

ARTÍCULOS ORIGINALES

Traducción y adaptación transcultural al contexto español del marco teórico *Person-Centred Practice Framework*

Translation and transcultural adaptation of the theoretical Person-Centred Practice Framework to the Spanish context

Ana Choperena^{1,2,3}, Yvonne Gavela-Ramos⁴, Marta Lizarbe-Chocarro^{2,3,5}, María José Galán-Espinilla⁶, Begonia Errasti-Ibarrondo^{1,2,3}, Virginia La Rosa-Salas^{2,3,5}, Mónica Vázquez-Calatayud^{2,3,7}, Brendan McCormack⁸, Ana Carvajal-Valcárcel^{1,2,3}

RESUMEN

Fundamento. El cuidado centrado en la persona se ha convertido en un enfoque esencial a nivel global que pretende dar respuesta a todas las dimensiones que afectan a los complejos procesos de la atención sanitaria. El *Person Centred Practice Framework* (PCPF), desarrollado por McCormack y McCance facilita que los equipos multidisciplinares puedan entender y operativizar todas las dimensiones que participan en el desarrollo de una atención centrada en la persona. El objetivo del estudio fue obtener la primera versión española del marco PCPF traducida y adaptada a nuestro contexto español.

Método. La traducción y adaptación transcultural del PCPF se acometió utilizando la guía *Translation and cultural adaptation process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures*, que incluye una sesión con expertos. Además, se realizó una validación de contenido de la claridad y la relevancia de cada dominio.

Resultados. No se encontraron dificultades relevantes para llegar a un acuerdo en la mayoría de los términos que necesitaron ser clarificados, a excepción del término *Estar presente con pleno reconocimiento del otro*, que fue el más complejo de traducir y adaptar culturalmente. Respecto a la relevancia y claridad, el índice de validez de contenido por constructo (I-CVI) y del marco global (S-CVI/Ave) mostraron excelentes resultados ($\geq 0,90$).

Conclusiones. Se ha obtenido una versión adaptada al español clara, relevante y conceptualmente equivalente al marco PCPF original. La disponibilidad de este marco en español facilitará una mejor comprensión de la práctica centrada en la persona y favorecerá la implementación de este enfoque en la práctica clínica.

Palabras clave. Práctica centrada en la persona. Cuidado centrado en la persona. Traducción y adaptación transcultural. Marco teórico.

ABSTRACT

Background. Person-centered care has become a key global approach that seeks to provide answers to all factors of the complex health care-related processes. This has led to the development of theoretical frameworks that represent the components of person-centered care. The internationally recognized *Person-Centred Practice Framework* (PCPF) (McCormack and McCance) allows multidisciplinary teams to understand and operationalize the dimensions for the development of person-centered care. The aim of this study was to obtain the first Spanish version of the PCPF translated and adapted to the Spanish context.

Methods. We translated the PCPF following the *Translation and cultural adaptation process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures* guidelines. A consulting session with experts was part of the process and content validation on clarity and relevance for each domain was performed.

Results. We encountered no significant difficulties to reach agreements on most of the terms except for *Having a sympathetic presence*. Not only was a complex term to translate but also to trans-culturally adapt. Regarding relevance and clarity, the content index by construct (I-CVI) and the global framework (S-CVI/Ave) were consistent with their original counterparts (≥ 0.90).

Conclusions. The adapted Spanish version is clear, significant, and conceptually equivalent to the original PCPF. It will allow a better comprehension of the person-centered practice framework in the Spanish context and facilitate the implementation of this approach in clinical practices.

Keywords. Person-centered practice. Person-centered care. Translation and transcultural adaptation. Theoretical framework.

1. Departamento de Enfermería de la Persona Adulta. Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra. Pamplona. España.
2. Grupo de investigación ICCP-UNAV, Innovación para un Cuidado Centrado en la Persona. Universidad de Navarra. Pamplona. España.
3. Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA). Pamplona. España.
4. Instituto de Lengua y Cultura Españolas (ILCE). Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Navarra. Pamplona. España.
5. Unidad de Docencia Práctica. Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra. Pamplona. España.
6. Centro de Salud de Ultzama. Gerencia de Atención Primaria de Navarra. Servicio Navarro de Salud-Osaunbidea. Pamplona. España.
7. Área de Desarrollo Profesional e Investigación en Enfermería. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.
8. The Susan Wakil School of Nursing and Midwifery. The University of Sydney. Sydney. Australia.

Correspondencia:

Marta Lizarbe-Chocarro [mlizarbe@unav.es]

Citación:

Choperena A, Gavela-Ramos Y, Lizarbe-Chocarro M, Galán-Espinilla MJ, Errasti-Ibarrondo B, La Rosa-Salas V, Vázquez-Calatayud M, McCormack B, Carvajal-Valcárcel A. Traducción y adaptación transcultural al contexto español del marco teórico *Person-Centred Practice Framework*. An Sist Sanit Navar 2022; 45(3): e1016. <https://doi.org/10.23938/ASSN.1016>

Recibido: 18/07/2022 • Revisado: 21/09/2022 • Aceptado: 13/11/2022



INTRODUCCIÓN

El cuidado centrado en la persona se ha convertido en un movimiento global en la atención sanitaria^{1,2}. Partiendo de este enfoque que contempla a la persona en su totalidad, los proveedores de la atención sanitaria alcanzan a comprender la historia de vida de las personas, sus experiencias de salud, el papel de la familia en sus vidas y el rol que todos los agentes implicados pueden desempeñar en los complejos procesos de salud³. La evidencia demuestra que la satisfacción de las necesidades del individuo dentro de un enfoque de atención centrada en la persona es imprescindible para un servicio sanitario eficiente y eficaz⁴. Todos estos planteamientos han llevado al desarrollo de distintos marcos teóricos que representan de forma heterogénea los componentes de la atención centrada en la persona^{2,5-7}. Sin embargo, dichos marcos aportan visiones parciales que no se dirigen a la integración del conjunto de agentes involucrados en los procesos de salud⁸, y no resuelven la tradicional distancia que se interpone entre la teoría y su operatividad en la realidad asistencial en el contexto de las correspondientes políticas de salud⁹.

