudes de los fisioterapeutas de Argentina con respecto al uso de factores contextuales en el dolor musculoesquelético.

**Materiales y método:** El diseño de este estudio es un modelo mixto que incluye métodos cualitativos y cuantitativos dividido en tres etapas: adaptación transcultural, validez de contenido y prueba piloto. Para la validez de contenido, se aplicó el método Delphi modificado de dos rondas y se calcularon el índice de validez de contenido (IVC), la razón de validez de contenido (RVC) y el índice kappa modificado. Se realizó una prueba piloto para determinar la factibilidad y validez de contenido de la versión final.

**Resultados:** Este estudio incluyó 30 fisioterapeutas. Luego de aplicar los lineamientos recomendados para la traducción y adaptación transcultural, la nueva versión conservó las principales dimensiones de la versión original. La evaluación de la validez de contenido, realizada por un panel de expertos y mediante entrevistas cognitivas, determinó que los ítems incluidos en la versión resultante eran claros, relevantes y suficientes para el contexto argentino. De acuerdo con los resultados del análisis cuantitativo de la validez de contenido, las estimaciones del IVC, RVC y kappa alcanzaron valores iguales a 1,0.

**Conclusión:** Mediante un enfoque sistemático e iterativo, se obtuvo la adaptación transcultural y validez de contenido del cuestionario en términos de claridad, relevancia y suficiencia, lo que permite evaluar a futuro sus propiedades psicométricas.

**Palabras clave:** factores contextuales, dolor musculoesquelético, encuestas y cuestionarios, fisioterapia, traducciones, estudio de validación.

## Abstract

**Objective:** To describe the cross-cultural adaptation and content validity process of the Italian version of a questionnaire into Argentine Spanish to explore Argentine physical therapists' knowledge, beliefs and attitudes towards the use of contextual factors (CFs) in musculoskeletal pain.

**Materials and method:** This study comprises a mixed model including qualitative and quantitative methods through three stages: cross-cultural adaptation, content validity, and pilot testing. For content validity, a two-round modified Delphi method was applied. Content validity index (CVI), content validity ratio (CVR), and modified Kappa were calculated. Pilot testing was performed to confirm the feasibility and content validity of the final version.

**Results:** Thirty physical therapists participated in the study. The translation and cross-cultural adaptation process was conducted following the recommended guidelines, and the new version maintained the main dimensions of the original questionnaire. According to the content validity assessment, performed by an expert panel and through cognitive interviews, the items of the revised version were clear, relevant, and comprehensive for the Argentine context. The results of the quantitative content validity analysis showed that the CVI, CVR, and Kappa values were equal to 1.0.

**Conclusion:** Through a systematic and iterative approach, the cross-cultural adaptation and content validity process showed that the questionnaire was clear, relevant, and comprehensive to allow further research on its psychometric properties.

**Keywords:** contextual factors, musculoskeletal pain, surveys and questionnaires, physical therapy specialty, translations, validation study.

## Introducción

En repetidas ocasiones, la evolución clínica de los pacientes tiene desenlaces que son difíciles de entender. Los síntomas pueden mejorar o empeorar por muchas razones no relacionadas con el tratamiento.<sup>1-3</sup> Los determinantes de la evolución clínica son un fenómeno de interés emergente entre profesionales e investigadores del campo de la fisioterapia.<sup>2</sup> El resultado del uso positivo (placebo) o negativo (nocebo) de los factores contextuales (FC) durante la administración de un tratamiento podría ser responsable de gran parte de un componente no específico de la eficacia del tratamiento,<sup>4</sup> lo cual afecta directamente la calidad de los resultados relacionados con la salud del paciente (por ejemplo, dolor, funcionalidad o satisfacción).<sup>2,5-9</sup>

Los FC son elementos físicos, psicológicos y sociales involucrados en el encuentro clínico entre el paciente y el fisioterapeuta.<sup>5-10</sup> En el contexto clínico, la interacción entre el componente específico de un tratamiento y los FC circundantes influencia la experiencia subjetiva terapéutica (por ejemplo, dolor, miedo o ansiedad) y desencadena efectos relacionados al placebo o nocebo.<sup>11</sup> Específicamente, los FC positivos pueden mejorar los resultados clínicos, mientras que los FC negativos pueden amplificar los síntomas del paciente e impedir su recuperación.<sup>12</sup>

Hace años, la comunidad científica comenzó a investigar los mecanismos de acción de diferentes intervenciones terapéuticas e identificó el peso de los efectos placebo y nocebo y su destacado rol en la fisioterapia.<sup>13-17</sup> El interés en los FC ha crecido y es ampliamente identificado en la literatura relacionada a la fisioterapia.<sup>18-25</sup>

Con el objetivo de poder realizar una medición estandarizada de los FC, se destaca la publicación de una encuesta italiana que exploró el conocimiento, las creencias y los usos que tienen los fisioterapeutas especializados en terapia manual hacia los FC; la mayoría de los profesionales respondieron utilizar y creer en la efectividad de los FC.<sup>26</sup> Contar con este cuestionario traducido y validado al español podría ser una herramienta valiosa para investigar de forma estandarizada los FC en países de habla hispana. Previo al uso del cuestionario en una población de cultura e idioma diferentes a la de la versión original, es vital hacer un correcto proceso de adaptación transcultural y la posterior validación del contenido, según lo establecen las directrices metodológicas para estos procesos.<sup>27-29</sup>

Por estas razones, nuestro objetivo fue realizar la traducción al español, adaptación transcultural y validez del contenido de la versión italiana de un cuestionario

## Lectura rápida

### ¿Qué se sabe?

Los factores contextuales se han propuesto recientemente como desencadenantes de los efectos placebo y nocebo en el dolor musculoesquelético. Un grupo de investigadores italianos desarrollaron un cuestionario para conocer las perspectivas de fisioterapeutas italianos sobre el uso de los factores contextuales en la práctica clínica.

### ¿Qué aporta este trabajo?

Este cuestionario es la única herramienta actualmente disponible en Argentina y Latinoamérica para determinar el conocimiento, las creencias y las actitudes de fisioterapeutas respecto al uso de factores contextuales durante el tratamiento de pacientes con dolor musculoesquelético. Con esta herramienta, se abre otra puerta para que la comunidad científica estudie de forma estandarizada el efecto de los factores contextuales en el resultado terapéutico, en lugar de minimizarlos o etiquetarlos exclusivamente como factores de confusión.

para determinar el conocimiento, las creencias y las actitudes de profesionales de fisioterapia respecto al uso de los FC durante el tratamiento de pacientes con dolor musculoesquelético.

## Materiales y método

La versión original italiana del cuestionario se conforma por 19 preguntas divididas en 3 secciones (A, B y C).<sup>26</sup> La primera sección (A) incluye 7 preguntas que investigan variables sociodemográficas y profesionales. La segunda sección (B) incluye dos viñetas clínicas presentadas como preguntas cerradas de elección simple y múltiple, respectivamente:

- la primera viñeta es sobre el uso de electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS, por sus siglas en inglés) en un paciente con dolor lumbar y altas expectativas positivas hacia este tratamiento basado en una experiencia positiva previa. Se les solicita a los encuestados una opinión ante dicha situación en el contexto de que el uso de TENS no presenta contraindicaciones ni evidencia de eficacia;
- la segunda viñeta se centra en un caso clínico de un paciente hospitalizado con dolor de hombro que responde positivamente cuando el empleo de TENS fue reemplazado por TENS falso (*sham*). Se les solicita a los fisioterapeutas que opinen en relación a la eficacia y efectividad del empleo de la terapia de TENS falso.

La última sección (C) enumera 10 preguntas cerradas. Más específicamente, 6 preguntas son de opción

única y exploran el conocimiento de los FC, incluida la definición (por ejemplo, “¿Cómo definiría el papel terapéutico de los FC?”), la frecuencia de uso de los FC (opción tipo Likert de “Nunca” a “Muchas veces”) y la frecuencia de utilización de cada uno de los 15 FC (opción tipo Likert de 0 “Nunca” a 4 “Diariamente” y “No sabía que un FC era capaz de influir en el resultado terapéutico”). La sección exploró también la creencia de los participantes en cada uno de estos 15 FC (opción tipo Likert de 0 “Nada” a 4 “Mucho”) y los posibles efectos beneficiosos de los FC (por ejemplo, “¿Cuáles son los efectos potenciales de los FC en los siguientes problemas de salud?”). En las 4 preguntas restantes, se permitió que múltiples respuestas describieran la implicancia ética percibida al usar los FC (por ejemplo, “El uso de los FC para fines terapéuticos puede considerarse éticamente aceptable cuando ...”), las implicancias relacionadas a la comunicación del uso de los FC (por ejemplo, “¿Cómo comunica al paciente el uso de los FC al final del tratamiento?”), las circunstancias bajo las cuales se aplican los FC (por ejemplo, “¿En qué circunstancias usaría los FC?”), y los posibles mecanismos de acción de los FC (por ejemplo, “¿Qué mecanismo de acción puede explicar el efecto de los FC?”). En general, se prefirió el término “factor contextual” en lugar de “placebos”, como se sugirió en estudios previos.<sup>28,29</sup>

### Etapa 1: Adaptación cultural

La adaptación transcultural de la herramienta se realizó siguiendo los pasos propuestos en la guía publicada por la ISPOR (*International Society of Pharmacoeconomic and Outcomes Research*), que establece las directrices para la traducción y adaptación cultural de medidas reportadas por los pacientes:<sup>27</sup> 1) preparación; 2) traducción; 3) reconciliación; 4) retrotraducción; 5) revisión de la retrotraducción; 6) armonización; 7) prueba de comprensión 8) revisión de la prueba de comprensión; 9) corrección de pruebas; 10) reporte final. La armonización no fue necesaria debido a nuestra necesidad de llevar a cabo un solo proceso de traducción en un idioma.

El paso 7 fue realizado por un entrevistador entrenado. Para esta etapa, se realizaron 10 entrevistas cognitivas a fisioterapeutas argentinos que trabajaban en el área de rehabilitación de afecciones musculoesqueléticas.<sup>30</sup> Los participantes fueron elegidos mediante un muestreo por conveniencia, con el objeto de conformar una muestra representativa de la población objetivo. Las entrevistas fueron realizadas mediante videoconferencia siguiendo el método probing<sup>31,32</sup> y utilizando una guía estructurada diseñada para el objetivo de esta etapa

(Material complementario 1). Se les solicitó que intentaran explicar con sus propias palabras el significado de cada pregunta y de cada respuesta y que identificaran aquellas partes o palabras que les resultaran difíciles de comprender o que, en su opinión, fueran confusas. Se realizó una anotación minuciosa y literal de cada uno de estos aspectos con el objetivo de ser valorados posteriormente. Las entrevistas fueron grabadas y tuvieron una duración aproximada de 60 minutos.

### Etapa 2: Validez de contenido

La validez de contenido es el grado en que el contenido de un instrumento es un adecuado reflejo del constructo que se mide. Se refiere a la claridad, relevancia y suficiencia de la herramienta para el constructo, la población objetivo y el contexto de interés. La validación de contenido se realizó de acuerdo a las directrices de las guías COSMIN (*Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments*) mediante la aplicación de una metodología Delphi de dos rondas.<sup>28,29,33</sup> Para esto, se conformó un panel de expertos compuesto por diez fisioterapeutas argentinos, elegidos mediante un muestreo por conveniencia, con más de cinco años de graduación, que trabajaban en la atención de pacientes con dolor musculoesquelético, con amplio conocimiento en los FC y con experiencia en el desarrollo y la administración de encuestas.<sup>34</sup> Los participantes del panel Delphi recibieron por correo electrónico la invitación a participar, que incluía una rúbrica para calificar la claridad y relevancia de los ítems y la suficiencia de los dominios mediante una escala Likert de 4 puntos (“No cumple el criterio”, “Nivel bajo”, “Nivel moderado” y “Alto nivel”) (Material complementario 2).<sup>35</sup> Cuando un ítem no fue calificado con un valor de 4 puntos (“Alto nivel”), se solicitó detallar la razón para mejorar las propuestas en la segunda ronda. La segunda ronda profundizó algunas cuestiones latentes de la primera ronda, especialmente aquellas en las que el nivel de acuerdo no haya sido alcanzado.<sup>33</sup> Se analizaron las respuestas de forma anónima, y todas las respuestas se incluyeron en un informe de comentarios separado por ronda.

Para evaluar la validez de contenido, se utilizaron métodos cualitativos y cuantitativos.<sup>36</sup> Para la validez de contenido cualitativa, se utilizaron los comentarios obtenidos de los expertos del panel Delphi.<sup>37</sup> Para determinar la validez de contenido cuantitativo, se aplicaron técnicas empíricas para calcular el índice de validez de contenido (IVC), la razón de validez de contenido (RVC) y el índice de acuerdo kappa (K). Este análisis se

implementó solo para las preguntas relacionadas a los FC (secciones B y C).