En los últimos años, el interés por desarrollar políticas, programas, enfoques y/o iniciativas de atención centrada en la persona ha crecido tanto en España como en otros países. Como señalan Bermejo-García y col¹⁰, el precedente en España se encuentra en la *Guía de buenas prácticas para residencias de mayores* que se desarrolló en Asturias en 2008^{11,12}. Aunque la mayor parte de los esfuerzos por desarrollar e implementar estos enfoques se ha realizado en el ámbito de la geriatría y la gerontología, la cronicidad, la dependencia y la discapacidad^{10,13,14}, existen otras iniciativas y planes estratégicos, como los desarrollados por Castilla la Mancha, Madrid o Navarra¹⁵⁻¹⁷ que destacan la centralidad y el papel clave de la atención centrada en la persona para lograr la humanización de los cuidados. Se ha realizado la necesidad de situar a la persona en el centro de la atención -y no a la enfermedad por la que es atendida-, así como a la educación como medio de sensibilización para los profesionales sanitarios¹⁷.

A pesar del incremento progresivo de miradas un tanto parciales que enfatizan este tipo de perspectivas, el reto se mantiene en llevar a la práctica

los principios estables que posicionan a la persona en el centro de la atención sanitaria, con el fin de que los equipos multiprofesionales puedan ofrecer los niveles de atención adecuados y correspondientes^{18,19}. En efecto, ninguna de las teorías particulares adopta una perspectiva verdaderamente holística que abarque la centralidad de la persona como elemento integrador de todos los agentes implicados en los procesos de salud/enfermedad (equipos sanitarios complejos y pacientes/familias/comunidades), el abordaje de sus experiencias, y su concreción en el imaginario de perspectivas personales y elementos operacionales que conjuntamente componen los complejos procesos de la atención sanitaria²⁰.

El *Person Centred Practice Framework* (PCPF) es un marco teórico desarrollado por Brendan McCormack y Tanya McCance²¹ con el deseo de operativizar el enfoque filosófico centrado en la persona, de forma que iluminara la práctica y proporcionara un lenguaje que permitiera nombrar los componentes de la persona desde una perspectiva global, así como los obstáculos y facilitadores que influyen en el desarrollo de sus potencialidades²⁰. El marco PCPF²⁰ ayuda a los equipos multidisciplinares a entender, manejar y poner en práctica todas las dimensiones que participan en el desarrollo de una atención centrada en la persona¹⁸; integra una perspectiva teórica estable y testada progresivamente a través de la investigación^{2,19,21}; y adopta un enfoque sistémico para la práctica de la atención sanitaria que opera a nivel de personas individuales, comunidades y poblaciones²¹. Se encuentra definido en la categoría conceptual de Teoría de Rango Medio²², por lo que articula una serie de conceptos relativamente concretos derivados de un modelo conceptual^{23,24}, las definiciones de dichos conceptos y explicita las relaciones que se establecen entre ellos a través de las correspondientes proposiciones^{25,26}. Además, integra un conjunto de indicadores empíricos o cuestionarios que proporcionan los medios concretos y específicos para medir los conceptos y abordarlos directamente en el ámbito práctico^{18,27}.

Este marco ha sido diseñado en el ámbito anglosajón, pero no está adaptado al contexto español. Por lo tanto, a la luz de todo lo anterior, el objetivo de este estudio fue obtener la primera versión española del marco teórico PCPF²⁰ traducida y adaptada a nuestro contexto español.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción del PCPF

La versión original en inglés del PCPF fue desarrollada en 2006 por McCormack y McCance²²; se ha ido afinando y testando a lo largo de más de 15 años, obteniendo la última versión en 2021 (Fig. 1). Está compuesto por cuatro dominios: 1) *macro contexto*: factores cuya naturaleza estratégica y política influyen en el desarrollo de una cultura centrada en la persona; 2) *prerrequisitos*: requisitos necesarios que debe presentar la persona que proporciona el cuidado; 3) *entorno de la práctica*: contexto donde se proporciona el cuidado; 4) *procesos centrados en la persona*: especificaciones del tipo de atención/cuidado/relación necesarias para interactuar con la persona. Cada dominio consta de distintos constructos, veintiuno en total y la relación entre los dominios, posiciona a la cultura saludable como el resultado central del marco para el desarrollo de un cuidado centrado en la persona efectivo²⁰.

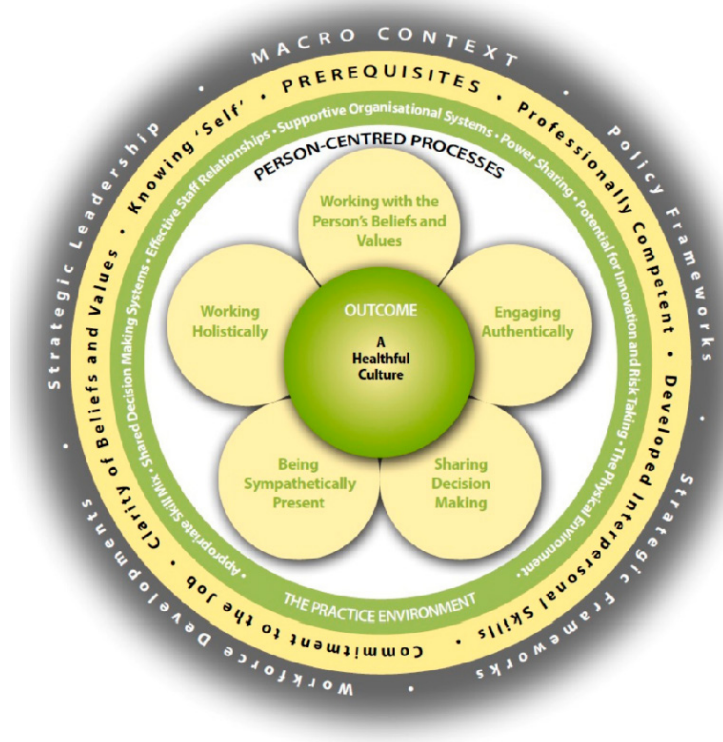
Traducción y adaptación transcultural

La traducción y adaptación transcultural del PCPF se ha realizado siguiendo las directrices de la guía *Translation and cultural adaptation process*

for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures, diseñada por el grupo de investigación internacional *Translation and Cultural Adaptation group of International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research's Quality of Life Special interest Group*²⁸, que busca establecer un consenso de carácter internacional de los principios de buenas prácticas a la hora de plantear traducciones y adaptaciones culturales.

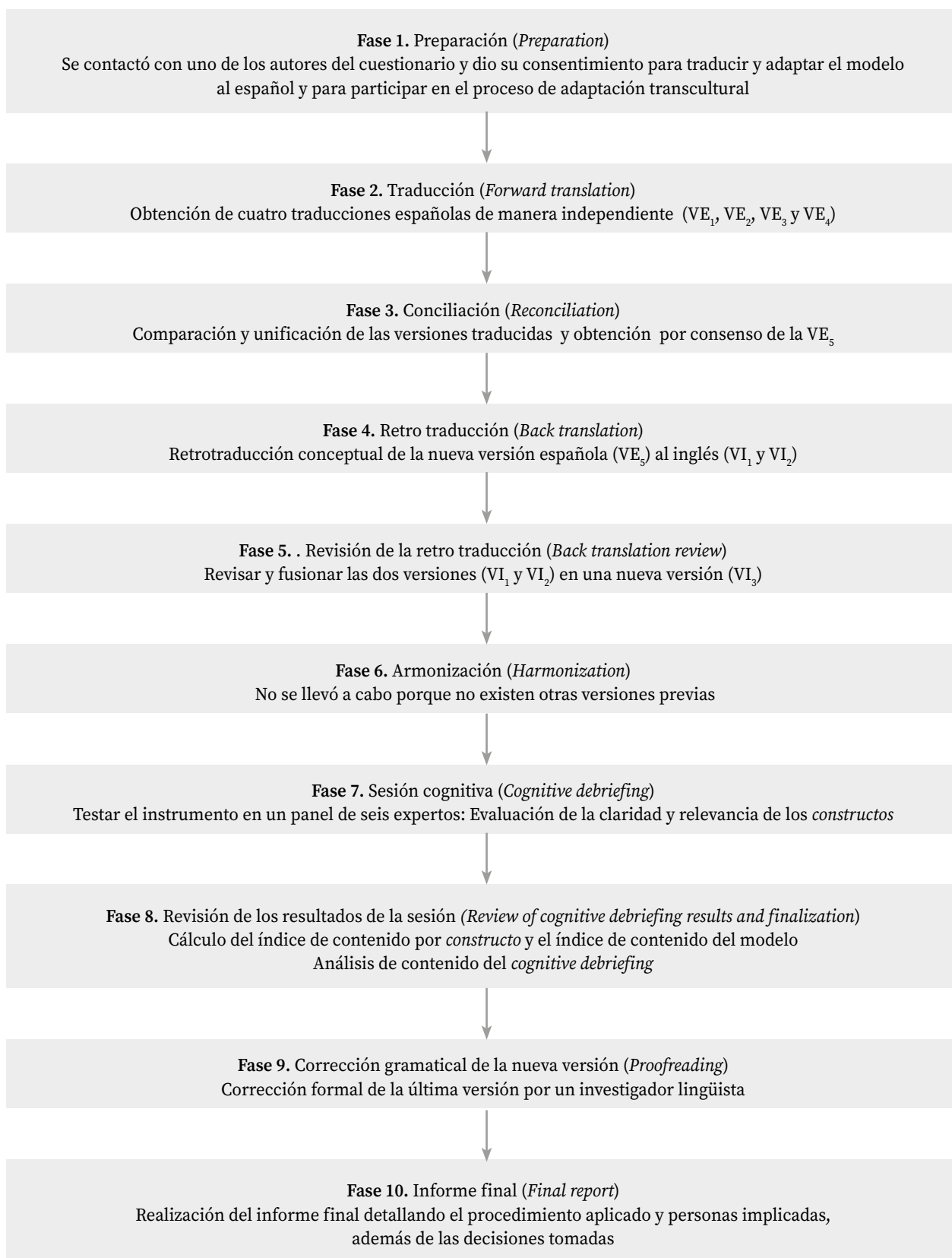
Las personas que estuvieron involucradas en el proceso de adaptación transcultural fueron: 1) el autor del marco teórico; 2) la coordinadora del proyecto; 3) la persona de contacto del país en el que se va a traducir el marco y que cumple con los criterios exigidos por la guía PRO: ser nativa española, disponer de un nivel fluido de inglés, vivir en España desde al menos un año, pertenecer al ámbito de la salud y disponer de experiencia previa con respecto a la traducción de cuestionarios; en este caso fue la misma persona que la coordinadora del proyecto; 4) cuatro traductores profesionales nativos españoles, con nivel fluido de inglés; 5) dos traductores profesionales nativos ingleses, con nivel fluido de castellano; y 6) profesionales expertos de distintos ámbitos y con diferentes conocimientos en el cuidado centrado en la persona.

Siguiendo la guía PRO²⁸ los pasos acometidos en el proceso fueron los siguientes (Fig. 2):



Los autores disponen de la autorización del autor del gráfico, Brendan McCormack, para reproducirlo en este artículo.

Figura 1. Representación gráfica del *Person-Centred Practice Framework*.



VE: versión española; VI: versión inglesa.

Figura 2. Diagrama de flujo del proceso de traducción y adaptación transcultural para reportar resultados de pacientes (PRO).

1. *Preparación*: se contactó con uno de los autores principales del marco teórico, que además es investigador colaborador de este proyecto.

2. *Traducción*: se realizaron cuatro versiones del inglés al español de manera independiente (VE₁, VE₂, VE₃ y VE₄) por personas nativas españolas con nivel fluido en inglés; tres de ellas estaban familiarizadas con el marco teórico y una, que era un traductor profesional, no tenía ninguna relación con el mundo de la salud.

3. *Conciliación*: un comité formado por cuatro traductoras que participaron en la fase de traducción descrita en el punto anterior (tres de ellas ya estaban familiarizadas con el marco) y la coordinadora del proyecto analizaron y discutieron las ambigüedades y discrepancias de cada ítem, obteniendo por consenso la nueva versión española del marco (VE₅).

4. *Retro-traducción*: dos traductores profesionales nativos ingleses con un nivel fluido de castellano, que eran diferentes a los traductores de la fase de traducción y que no estaban familiarizados con el marco en cuestión, realizaron dos traducciones al inglés de manera independiente obteniendo dos versiones (VI₁ y VI₂).

5. *Revisión de la retro-traducción*: un comité formado por los cuatro traductoras del cuestionario que participaron en la fase de traducción y la coordinadora del proyecto compararon y obtuvieron la nueva versión inglesa VI₃. Esta versión fue revisada por uno de los autores del marco teórico y comparada con la versión original.