- El IVC cuantifica el acuerdo de los expertos a nivel de los elementos individuales (I-IVC) y a nivel escala (E-IVC).<sup>38</sup> El IVC para un ítem individual (I-IVC) se calculó como la proporción de expertos que calificaron con un puntaje de 3 (moderado nivel) o 4 (alto nivel) sobre el número total de expertos que calificaron dicho ítem. Según la literatura, se consideran aceptables aquellos ítems con un I-IVC  $\geq 0,78$ .<sup>39,40</sup> El IVC para la escala (E-IVC) se calculó como la proporción de ítems calificados con un puntaje de 3 (moderado nivel) o 4 (alto nivel) por al menos el 80% de los expertos.<sup>38,39</sup> También se informó el acuerdo universal (AU) entre expertos (E-IVC/AU) y el E-IVC promedio (E-IVC/Pro).<sup>36</sup> Un E-IVC/AU  $\geq 0,8$  y un E-IVC/Pro  $\geq 0,9$  se consideran excelentes.<sup>36</sup>
- Razón de validez de contenido (RVC). Se calculó utilizando la calificación del dominio de relevancia (puntaje de 3 o 4) de cada ítem. Se consideró aceptable un RVC mayor a 0,62.<sup>41</sup>
- Índice kappa modificado. Para calcular el estadístico kappa modificado, primero se calcula la probabilidad de acuerdo al azar para cada elemento mediante la siguiente fórmula:  $K = (I-IVC - Pc) / (1 - Pc)$ , donde  $Pc = [N! / A!(N-A)!] * 0,5N$ . En esta fórmula, Pc es la probabilidad de acuerdo por el azar, N es el número de expertos y A es el número de expertos que están de acuerdo en que el ítem es relevante. Los valores de kappa por encima de 0,74 se consideran excelentes.<sup>42</sup>

### Etapa 3: Prueba piloto

Finalmente, para confirmar la validez de contenido de la versión final de la herramienta, se realizaron 10 nuevas entrevistas cognitivas a una muestra seleccionada por conveniencia con la misma guía de entrevista y los criterios de selección utilizados para las entrevistas cognitivas de la adaptación cultural. Luego de las entrevistas, se les preguntó a los participantes sobre la comprensión de las instrucciones, los ítems y las opciones de respuesta, y ellos proporcionaron retroalimentación sobre la claridad, relevancia y suficiencia de los ítems.

### Consideraciones éticas

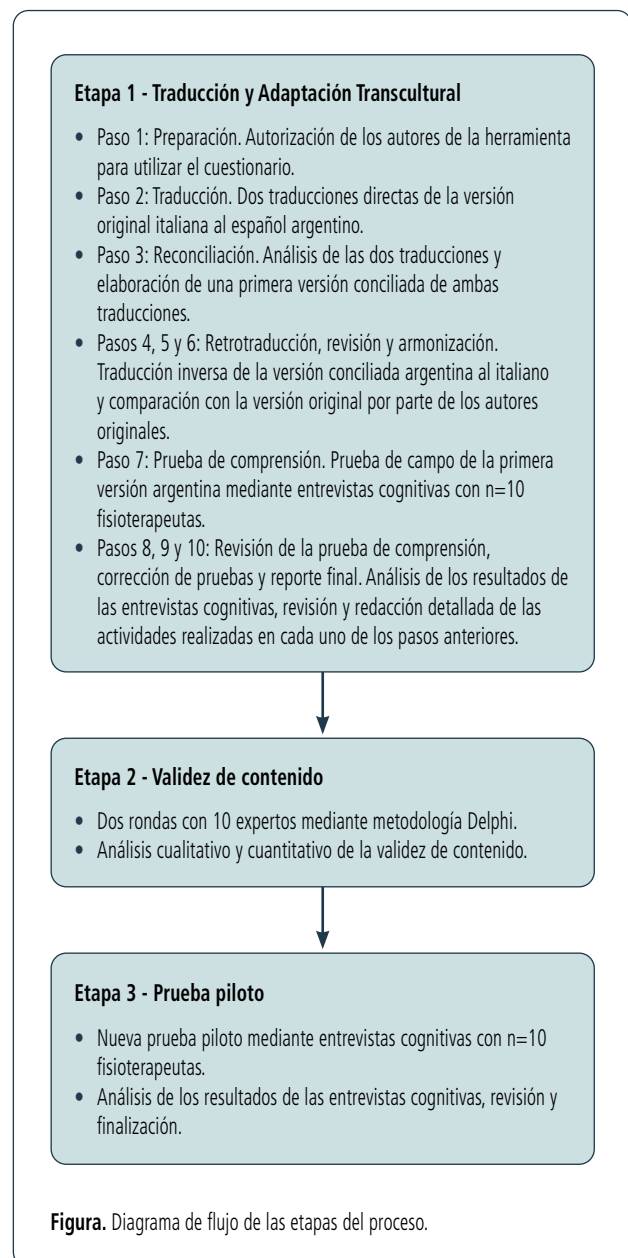
El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Donación Francisco Santojanni (PRIISA #4759, fecha 25/05/2021). Todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

## Resultados

Los principales pasos del proceso de adaptación y validación de contenido del cuestionario se presentan en la Figura. Las características de los 30 fisioterapeutas que participaron en las 3 etapas del proceso de describen en la Tabla 1.

### Etapa 1: Adaptación cultural

Previo a iniciar el proceso de traducción, se obtuvo la autorización de los autores originales quienes participaron activamente durante todo el proceso. Luego se llevaron a cabo 2 traducciones independientes por 2 traductoras



**Tabla 1. Características de los participantes**

	<b>Etapa 1 Adaptación</b>	<b>Etapa 2 Panel Delphi</b>	<b>Etapa 3 Prueba piloto</b>
Número de participantes	10	10	10
Masculino/Femenino	5 / 5	10 / 0	5 / 5
Edad, mediana (mínimo - máximo), años	36 (27 - 47)	37 (30 - 44)	34,5 (30 - 45)
Región de trabajo (Pampeana/ Cuyo/Patagonia/Noreste)	7 / 2 / 1 / 0	10 / 0 / 0 / 0	6 / 2 / 1 / 1
Conocimiento previo en factores contextuales	6	10	4
Tiempo de la entrevista, mediana (mínimo - máximo), minutos	79 (64 - 100)	NA	31,5 (24 - 45)
Años desde graduación universitaria, mediana (mínimo - máximo)	11 (4 - 21)	10,5 (6 - 20)	10 (7 - 20)

NA: No aplica.