6. *Armonización*: este paso no se realizó porque no hay otras versiones del marco adaptadas culturalmente a otros idiomas.

7. *Sesión cognitiva*: se seleccionó un panel heterogéneo de personas expertas en los ámbitos de formación académica, trabajo, y disciplina académica. Primeramente, evaluaron la claridad y la relevancia de cada uno de los constructos mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos: 4= muy claro/muy relevante, 3= bastante claro/bastante relevante, 2= algo claro/algo relevante, y 1= no claro/no relevante²⁹. Además, se les pidió que escribieran sugerencias o alternativas a los términos que presentaran puntuaciones 1 o 2 en claridad/relevancia, detallando los motivos. Las principales discrepancias encontradas se discutieron en una puesta en común.

8. *Revisión de los resultados de la sesión*: la coordinadora del proyecto y una investigadora analizaron los resultados calculando el índice de validez de contenido por constructo (I-CVI). Para ello, dividieron el número de observadores que puntuaron los

ítems con 3 o 4 entre el total de observadores. Para evitar la posibilidad de coincidencia por azar entre los expertos se calculó el índice *kappa* modificado²⁹, interpretando los resultados según la clasificación de Cicchetti y Sparrow³⁰. La validez de contenido del marco (S-CVI/Ave) se calculó como el promedio de los I-CVI, interpretándose como excelente si el valor obtenido era superior a 0,90³¹. A continuación, se realizó un análisis de contenido de los comentarios sugeridos por el panel de expertos. Posteriormente, se consultó al autor del marco los aspectos que necesitaban ser clarificados tras la puesta en común.

9. *Corrección gramatical de la nueva versión*: una investigadora del equipo experto en el ámbito de las humanidades corrigió los errores formales de la última versión del marco consensuados con el coordinador del proyecto.

10. *Informe final*: la coordinadora escribió el informe final incluyendo las personas involucradas en el proceso, las metodologías utilizadas y las decisiones tomadas a lo largo de todos los pasos.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos tras la consecución de los pasos descritos en la guía fueron los siguientes:

1. *Preparación*: el autor del cuestionario dio su consentimiento para traducir y adaptar el marco del inglés al español y participar en el proceso de adaptación cultural.

2. *Traducción*: se obtuvieron cuatro versiones en español de manera independiente (VE₁, VE₂, VE₃ y VE₄). El tiempo que empleó cada uno de los traductores fue de alrededor de 1,5 horas.

3. *Fase de conciliación*: el comité obtuvo por consenso la versión española VE₅. Hubo algunos constructos que se consultaron al autor del marco para clarificar su significado: 1.1: *policy frameworks*; 2.3: *workforce developments e intentional engagement*; 3.7: *balance aesthetics y sanctuary*; 4.3: *being sympathetically present*. Se llegó a un consenso en todos los dominios y constructos menos en el 4.3, que presentó una cierta dificultad a la hora de plantear una traducción adaptada al español. El autor sugirió utilizar *being present with sympathy*. Teniendo en cuenta que la traducción de este término inglés difiere sustancialmente en el idioma español, se consultó con un filólogo lingüista independiente, quien propuso definirlo como *estar presente con plena empatía*. A partir de ambas sugerencias, el comité propuso finalmente la traducción *estar presente con pleno reconocimiento del otro*.

4. *Retro-traducción*: se obtuvieron dos versiones en inglés de manera independiente (VI_1 y VI_2). Ambas traducciones fueron realizadas conceptualmente, en vez de literalmente.

5. *Revisión de la retro-traducción*: el comité que participó en la fase de conciliación (paso 3) obtuvo por consenso una nueva versión inglesa (VI_3) basada en las VI_1 y VI_2 . Se preguntó a los traductores si se podían utilizar los términos originales *evaluation* y *governance framework* en vez de los términos traducidos *assessment* (constructo 1.1) y *governing framework* (constructo 3.4), respectivamente. Los traductores consensuaron cambiar los términos propuestos. Además, el autor del marco propu-

so modificar las expresiones *profile of professional* (constructo 3.1) y *authentic commitment* (constructo 4.3) por *profile of staff* y *engaging authentically*, respectivamente.

7. *Sesión cognitiva*: en el panel de personas expertas participaron un grupo de seis profesionales con las siguientes características: formación académica (tres disponían de estudios de máster y tres, con el grado de doctor); ámbito de trabajo (dos pertenecían al ámbito clínico, dos al clínico-académico y dos eran gestoras sanitarias); y disciplina académica (una pertenecía al ámbito de la medicina y cinco al de la enfermería). Además, cuatro de ellas contaban con un elevado ni-

Tabla 1. Claridad y relevancia de la versión española del *Person-Centred Practice Framework*

	Claridad			Relevancia		
	I-CVI	k*	Evaluación#	I-CVI	k*	Evaluación
Macro contexto						
Marcos políticos y Políticas sociosanitarias	0,67	0,57	Aceptable	1	1	Excelente
Marcos estratégicos	0,83	0,81	Excelente	1	1	Excelente
Desarrollo del personal	0,67	0,57	Aceptable	1	1	Excelente
Liderazgo estratégico	0,83	0,81	Excelente	1	1	Excelente
Prerrequisitos (requisitos necesarios)						
Ser profesionalmente competente	1	1	Excelente	1	1	Excelente
Haber desarrollado habilidades interpersonales	1	1	Excelente	1	1	Excelente
Estar comprometido con el trabajo	1	1	Excelente	1	1	Excelente
Conocerse a sí mismo	1	1	Excelente	1	1	Excelente
Claridad en las creencias y valores	1	1	Excelente	1	1	Excelente
El entorno de la práctica						
Proporción adecuada de profesionales capacitados	1	1	Excelente	1	1	Excelente
Sistemas de toma de decisiones compartidas	1	1	Excelente	1	1	Excelente
Relaciones eficaces entre profesionales	0,83	0,81	Excelente	1	1	Excelente
Sistemas organizativos de apoyo	1	1	Excelente	1	1	Excelente
Poder compartido	1	1	Excelente	1	1	Excelente
Capacidad de innovación y asunción de riesgos	0,83	0,81	Excelente	1	1	Excelente
El entorno físico	1	1	Excelente	1	1	Excelente
Procesos centrados en la persona						
Trabajar con las creencias y los valores de la persona	1	1	Excelente	1	1	Excelente
Toma de decisiones compartidas	1	1	Excelente	1	1	Excelente
Implicación auténtica	0,67	0,57	Aceptable	1	1	Excelente
Estar presente con pleno reconocimiento del otro	0,67	0,57	Aceptable	1	1	Excelente
Trabajar de manera holística	1	1	Excelente	1	1	Excelente
			S-CVI/Ave = 0,90	S-CVI/Ave = 1		

I-CVI: *Item-level content validity index*, validez de contenido por constructo; k*: *kappa* modificado ajustado por azar; #: evaluación de *kappa* ponderado según Cicchetti y Sparrow (1981) y Fleiss (1981): 0,40-0,59: aceptable, 0,60-0,74: bueno, $\geq 0,75$: excelente; S-CVI/Ave: *Scale-level content validity Average*, índice de validez de contenido del marco *Person-Centred Care Practice* valorado según Waltz y col 2005: excelente si $\geq 0,90$.

Tabla 2. Traducción de los términos del *Person-Centred Practice Framework* (PCPF) al español

Dominio 1. Macro contexto	
Constructo	Traducción
1.1	Marcos políticos / Políticas sociosanitarias Políticas locales, nacionales e internacionales con una visión, misión y tiempos de actuación que guían el desarrollo y la evaluación de una cultura centrada en la persona.
1.2	Marcos estratégicos Marcos locales, nacionales e internacionales centrados en implementar directrices con la intención de influir en el desarrollo de una cultura centrada en la persona.
1.3	Desarrollo del personal Modelos y marcos locales, nacionales e internacionales que guían el desarrollo y la sostenibilidad de los modelos de dotación de personal (número, perfil, experiencia, etc.), así como sistemas de aprendizaje y apoyo para una cultura centrada en la persona.
1.4	Liderazgo estratégico Compromiso de las partes interesadas que son clave en el desarrollo, implementación y sostenibilidad de estrategias para una cultura centrada en la persona.
Dominio 2. Prerrequisitos (Requisitos necesarios)	
Constructo	Traducción
2.1	Ser profesionalmente Competente El conocimiento, las habilidades y las actitudes de la persona para consensuar un cuidado holístico y eficaz.
2.2	Haber desarrollado habilidades interpersonales La capacidad de la persona para comunicarse con los demás a distintos niveles, empleando una comunicación verbal y no verbal efectiva que muestra una preocupación personal por sus situaciones y un compromiso para llegar a soluciones de mutuo acuerdo.
2.3	Estar comprometido con el trabajo El compromiso que demuestran las personas a través de la implicación intencional (consciente) centrada en alcanzar los mejores resultados posibles.
2.4	Conocerse a sí mismo El modo en el que una persona le da sentido a lo que sabe, quién es y hacia dónde quiere llegar a través de la reflexión, la autoconciencia y el compromiso con los demás.
2.5	Claridad en las creencias y valores La conciencia del impacto que tienen las creencias y valores en la experiencia de cuidado y el compromiso para conciliarlos de forma que se facilite el cuidado centrado en la persona.
Dominio 3. El entorno de la práctica	
Constructo	Traducción
3.1	Proporción adecuada de profesionales capacitados El número y perfil de personal que tiene los conocimientos y habilidades necesarias para proporcionar un servicio de calidad adecuado a cada situación.
3.2	Sistemas de toma de decisiones compartida Compromiso organizacional para establecer vías de colaboración, inclusión y participación dentro y entre los equipos.
3.3	Relaciones eficaces entre profesionales Relaciones interpersonales productivas para alcanzar un cuidado holístico centrado en la persona.
3.4	Sistemas organizativos de apoyo Sistemas organizacionales que promueven la iniciativa, la creatividad, la libertad y la seguridad de las personas, respaldados por un marco de gobernanza que enfatiza la cultura, las relaciones, los valores, la comunicación, la autonomía profesional y la responsabilidad.
3.5	Poder compartido Relaciones ni jerárquicas ni dominantes que no se aprovechan de las personas, sino que se preocupan por lograr los mejores resultados consensuados a través de valores, objetivos, voluntades y deseos de común acuerdo.
3.6	Capacidad de innovación y asunción de riesgos El ejercicio de la responsabilidad profesional en la toma de decisiones que refleja un equilibrio entre la mejor evidencia disponible, el criterio profesional, la información disponible y las preferencias del paciente/familia.
3.7	El entorno físico Entornos sanitarios que equilibran lo estético con lo funcional, prestando atención al diseño, la dignidad, la privacidad, la protección, la elección/control, la seguridad y el acceso universal, con la intención de mejorar el desempeño y los resultados del paciente, la familia y el personal.

Dominio 4. Procesos centrados en la persona	
Constructo	Traducción
4.1	Trabajar con las creencias y los valores de la persona Tener una idea clara de lo que el paciente valora de su vida y cómo le da sentido a lo que está ocurriendo desde su perspectiva individual, su contexto psicosocial y su rol en la sociedad.
4.2	Toma de decisiones compartida Involucrar a las personas en la toma de decisiones considerando sus valores, sus experiencias, preocupaciones y aspiraciones futuras.
4.3	Implicación auténtica La conexión entre las personas implicadas que viene determinada por el conocimiento de la persona, la claridad de creencias y valores, el autoconocimiento y la competencia profesional.
4.4	Estar presente con pleno reconocimiento del otro Un compromiso que reconoce la singularidad y el valor de la persona, respondiendo de forma apropiada a las señales para maximizar los recursos de afrontamiento, a través de la identificación de lo importante en sus vidas.
4.5	Trabajar de manera holística Modos de interacción que tienen en cuenta la totalidad de la persona a través de la integración de las dimensiones fisiológicas, psicológicas, socioculturales, evolutivas y espirituales de las personas.

vel de conocimiento y experiencia científica con respecto al constructo de interés (el cuidado centrado en la persona) y una disponía además de experiencia previa en validaciones psicométricas. Se propuso al panel de expertos que eligieran una de estas dos traducciones: *estar presente con plena empatía* y *estar presente con pleno reconocimiento del otro*.

Revisión de los resultados de la sesión:

- *Claridad*: todos los dominios y constructos obtuvieron una puntuación de I-CVI excelente, excepto cuatro constructos (1.1, 1.3, 4.3 y 4.4), que obtuvieron una puntuación aceptable (Tabla 1). El S-CVI/Ave fue 0,9, clasificándose como excelente.
- *Relevancia*: todos los constructos obtuvieron un valor I-CVI excelente; el S-CVI/Ave fue 1.