nativas argentinas que informaron no haber tenido dificultad para la traducción en el 97,6% y 89,7% de los ítems. Durante la etapa 3 de reconciliación, surgieron modificaciones menores del cuestionario. En la etapa 4 de retrotraducción, intervino un traductor nativo italiano e informó no haber tenido dificultad para la traducción en ninguno de los ítems. En la fase 5, los desarrolladores del instrumento original revisaron y calificaron todos los ítems de la versión retrotraducida con altos niveles de acuerdo. Luego de una evaluación crítica junto a los autores originales, la primera de las dos preguntas que conformaban “Frecuencia de utilización” se eliminó por considerarse redundante, ya que la misma información podría estimarse a partir de los resultados de la segunda (Tabla 2). No se identificaron otras diferencias relevantes entre la versión original y la nueva versión retrotraducida al italiano, por lo que se consideró satisfactoria esta

**Tabla 2. Modificaciones realizadas a los enunciados de las 10 preguntas de la sección C**

<b>Versión traducida</b>	<b>Versión final</b>
<b>P1. Frecuencia de utilización</b> ¿Con qué frecuencia usted ha optado por utilizar factores contextuales para potenciar el resultado terapéutico?	Pregunta eliminada
<b>P2. Frecuencia de utilización</b> Indique con qué frecuencia ha optado por utilizar los siguientes factores contextuales con el paciente para potenciar el resultado terapéutico:	<b>P6. Frecuencia de utilización</b> Indique con qué frecuencia USTED utiliza INTENCIONALMENTE uno o más de los siguientes factores contextuales (FC) con los pacientes con el objetivo de potenciar el resultado terapéutico:
<b>P3. Creencias</b> ¿Cuánto cree que su resultado terapéutico puede ser influenciado por...?	<b>P5. Creencias</b> ¿Cuánto cree USTED que su resultado terapéutico puede ser influenciado por uno o más de los siguientes factores contextuales?
<b>P4. Aspectos éticos</b> El uso de factores contextuales para fines terapéuticos puede ser éticamente aceptado cuando...	<b>P3. Consideraciones éticas</b> Una intervención no recomendada por la literatura ni por la opinión profesional puede ser aceptada éticamente cuando...
<b>P5. Aspectos éticos</b> El uso de factores contextuales para fines terapéuticos puede ser éticamente no aceptado cuando...	<b>P4. Consideraciones éticas</b> Una intervención no recomendada por la literatura ni por la opinión profesional puede ser éticamente NO aceptada cuando...
<b>P6. Comunicación y aplicación</b> ¿Cómo comunica al paciente el uso de factores contextuales para fines terapéuticos? Le dice que ...	<b>P2. Aplicación</b> Si usted posee un equipo de fisioterapia que no funciona, pero igualmente decide aplicarlo con el objetivo de mejorar el resultado terapéutico de un paciente con dolor musculoesquelético, ¿Cómo le comunicaría su uso al paciente? Le dice que...
<b>P7. Comunicación y aplicación</b> ¿En qué circunstancias aplicaría factores contextuales?	<b>P1. Comunicación</b> Si usted posee un equipo de fisioterapia que no funciona pero igualmente decide aplicarlo en un paciente con dolor musculoesquelético, ¿Con qué objetivo lo haría?
<b>P8. Mecanismo de acción, efecto terapéutico y definición</b> ¿Cuáles mecanismos de acción pueden explicar el efecto de los factores contextuales?	<b>P7. Mecanismo de acción</b> ¿Qué mecanismos de acción podrían explicar el efecto de los factores contextuales?
<b>P9. Mecanismo de acción, efecto terapéutico y definición</b> ¿Cuáles son, según su opinión, los efectos potenciales de los factores contextuales en los siguientes problemas de salud?	<b>P8. Efecto terapéutico</b> Según su opinión, ¿Cuáles son los efectos terapéuticos de los factores contextuales en los siguientes problemas de salud?
<b>P10. Mecanismo de acción, efecto terapéutico y definición</b> ¿Cómo definiría, en base a ésta encuesta, el rol terapéutico de los factores contextuales?	Pregunta eliminada

versión consensuada por el grupo de investigación y los autores de la versión original.

En la etapa 7, de los 10 participantes que evaluaron la versión resultante de la traducción, todos dijeron que las instrucciones eran simples, fáciles de entender y que los ítems eran claros, pero que las opciones de respuesta de las preguntas “Frecuencia de utilización” y “Creencias” necesitaban palabras o frases adicionales. Por ello, para mejorar la claridad y el entendimiento, se incluyeron ejemplos para cada uno de los FC. Los autores originales participaron en la elección de los ejemplos introducidos. El ítem “Terapia desenmascarada” no fue claro para ninguno de los entrevistados, incluso, luego de sugerir agregar como ejemplo “Posibilidad de que el paciente vea la terapia mediante un espejo”. Por tal motivo, los autores originales propusieron cambiar el ejemplo a “Sugerir al paciente verlo a usted mediante un espejo realizando una maniobra terapéutica”.

“Consideraciones éticas” y “Comunicación y aplicación” se preguntaban en relación al uso de los FC como intervenciones. Esto generó confusión en los entrevistados, ya que eran respondidas luego de las preguntas relacionadas a “Creencias” y “Frecuencia de utilización” en las que muchos de los ítems (FC) enumerados son aspectos implícitos de la atención (por ejemplo, “Alianza terapéutica empática”). Por tal motivo, se sugirió invertirlas para ser presentadas luego de los casos clínicos.

Algunos participantes refirieron que algunos ítems de la pregunta “¿Cuáles son los efectos potenciales de los factores contextuales en los siguientes problemas de salud?” no aplicaban a su especialización profesional. Esto justificó incluir “No lo sé” como opción de respuesta.

La mayoría de las opciones de respuesta para la última pregunta “¿Cómo definiría, en base a esta encuesta, el rol terapéutico de los factores contextuales?” resultaron confusas para la mayoría de los entrevistados. Sin embargo, se mantuvo en el formato original con el objetivo de resolverla en las siguientes etapas.

## **Etapas 2: Validez de contenido**

En ambas rondas de evaluación, todos los expertos respondieron los formularios y se obtuvo un 100% de tasa de participación.

En el análisis cualitativo, se revisaron críticamente todos los comentarios de los panelistas y se implementaron todas aquellas sugerencias orientadas a mejorar la claridad, comprensión y orden de presentación de los ítems.

En la sección A (Características del encuestado), para mejorar la caracterización del perfil profesional de los encuestados, se agregaron preguntas y esta sección quedó finalmente conformada por 15 ítems. En la sección B (Casos clínicos), se realizaron correcciones menores en la redacción de la presentación de los casos y, por sugerencia de los expertos, se decidió cambiar la intervención “TENS” por “Ultrasonido” para un mejor reflejo de la práctica clínica en nuestro ámbito de atención.