Respecto al análisis del contenido, en la sesión de puesta en común se propusieron los siguientes cambios:

- Constructo 1.3: clarificar el término *modelos de dotación de personal* incluyendo los siguientes ejemplos: número, perfil, experiencia;
- Constructo 1.4: sustituir *participantes clave* por *partes interesadas que son clave*;
- Constructo 3.2: sustituir *compromiso organizativo* por *compromiso organizacional*;

- Constructo 3.6: añadir *que* en la expresión *decisiones que refleja un equilibrio*;
- Constructo 3.6: sustituir *información al alcance* por *información disponible*;
- Constructo 4.3: añadir *personas implicadas*.

El grupo de expertos eligió por unanimidad el término *estar presente con pleno reconocimiento del otro* para el constructo 4.3. El autor del marco dio su consentimiento para incluir las sugerencias de los expertos. Además, los expertos discutieron sobre dos constructos: 3.6 - cuatro expertos reflejaron que no había relación entre el término *innovación* y su definición; el autor explicó que la descripción del constructo hace referencia a *nuevo, creativo*; 4.1 - comentaron que aparecen los términos *creencias y valores*, y en la definición solo *valores*; el autor explicó que los valores de una persona comprenden las creencias, ya que *valores* se utiliza en un sentido amplio y por ello no requiere que la descripción incluya el término *creencias*.

8. Corrección gramatical de la nueva versión: se corrigieron errores gramaticales y tipográficos en los constructos 2.2, 2.4, 2.5, 3.2 y 3.4.

9. Informe final: la figura 3 incluye la imagen con los dominios y constructos del marco en español; además, la tabla 2 incluye la descripción de cada uno de los dominios traducidos y adaptados a nuestro contexto.

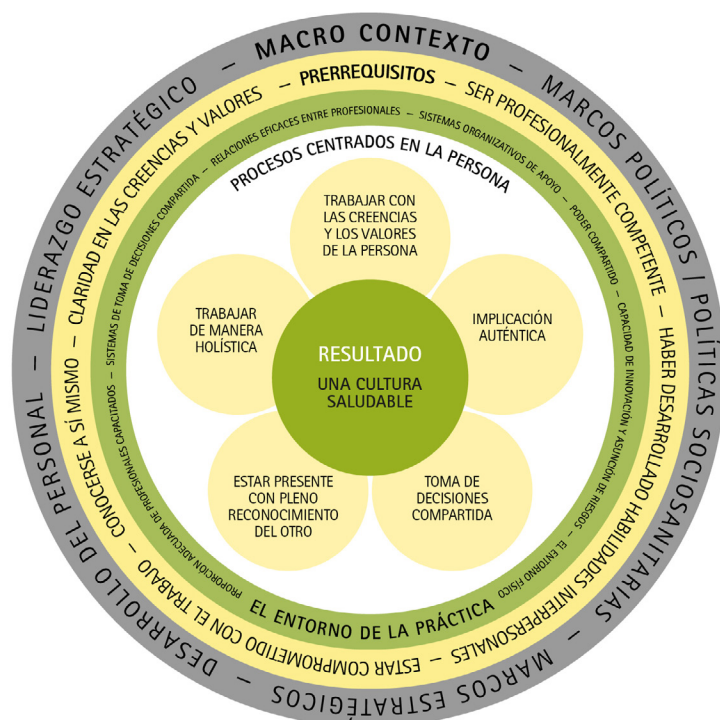


Figura 3. Representación gráfica de la versión traducida y adaptada al español del *Person-Centred Practice Framework* (PCPF).

DISCUSIÓN

Una vez finalizado el proceso de traducción y adaptación transcultural al contexto español del marco teórico *Person-Centred care Practice* (PCPC), diseñado por McCormack y McCance²⁰, se puede concluir que se ha obtenido una versión española conceptual y lingüísticamente equivalente a la versión original inglesa.

Se trata de la primera traducción del marco PCPF al español, que puede resultar útil en otros contextos donde se utilice la lengua española. Disponer de este marco en nuestro idioma facilitará la difusión de uno de los marcos teóricos interprofesionales más reconocidos internacionalmente en el ámbito de la práctica centrada en la persona¹⁸, y que dispone de un mayor recorrido en el tiempo en cuanto a su desarrollo teórico y operacional²¹.

A partir de este marco teórico se han desarrollado instrumentos que evalúan la percepción que tienen los distintos agentes que intervienen en los procesos de salud y enfermedad acerca del desarrollo de una práctica centrada en la persona. Entre ellos se encuentran los instrumentos dirigidos a profesio-

sionales del ámbito asistencial (PCPI-S)¹⁸, estudiantes (PCPI-ST)²⁷ y pacientes/familias (PCPI-SU)³². Estos instrumentos han sido adaptados y validados a otros idiomas como el noruego¹, el tailandés³³, el alemán³⁴ y el coreano³⁵. La necesidad de disponer de una versión del marco traducida y adaptada al español va a permitir fortalecer el fundamento de los instrumentos diseñados desde este enfoque y comprender mejor los conceptos que subyacen a los tres instrumentos de medida comentados.

Para realizar el proceso de traducción y adaptación cultural del marco se empleó la guía *Translation and cultural adaptation process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures*²⁸. Frente a las numerosas guías de adaptación transcultural disponibles, esta se basa en doce guías previas de traducción y adaptación cultural, lo que asegura la rigurosidad y calidad del proceso. Cabe destacar que el autor del marco participó en todo el proceso de traducción y adaptación para garantizar que no se perdiera el significado de los conceptos del original.

No se encontraron dificultades considerables para llegar a un acuerdo en la mayoría de los términos que necesitaron ser clarificados tanto en el

proceso de traducción como en la puesta en común con los expertos, a excepción del término *Estar presente con pleno reconocimiento del otro*, que fue el más complejo de traducir y adaptar culturalmente a nuestro contexto. Esto puede ser debido a que se trata de un valor intangible de la persona que resulta muy difícil de expresar del mismo modo en distintas culturas³⁶. Una de las fortalezas que se puede resaltar a la hora de clarificar este término fue el trabajo conjunto desarrollado, que integró al autor del cuestionario, a un filólogo lingüista, al comité del proceso de traducción y al grupo de expertos. Esto garantizó la equivalencia semántica y lingüística de la expresión original *being sympathetically present*.

El hecho de que no se hayan encontrado diferencias relevantes en el proceso de traducción y adaptación del PCPF a nuestro contexto español con la versión inglesa vislumbra la idea de que la práctica centrada en la persona es un fenómeno universal e inherente al ser humano independientemente del contexto donde se adapte. De hecho, este concepto se reconoce en políticas internacionales de salud³⁷.

El grupo de expertos que evaluó la claridad y relevancia de los términos fue heterogéneo; los expertos procedían de diferentes ámbitos y presentaban perfiles profesionales distintos, lo que favoreció una perspectiva más amplia y enriquecedora del marco³⁸. Además, siguiendo la recomendación de Polit y Beck²⁹, el número de expertos seleccionado fue de al menos seis y no más de 10, y entre ellos había tanto expertos en el constructo de la práctica centrada en la persona como en metodología psicométrica, lo cual aseguró en gran medida la calidad de los datos obtenidos.

Para evaluar la claridad y relevancia se utilizó la validez de contenido por constructo (I-CVI) y la validez de contenido del marco (S-CVI/Ave), utilizados previamente en la literatura³⁹. Se trata de métodos sencillos de calcular y de interpretar, que aportan información individual tanto por dominio y constructo como para la totalidad del marco, y que están ajustados (índice kappa modificado) para evitar el acuerdo por azar²⁹. Además, al medir la relevancia y la claridad de cada constructo se eligió el modelo Likert de 4 opciones^{31,40,41} para evitar el sesgo de tendencia central y evitar la categoría neutra en las respuestas. Los valores del índice de contenido de cada término y para todo el marco total fueron adecuados, por lo que se puede concluir que la versión española del marco PCPF refleja una

adecuada definición operativa del constructo de interés que se quiere medir.

Entre las limitaciones de este estudio cabe destacar que no se han realizado otras traducciones y adaptaciones del marco PCPF ni de otros similares a nuestro contexto hispanohablante, por lo que no podemos comparar los resultados obtenidos. Sin embargo, la rigurosidad de un proceso apoyado por la colaboración del autor del marco, la experiencia de los investigadores en la traducción y adaptación cultural de instrumentos, así como el seguimiento minucioso de la guía de Wild y col²⁸ garantizan una adecuada versión española.

Se puede concluir que se ha obtenido una versión adaptada al español clara, relevante, conceptualmente equivalente al marco PCPF original. La disponibilidad de este marco en español facilitará una mejor comprensión del concepto de práctica centrada en la persona en el sistema sanitario y apoyará las políticas sanitarias que se están llevando a cabo a nivel nacional, y en concreto en la comunidad de Navarra. Esto favorecerá la implementación de este enfoque en la práctica clínica beneficiando no solo al paciente y a su familia, sino también al conjunto de profesionales que intervienen en los procesos de salud/enfermedad, que podrán disponer de esta versión y, por último, al propio sistema sanitario, a través de la reducción de costes.

Este estudio forma parte de un proyecto más amplio que pretende validar los cuestionarios PCPI-S, PCPI-ST y PCPI-C, todos ellos diseñados bajo el marco teórico de McCormack y McCance, mediante su traducción y adaptación cultural. Disponer del marco traducido y adaptado al español permitirá comprenderlo en todas sus dimensiones, darlo a conocer, y aplicar un enfoque sólido de cuidado centrado en la persona en nuestro contexto.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiación

El presente trabajo ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III-Subdirección General de Evaluación y Fomento de la investigación, Madrid, España/FEDER, Una manera de hacer Europa [PI20/01644].

Agradecimientos

No aplica.

Contribución de autores

Conceptualización: ACV, BMcC, AC, BEI, VLS
 Curación de datos: ACV, BMcC, AC, BEI, VLS, MLZ, YGR
 Análisis formal: ACV, BMcC, AC, BEI, VLS, MLZ, YGR
 Investigación: ACV, BMcC, AC, BEI, VLS, MLZ, YGR, MVC, MJGE
 Metodología: ACV, MLZ
 Administración del proyecto: ACV
 Recursos: ACV, MLZ
 Supervisión: ACV, BMcC
 Visualización: ACV, MLZ
 Redacción – borrador original: ACV, AC, MLZ
 Redacción – revisión y edición: ACV, BMcC, AC, BEI, VLS, MLZ, YGR, MVC, MJGE

Disponibilidad de datos

Datos no disponibles.

BIBLIOGRAFÍA

- BING-JONSSON PC, SLATER P, MCCORMACK B, FAGERS-TRÖM L. Norwegian translation, cultural adaption and testing of the Person-centred Practice Inventory - Staff (PCPI-S). *BMC Health Serv Res* 2018; 18(1): 555. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3374-5>
- LYNCH BM, MCCANCE T, MCCORMACK B, BROWN D. The development of the person-centred situational leadership framework: revealing the being of person-centredness in nursing homes. *J Clin Nurs* 2018; 27(1-2): 427-440. <https://doi.org/10.1111/jocn.13949>
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Person-and family-centred care clinical best practice guidelines. Consultado el 28 de junio de 2022. https://www.rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care?_ga=2.29292287.213402761.1668691555-696392869
- KITSON A, MARSHALL A, BASSETT K, ZEITZ K. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *J Adv Nurs* 2013; 69(1): 4-15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x>
- SCHOLL I, ZILL JM, HÄRTER M, DIRMAIER J. An integrative model of patient-centeredness – a systematic review and concept analysis. *PLoS One* 2014; 9(9): e107828. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107828>
- RØSVIK J, KIRKEVOLD M, ENGEDAL K, BROOKER D, KIRKEVOLD Ø. A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study. *Int J Older People Nurs* 2011; 6(3): 227-236. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00290.x>
- PELZANG R, WOOD B, BLACK S. Nurses' understanding of patient-centred care in Butan. *Br J Nurs* 2010; 19(3): 186-193. <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.3.46541>
- POITRAS ME, MALTAIS ME, BESTARD-DENOMMÉ L, STEWART M, FORTIN M. What are the effective elements in patient-centered and multimorbidity care? A scoping review. *BMC Health Serv Res* 2018; 18(1): 446. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3213-8>
- BYRNE AL, BALDWIN A, HARVEY C. Whose centre is it anyway? Defining person-centred care in nursing: An integrative review. *PLoS One* 2020; 15(3): e0229923. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229923>
- BERMEJO-GARCÍA L, JIMÉNEZ-NAVASCUÉS L, SUÁREZ-PÉREZ DE EULATE N, MARTÍNEZ-CUERVO F, PARÍS-GIMÉNEZ J, FUGUET-FERRER J et al. Atención Centrada en la Persona. Documento técnico nº8. Oviedo: Sociedad española de enfermería geriátrica y gerontológica; 2018. <https://seegg.es/wp-content/uploads/2019/05/Doc-Tec-8.pdf>
- Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias. Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. I parte: Bases y reflexiones en torno a las buenas prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias. 2009. <https://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/4542/1/Archivo.pdf>
- Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias. Guía de Buenas Prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia. II parte: Buenas prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia. 2009. <https://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/4544/1/Archivo.pdf>
- DÍAZ-VEIGA P, SANCHO M, GARCÍA Á, RIVAS E, ABAD E, SUÁREZ N et al. Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2014; 49(6): 266-271. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.06.003>
- MARTÍNEZ RODRÍGUEZ T, DÍAZ-VEIGA P, RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ P, SANCHO CASTIELLO M. Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos. Madrid, Informes Envejecimiento en red, nº 12, 2015. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatenciuadernosmatia.pdf>
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria; 2016. https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/881_232_bvcm017902_0.pdf
- Consejería de Sanidad de Castilla la Mancha. Plan DIGNIFICA - Humanizando la asistencia. 2017. https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20171016/plan_dignifica_octubre_2017.pdf
- Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. Estrategia de humanización del sistema sanitario público de Navarra. Dirección General de Salud; 2018. <https://>