En la sección C (FC), la mayoría de las preguntas fueron reordenadas y se agregaron ejemplos en algunas opciones de respuesta. Para optimizar la contextualización, la mayoría de los enunciados requirieron considerables modificaciones.

En la pregunta “¿Qué mecanismos de acción podrían explicar el efecto...?”, se agregó la opción de respuesta “No sé qué mecanismo/s explica/n el efecto de los factores contextuales”.

La mitad de los expertos comentó que el último ítem sobre la definición del rol terapéutico de los FC era confuso y, luego de revisarlo con los autores originales, se decidió eliminarlo. Si bien la definición de FC ya se presentaba originalmente en la invitación de la encuesta, se profundizó su definición con el objetivo de optimizar la comprensión del tópico de estudio por parte de los encuestados y así maximizar la validez de las siguientes respuestas.

La nueva versión compuesta de 25 preguntas se sometió a la segunda ronda del panel Delphi. No se requirieron cambios significativos, y solo se realizaron correcciones lingüísticas menores. En la Tabla 3, se presentan los resultados de la evaluación cuantitativa de la claridad, relevancia y suficiencia de ambas rondas del panel Delphi. Este análisis se implementó solo para las 11 preguntas relacionadas a los FC (secciones B y C).

**I-IVC (claridad y relevancia).** En la primera ronda, el acuerdo absoluto (I-IVC=1,00) para la claridad y la relevancia se obtuvo en 9 y 8 de los 11 ítems, respectivamente. Todos los I-IVC se consideraron claros y relevantes, excepto para la claridad del Caso clínico 2. En la segunda ronda, el acuerdo absoluto (I-IVC=1,00) para la claridad y la relevancia se obtuvo en todos los ítems.

**E-IVC (claridad y relevancia).** En la primera y segunda ronda, se obtuvieron valores considerados excelentes para el E-IVC-Pro y el E-IVC-AU, tanto en la claridad como en la relevancia.

**Kappa (claridad y relevancia).** En ambas rondas todos los índices kappa resultaron excelentes, excepto

Tabla 3. Evaluación cuantitativa de la validez de contenido de las secciones B y C del cuestionario mediante metodología Delphi

Ítems	Primera ronda										Segunda ronda													
	Claridad				Relevancia				Suficiencia				Claridad				Relevancia				Suficiencia			
	Puntaje (n/n/n/n)	I-IVC	Pc	k*	Puntaje (n/n/n/n)	I-IVC	Pc	k*	RVC	Puntaje (n/n/n/n)	I-IVC	Pc	k*	Puntaje (n/n/n/n)	I-IVC	Pc	k*	RVC	Puntaje (n/n/n/n)	I-IVC	Pc	k*		
<b>Casos clínicos</b>									0/0/4/6	1,0	0,001	1,0							0/0/0/10	1,0	0,001	1,0		
Caso clínico 1	0/0/9/1	1,0	0,001	1,0	0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	1,0					0/0/9/1	1,0	0,001	1,0	0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	1,0		
Caso clínico 2	0/3/7/0	0,7	0,117	0,66	0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	1,0					0/0/9/1	1,0	0,001	1,0	0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	1,0		
<b>Aplicación y comunicación</b>									0/1/2/7	0,9	0,010	0,9							0/0/0/10	1,0	0,001	1,0		
¿Con qué objetivo ...?	1/1/6/2	0,8	0,044	0,79	0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	1,0					0/0/9/1	1,0	0,001	1,0	0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	1,0		
¿Cómo le comunicaría su uso al paciente?	0/0/1/9	1,0	0,001	1,0	0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	1,0					0/0/9/1	1,0	0,001	1,0	0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	1,0		
<b>Consideraciones éticas</b>									0/1/0/9	0,9	0,010	0,9							0/0/0/10	1,0	0,001	1,0		
... puede ser éticamente aceptado cuando...	0/0/1/9	1,0	0,001	1,0	0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	1,0					0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	1,0		
... puede ser éticamente NO aceptado cuando...	0/0/2/8	1,0	0,001	1,0	0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	1,0					0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	1,0		
<b>Creencias</b>									0/1/1/8	0,9	0,010	0,9							0/0/1/9	1,0	0,001	1,0		
¿Cuánto cree usted ...?	0/0/3/7	1,0	0,001	1,0	0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	1,0					0/0/9/1	1,0	0,001	1,0	0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	1,0		
<b>Frecuencia de utilización</b>									0/0/3/7	1,0	0,001	1,0							0/0/1/9	1,0	0,001	1,0		
Indique con qué frecuencia usted utiliza ...	0/0/3/7	1,0	0,001	1,0	0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	1,0					0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	1,0		
<b>Mecanismo de acción y rol terapéutico</b>									0/2/0/8	0,8	0,044	0,79							0/0/1/9	1,0	0,001	1,0		
¿Qué mecanismos de acción podrían ...?	0/0/4/6	1,0	0,001	1,0	0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	1,0					0/0/9/1	1,0	0,001	1,0	0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	1,0		
¿Cuáles son los efectos potenciales ...?	0/0/2/8	1,0	0,001	1,0	1/0/1/8	0,9	0,010	0,9	0,8					0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	0/0/0/10	1,0	0,001	1,0	1,0		
<b>Definición de</b>									0/0/1/9	1,0	0,001	1,0												
¿Cómo definiría el rol terapéutico ...?	0/0/5/5	1,0	0,001	1,0	1/0/0/9	0,9	0,010	0,9	0,8															
<b>E-IVC-Pro</b>		0,95				0,98					0,92				1,0						1,0			
<b>E-IVC-UA</b>		0,81				0,81					0,42				1,0						1,0			

n/n/n/n: número de evaluadores puntuando 1, 2, 3 o 4, respectivamente. **I-IVC**: Índice de Validez de Contenido para elementos individuales. **Pc**: Probabilidad de acuerdo por azar. **k\***: Índice kappa modificado. **E-IVC-Pro**: Promedio del Índice de Validez de Contenido para la escala. **E-IVC-AU**: Acuerdo Universal entre expertos del Índice de Validez de Contenido para la escala. **RVC**: Razón de Validez de Contenido.

en la ronda 1, al evaluar la claridad de la pregunta de Aplicación de FC y del Caso clínico 2.

**RVC (relevancia)**. Se computó la RVC para determinar la relevancia de cada ítem. En ambas rondas, se obtuvieron valores aceptables, por lo que todos los ítems se consideraron esenciales.