- www.navarra.es/NR/rdonlyres/684B6D5D-02FA-465D-9F1C-EC60CE963B0C/430016/estrategia_de_humanizacion_del_sistema_sanitario_p.pdf
18. SLATER P, MCCANCE T, MCCORMACK B. The development and testing of the Person-centred Practice Inventory - Staff (PCPI-S). *Int J Qual Health Care* 2017; 29(4): 541-547. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx066>
 19. KELLY R, BROWN DN, MCCANCE T. 'Owning the space'-person-centred practice in a 100% single-room acute-care environment: an ethnographic study. *J Clin Nurs* 2021; 31(19-20): 2921-2934. <https://doi.org/10.1111/jocn.16119>
 20. MCCORMACK B, MCCANCE T, BULLEY C, BROWN D, McMILLAN A, MARTIN S. *Fundamentals of person-centred healthcare practice*. Hoboken (NJ): Wiley-Blackwell, 2021.
 21. MCCANCE T, MCCORMACK B, SLATER P, MCCONNELL D. Examining the theoretical relationship between constructs in the person-centred practice framework: a structural equation model. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(24): 13138. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413138>
 22. MCCORMACK B, MCCANCE T. Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs* 2006; 56(5): 472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
 23. MCCORMACK B. A conceptual framework for person-centred practice with older people. *Int J Nurs Pract* 2003; 9(3): 202-209. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2003.00423.x>
 24. MCCANCE TV. *Caring in Nursing Practice: the development of a conceptual framework*. *Res Theory Nurs Pract* 2003; 17(2): 101-116. <https://doi.org/10.1891/rtnp.17.2.101.53174>
 25. FAWCETT JACQUELINE. *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. Philadelphia (PA): FA Davis Co, 1995.
 26. MCCORMACK B, MCCANCE T. *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice*. 2nd ed. Hoboken (NJ): Wiley-Blackwell, 2016.
 27. O'DONNELL D, SLATER P, MCCANCE T, MCCORMACK B, MCILFATRICK S. The development and validation of the Person-centred Practice Inventory-Student instrument: a modified Delphi study. *Nurse Educ Today* 2021; 100: 104826. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104826>
 28. WILD D, GROVE A, MARTIN M, EREMENCO S, MCELROY S, VERJEE-LORENZ A et al. 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; 8(2): 94-104. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>
 29. 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. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
 30. CICCHETTI DV, SPARROW SA. Developing criteria for establishing interrater reliability of specific items: applications to assessment of adaptive behavior. *Am J Ment Defic* 1981; 86(2): 127-137.
 31. WALTZ CF, STRICKLAND OL, LENZ ER. *Measurement in Nursing and Health Research*. 4th ed. New York: Springer; 2010.
 32. Queen Margaret University. Resources | Centre for Person-centred Practice Research. <https://www.cpcpr.org/resources>
 33. BALQIS-ALI NZ, SAW PS, JAILANI AS, FUN WH, MOHD SALEH N, TENGKU BAHANUDDIN TPZ et al. Cross-cultural adaptation and exploratory factor analysis of the Person-centred Practice Inventory - Staff (PCPI-S) questionnaire among Malaysian primary healthcare providers. *BMC Health Serv Res* 2021; 21(1): 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06012-9>
 34. WEIS MLD, WALLNER M, KÖCK-HÓDI S, HILDEBRANDT C, MCCORMACK B, MAYER H. German translation, cultural adaptation and testing of the Person-centred Practice Inventory - Staff (PCPI-S). *Nurs Open* 2020; 7(5): 1400-1411. <https://doi.org/10.1002/nop2.511>
 35. KIM S, TAK SH. Validity and reliability of the Korean version of Person-Centered Practice Inventory-Staff for Nurses. *J Korean Acad Nurs* 2021; 51(3): 363. <https://doi.org/10.4040/jkan.21027>
 36. ARANTZAMENDI M, CENTENO C. Intangible values of palliative care. *Eur J Palliat Care* 2017; 24(2): 72-74.
 37. World Health Organization (WHO). *People-centred and integrated health services: an overview of the evidence Interim Report*. World Health Organization, 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155004>
 38. GRANT JS, DAVIS LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health* 1997; 20(3): 269-274. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199706\)20:3<269::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199706)20:3<269::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
 39. ALFARO-DÍAZ C, CANGA-ARMAYOR A, GUTIÉRREZ-ALEMÁN T, CARRIÓN M, ESANDI N. Validación lingüística del Demand-Control-Support Questionnaire para profesionales de enfermería en España. *An Sist Sanit Navar* 2020; 43(1): 17-33. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0749>
 40. LYNN MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res* 1986; 35(6): 382-385. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>
 41. STURGIS P, ROBERTS C, SMITH P. Middle alternatives revisited. *Sociol Methods Res* 2014; 43(1): 15-38. <https://doi.org/10.1177/0049124112452527>