### Etapa 3: Prueba piloto

Finalmente, la nueva versión resultante de las etapas previas se sometió a una nueva y última ronda de diez entrevistas cognitivas con el objetivo de identificar posibles nuevas dificultades al realizar la encuesta y co-

nocer la experiencia de los encuestados al responder las preguntas. La mediana del tiempo en responder la encuesta fue de 22 (min.-máx. 16,5-34) minutos. Los entrevistados refirieron que las instrucciones, preguntas y opciones de respuesta no eran ambiguas; la redacción fue simple y fácil de entender y la experiencia fue buena. En la Tabla 4, se presentan los resultados de la valoración de cada uno de los ítems con respecto a la comprensión, relevancia y suficiencia. El resultado de esta prueba piloto fue satisfactorio y no se requirieron cambios, por lo que se consideró adaptada y validada esta versión argentina del cuestionario consensuada por



Tabla 4. Resultados de la prueba piloto

Participante	Claridad	Relevancia	Suficiencia
1	96%	96%	96%
2	92%	92%	96%
3	88%	100%	100%
4	96%	100%	100%
5	92%	100%	100%
6	100%	100%	100%
7	88%	96%	100%
8	100%	92%	96%
9	96%	96%	96%
10	100%	100%	100%

Porcentaje de ítems valorados como claros, relevantes y suficientes.

el grupo de trabajo y los autores de la versión original (Material complementario 3).

## Discusión

El proceso de adaptación cultural y validación de contenido de la herramienta para evaluar los FC en el dolor musculoesquelético, elaborada originalmente en idioma italiano, se desarrolló utilizando exhaustivos e iterativos procesos.<sup>27,29</sup> La versión final incluye 23 preguntas y 2 viñetas clínicas que fueron críticamente evaluadas para la validez de contenido mediante 20 entrevistas cognitivas y dos rondas con 10 panelistas con experiencia en la atención de pacientes con dolor musculoesquelético y amplio conocimiento en el tópico de factores contextuales.

Las traducciones directa e inversa del proceso de adaptación transcultural se hicieron sin complicaciones, y no hubo necesidad de recurrir a conciliar divergencias, lo cual podría explicarse por la similitud etimológica entre ambas lenguas.

La revisión de las entrevistas cognitivas llevó a cambios esenciales en la redacción de las preguntas y sus respectivos elementos. Además, proporcionó una retroalimentación crucial que condujo a cambios lingüísticos que mejoraron la inteligibilidad y aceptabilidad de la herramienta.

Durante el proceso de validez de contenido, los dos casos clínicos fueron los que recibieron mayor revisión por parte del panel de expertos. Las viñetas clínicas representan situaciones clínicas escritas sobre pacientes ficticios, se adoptan para evaluar el comportamiento clínico de los participantes ante diferentes escenarios.<sup>26,43,44</sup> Si bien las preguntas con opción de respuesta abierta proporcionan información individual y una

comprensión más profunda del objeto de estudio<sup>45</sup>, se ha decidido mantener la estructura original por sugerencia de los autores originales. Además, las preguntas cerradas facilitan identificar la complejidad de los fenómenos en estudio.<sup>46</sup>

Destacamos la exclusión de la pregunta relacionada a definir el rol terapéutico de los FC como uno de los principales cambios realizados tras la primera ronda del panel Delphi. La dificultad de comprensión de esta pregunta viene dada por su enunciado, que solicita definir el rol terapéutico de los FC, mientras que varias de las opciones de respuesta son definiciones de placebo o efecto placebo de la literatura.<sup>47,48</sup> Esto generó confusión tanto a los profesionales participantes de la primera ronda de entrevistas cognitivas como a los expertos del panel Delphi.

Con respecto a la valoración cuantitativa de la validez de contenido, es importante destacar que, si bien se alcanzaron los puntos de corte requeridos por la literatura, hemos priorizado el análisis cualitativo debido a los valiosos comentarios y sugerencias que se obtuvieron de la retroalimentación de los participantes.

Este estudio cuenta con limitaciones. En primer lugar, la mitad de los fisioterapeutas reclutados para las entrevistas cognitivas ya tenían conocimiento acerca de los FC, por lo que podrían no haber identificado algunos conceptos potencialmente incomprensibles para otros sin conocimiento en el tema. Sin embargo, este subgrupo de fisioterapeutas agregaron mayor heterogeneidad a la muestra (diferente sexo, edad y región argentina) y, como expertos, aportaron comentarios valiosos. En la misma línea, la selección de los expertos también se presenta como una de las principales limitaciones en los métodos de consenso debido a la posibilidad de sesgo en su elección.<sup>49</sup> Se pretendió minimizar este efecto con los criterios de inclusión. Por otro lado, haber incluido solo a 10 profesionales para el método Delphi podría considerarse una limitante. Sin embargo, la literatura recomienda de 10 a 18 expertos en un panel Delphi, ya que el tamaño del grupo no depende del poder estadístico, sino de la dinámica del grupo para llegar a un consenso.<sup>34,50,51</sup>

## Implicancias prácticas

La medicina basada en la evidencia se ha focalizado tradicionalmente en el efecto de los agentes farmacológicos y subestima aquellos factores psicológicos y ambientales que contribuyen significativamente a mejorar el resultado terapéutico con nuestros pacientes.<sup>52</sup> El dolor es una sensación subjetiva modulada por una

variedad de factores cognitivos, emocionales y también por una serie de aferencias sensoriales que surgen del contexto que rodea a la experiencia dolorosa.<sup>53,54</sup> Por tal motivo, es importante estudiar los FC, ya que ofrecen oportunidades terapéuticas adicionales para manejar el dolor y podría ser fundamental para mejorar la eficacia terapéutica de diferentes intervenciones.

Con esta herramienta, se abre otra puerta para que la comunidad científica estudie de forma estandarizada el efecto de los FC en el resultado terapéutico, en lugar de minimizarlos o etiquetarlos exclusivamente como factores de confusión.<sup>55,56</sup>

Desde una perspectiva educativa, los FC son todavía subestimados en la mayoría de las formaciones de grado y posgrado de fisioterapia.<sup>57</sup> Para asegurar la competencia adecuada, el conocimiento y uso ético de los FC deberían incluirse en los programas de estudios.<sup>55,57-59</sup>

Este cuestionario es la única herramienta actualmente disponible en Argentina y Latinoamérica para determinar el conocimiento, las creencias y las actitudes de profesionales de fisioterapia respecto al uso de los FC durante el tratamiento de pacientes con dolor musculoesquelético. Finalmente, este es solo el primer paso en el proceso de producir una versión argentina válida del instrumento, la siguiente etapa deberá incluir la evaluación de propiedades psicométricas como la validez de constructo y la exploración de su estructura interna.

## Conclusión

Siguiendo las directrices recomendadas por la literatura, hemos realizado la traducción, adaptación cultural y validez de contenido de una herramienta para conocer las creencias y el uso de los FC por fisioterapeutas de Argentina durante el tratamiento de pacientes con dolor musculoesquelético. Las entrevistas cognitivas y la revisión por el panel de expertos mediante el método Delphi fueron muy útiles para garantizar una versión comprensible, cultural y lingüísticamente equitativa a la versión original italiana. Con esta herramienta, será posible comparar los resultados entre países y aportar un conocimiento completamente nuevo y validado científicamente a la población argentina en este emergente tópico de la fisioterapia mundial.

## Agradecimientos

A los profesionales de kinesiología que participaron voluntariamente de las entrevistas cognitivas, como así también a los profesionales que conformaron el panel de expertos, haciendo posible alcanzar el objetivo de este estudio. Además, deseamos agradecer al Lic. Juan Boasso (Coordinador de la Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría), a la Lic. Mariela Ferrari (Secretaria de Investigaciones

del Departamento de Ciencias de la Salud) y a la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la UNLaM, por promover e incentivar la investigación.

Para obtener el material complementario de este estudio enviar un mail a [info@ajrpt.com](mailto:info@ajrpt.com). También se encuentra disponible la versión en idioma inglés (Material complementario 4).

## Referencias

1. da Silva TM, Costa L da CM, Garcia AN, Costa LOP. What do physical therapists think about evidence-based practice? A systematic review. *Man Ther.* 2015;20(3):388-401.
2. Rossetini G, Carlino E, Testa M. Clinical relevance of contextual factors as triggers of placebo and nocebo effects in musculoskeletal pain. *BMC Musculoskelet Disord.* 2018;19(1):27.
3. Kamper SJ. Engaging With Research: Linking Evidence With Practice. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2018;48(6):512-513.
4. Benedetti F. Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship. *Physiol Rev.* 2013;93(3):1207-1246.
5. Testa M, Rossetini G. Enhance placebo, avoid nocebo: How contextual factors affect physiotherapy outcomes. *Man Ther.* 2016;24:65-74.
6. Geri T, Viceconti A, Minacci M, Testa M, Rossetini G. Manual therapy: Exploiting the role of human touch. *Musculoskelet Sci Pract.* 2019;44:102044.
7. Palese A, Rossetini G, Colloca L, Testa M. The impact of contextual factors on nursing outcomes and the role of placebo/nocebo effects: a discussion paper. *Pain Rep.* 2019;4(3).
8. Rossetini G, Latini TM, Palese A, Jack SM, Ristori D, Gonzatto S, Testa M. Determinants of patient satisfaction in outpatient musculoskeletal physiotherapy: a systematic, qualitative meta-summary, and meta-synthesis. *Disabil Rehabil.* 2020 Feb;42(4):460-472.
9. Bonfim IDS, Corrêa LA, Nogueira LAC, Meziat-Filho N, Reis FJJ, de Almeida RS. 'Your spine is so worn out' - the influence of clinical diagnosis on beliefs in patients with non-specific chronic low back pain - a qualitative study'. *Braz J Phys Ther.* 2021 Nov-Dec;25(6):811-818.
10. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet Lond Engl.* 2001;357(9258):757-762.
11. Carlino E, Frisaldi E, Benedetti F. Pain and the context. *Nat Rev Rheumatol.* 2014;10(6):348-355.
12. Wager TD, Atlas LY. The neuroscience of placebo effects: connecting context, learning and health. *Nat Rev Neurosci.* 2015;16(7):403-418.
13. Bialosky JE, Bishop MD, Cleland JA. Individual expectation: an overlooked, but pertinent, factor in the treatment of individuals experiencing musculoskeletal pain. *Phys Ther.* 2010;90(9):1345-1355.
14. Bialosky JE, George SZ, Bishop MD. How spinal manipulative therapy works: why ask why? *J Orthop Sports Phys Ther.* 2008;38(6):293-295.
15. Bialosky JE, Bishop MD, Price DD, Robinson ME, George SZ. The mechanisms of manual therapy in the treatment of

- musculoskeletal pain: a comprehensive model. *Man Ther.* 2009;14(5):531-538.
16. Bialosky JE, Beneciuk JM, Bishop MD, Coronado RA, Penza CW, Simon CB, George SZ. Unraveling the Mechanisms of Manual Therapy: Modeling an Approach. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2018 Jan;48(1):8-18.
  17. Newell D, Lothe LR, Raven TJL. Contextually Aided Recovery (CARE): a scientific theory for innate healing. *Chiropr Man Ther.* 2017;25:6.
  18. Rossetini G, Palese A, Geri T, Mirandola M, Tortella F, Testa M. The Knowledge of Contextual Factors as Triggers of Placebo and Nocebo Effects in Patients With Musculoskeletal Pain: Findings From a National Survey. *Front Psychiatry.* 2019 Jul 4;10:478.
  19. Oliveira VC, Refshauge KM, Ferreira ML, Pinto RZ, Beckenkamp PR, Negrao Filho RF, Ferreira PH. Communication that values patient autonomy is associated with satisfaction with care: a systematic review. *J Physiother.* 2012;58(4):215-29.
  20. Pinto RZ, Ferreira ML, Oliveira VC, Franco MR, Adams R, Maher CG, Ferreira PH. Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *J Physiother.* 2012;58(2):77-87.
  21. O'Keeffe M, Cullinane P, Hurley J, Leahy I, Bunzli S, O'Sullivan PB, O'Sullivan K. What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther.* 2016 May;96(5):609-22.
  22. Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. *Phys Ther.* 2011;91(1):25-36.
  23. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Sep 2;(9):CD000963.
  24. Andreu M, Policastro PO. ¿Por qué son importantes los factores contextuales en el abordaje kinésico? *AJRPT.* 2020;2(3):1-3.
  25. Fernandez J, Lunkes LC, Meziat-Filho N. Biopsychosocial approaches to telerehabilitation for chronic primary musculoskeletal pain: A real possibility for physical therapists, that is here to stay. *Braz J Phys Ther.* 2022 Jan-Feb;26(1):100350.
  26. Rossetini G, Palese A, Geri T, Fiorio M, Colloca L, Testa M. Physical therapists' perspectives on using contextual factors in clinical practice: Findings from an Italian national survey. *PLoS One.* 2018;13(11):e0208159.
  27. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P; ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health.* 2005 Mar-Apr;8(2):94-104.
  28. Prinsen CAC, Mokkink LB, Bouter LM, Alonso J, Patrick DL, de Vet HCW, Terwee CB. COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Qual Life Res.* 2018 May;27(5):1147-1157.
  29. Terwee CB, Prinsen CAC, Chiarotto A, Westerman MJ, Patrick DL, Alonso J, et al. COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures: a Delphi study. *Qual Life Res.* 2018 May;27(5):1159-1170.
  30. World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments. [Accedido el 23 de mayo de 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/)
  31. Willis GB. Cognitive interviewing: A tool for improving questionnaire design [Libro en internet]. Sage Publications Inc: 2004. [Accedido el 23 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/cognitive-interviewing/book225856>
  32. Conrad FG, Blair J. Data Quality in Cognitive Interviews: The Case of Verbal Reports. In: *Methods for Testing and Evaluating Survey Questionnaires.* New York: John Wiley & Sons;2004:67-87.
  33. Bibiloni N, Torre AC, Angles MV, Terrasa SA, Vazquez Peña FR, Sommer J, et al. Validación de un cuestionario en español sobre la usabilidad de la telemedicina. *Medicina (Buenos Aires).* 2020;80(6):649-653.
  34. Okoli C, Pawlowski SD. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Inf Manage.* 2004;42(1):15-29.
  35. Galicia Alarcón LA, Balderrama Trápaga JA, Edel Navarro R, Galicia Alarcón LA, Balderrama Trápaga JA, Edel Navarro R. Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apert Guadalaj Jal.* 2017;9(2):42-53.
  36. Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Rassouli M, Abbaszadeh A, Alavi-Majd H, Nikanfar A-R. Design and Implementation Content Validity Study: Development of an instrument for measuring Patient-Centered Communication. *J Caring Sci.* 2015;4(2):165-178.
  37. Safikhani S, Sundaram M, Bao Y, Mulani P, Revicki DA. Qualitative assessment of the content validity of the Dermatology Life Quality Index in patients with moderate to severe psoriasis. *J Dermatol Treat.* 2013;24(1):50-59.
  38. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health.* 2007;30(4):459-467.
  39. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res.* 1986;35(6):382-385.
  40. Schilling LS, Dixon JK, Knafel KA, Grey M, Ives B, Lynn MR. Determining content validity of a self-report instrument for adolescents using a heterogeneous expert panel. *Nurs Res.* 2007;56(5):361-366.
  41. Lawshe CH. A Quantitative Approach to Content Validity. *Pers Psychol.* 1975;28(4):563-575.
  42. Rodrigues IB, Adachi JD, Beattie KA, MacDermid JC. Development and validation of a new tool to measure the facilitators, barriers and preferences to exercise in people with osteoporosis. *BMC Musculoskelet Disord.* 2017;18(1):540.
  43. Converse L, Barrett K, Rich E, Reschovsky J. Methods of Observing Variations in Physicians' Decisions: The Opportunities of Clinical Vignettes. *J Gen Intern Med.* 2015;30 Suppl 3:S586-594.
  44. Veloski J, Tai S, Evans AS, Nash DB. Clinical vignette-based surveys: a tool for assessing physician practice variation. *Am J Med Qual Off J Am Coll Med Qual.* 2005;20(3):151-157.

45. Leeuw ED de, Hox J, Dillman D, editores. International Handbook of Survey Methodology. Alemania: The European Association of Methodology; 2008. p.549.
46. Schmidt WC. World-Wide Web survey research: Benefits, potential problems, and solutions. Behav Res Methods Instrum Comput. 1997;29(2):274-279.
47. Shapiro AK, Morris L. The placebo effect in medical and psychological therapies. In: Garfield S, Bergin A, editors. Handbook of psychotherapy and behaviour changes. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 1978:369-410.
48. Hróbjartsson A. What are the main methodological problems in the estimation of placebo effects? J Clin Epidemiol. 2002;55(5):430-435.
49. Steurer J. The Delphi method: an efficient procedure to generate knowledge. Skeletal Radiol. 2011;40(8):959-961.
50. Akins RB, Tolson H, Cole BR. Stability of response characteristics of a Delphi panel: application of bootstrap data expansion. BMC Med Res Methodol. 2005;5:37.
51. Hallowell MR, Gambatese JA. Qualitative Research: Application of the Delphi Method to CEM Research. J Constr Eng Manag. 2010;136(1):99-107.
52. Carlino E, Benedetti F. Different contexts, different pains, different experiences. Neuroscience. 2016;338:19-26.
53. Wiech K, Ploner M, Tracey I. Neurocognitive aspects of pain perception. Trends Cogn Sci. 2008;12(8):306-313.
54. Bushnell MC, Ceko M, Low LA. Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. Nat Rev Neurosci. 2013;14(7):502-511.
55. Linde K, Fässler M, Meissner K. Placebo interventions, placebo effects and clinical practice. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2011;366(1572):1905-1912.
56. Rossetini G, Testa M. Manual therapy RCTs: should we control placebo in placebo control? Eur J Phys Rehabil Med. 2018;54(3):500-501.
57. Rossetini G, Camerone EM, Carlino E, Benedetti F, Testa M. Context matters: the psychoneurobiological determinants of placebo, nocebo and context-related effects in physiotherapy. Arch Physiother. 2020;10:11.
58. Schedlowski M, Enck P, Rief W, Bingel U. Neuro-Bio-Behavioral Mechanisms of Placebo and Nocebo Responses: Implications for Clinical Trials and Clinical Practice. Pharmacol Rev. 2015;67(3):697-730.
59. Durning SJ, Artino AR, Pangaro LN, van der Vleuten C, Schuwirth L. Perspective: redefining context in the clinical encounter: implications for research and training in medical education. Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2010;85(5):894-901.



Argentinian Journal of Respiratory and Physical Therapy by AJRPT is licensed under a **Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional License**. Creado a partir de la obra en [www.ajrpt.com](http://www.ajrpt.com). Puede hallar permisos más allá de los concedidos con esta licencia en [www.ajrpt.com](http://www.ajrpt.com)

**Citar este artículo como:** Andreu M, Policastro P, Terrasa SA, Rossetini G, Testa M, Dias de Carvalho T, Pardo Y. **Adaptación transcultural y validación de contenido de un cuestionario para explorar las perspectivas de fisioterapeutas de Argentina con respecto al uso de factores contextuales en el dolor musculoesquelético.** AJRPT. 2022;4(2):20-31.

Participe en nuestra revista



Lo invitamos a visitar e interactuar a través de la página  
[www.ajrpt.com](http://www.ajrpt.com)

