



ORIGINAL

Adaptación transcultural al español del cuestionario Patient empowerment in long-term conditions



Paloma Garcimartin^{a,b,c,*}, Yolanda Pardo-Cladellas^{d,e,f},
Jose-Maria Verdú-Rotellar^{b,g,h,i}, Pilar Delgado-Hito^{j,k}, Monica Astals-Vizcaino^{c,l,m}
y Josep Comin-Colet^{b,n,o,p,*}

^a Servicio de Cardiología, Hospital del Mar, Barcelona, España

^b Grupo de Investigación Biomédica en Enfermedades del Corazón, IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas), Barcelona, España

^c Escuela Superior de Enfermería del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona, España

^d Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios, IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas), Barcelona, España

^e Grupo de Redes del Centro de Investigación Biomédica, Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^f Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^g Centro de Atención Primaria Sant Martí de Provençals, Instituto Catalán de la Salud, Barcelona, España

^h Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria (IDIAP Jordi Gol), Instituto Catalán de la Salud, Barcelona, España

ⁱ Departamento de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^j Escuela de Enfermería, Universidad de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^k Grupo de Investigación Enfermera, IDIBELL (Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^l Instituto de Atención Psiquiátrica (IAPS), Hospital del Mar, Barcelona, España

^m Grupo de investigación en trastornos por uso de sustancias, IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas), Barcelona, España

ⁿ Sección de Insuficiencia Cardíaca Crónica, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^o Grupo de Investigación de Enfermedades Cardiovasculares, IDIBELL (Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^p Departamento de Medicina, Universidad de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 1 de agosto de 2017; aceptado el 26 de septiembre de 2017

Disponible en Internet el 23 de diciembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Comparación transcultural;
Encuestas y cuestionarios;

Resumen

Objetivo: Describir el proceso de traducción y adaptación transcultural del instrumento Patient empowerment in long-term condition al español.

Diseño: Traducción, adaptación transcultural y análisis de la comprensibilidad mediante entrevistas cognitivas.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: pgarcimartin@parcdesalutmar.cat (P. Garcimartin), josepcomin@gmail.com (J. Comin-Colet).

Participación del paciente;
Autoeficacia

Emplazamiento: Asistencia primaria y hospitalaria.

Participantes: Diez pacientes ingresados en un servicio de cardiología de un hospital universitario.

Mediciones principales: 1) Traducción directa; 2) síntesis y conciliación de las versiones por un comité de expertos; 3) traducción inversa; 4) conciliación de la traducción inversa con la autora del cuestionario original, y 5) análisis de la comprensibilidad mediante entrevistas cognitivas a una muestra de pacientes.

Resultados: Las versiones de traducción directa no presentaron grandes diferencias entre ellas. De los 47 ítems que componen el cuestionario, el comité de expertos introdujo cambios en 23 ítems. La versión de la traducción inversa fue aceptada por la autora del cuestionario original. En las entrevistas cognitivas, los pacientes señalaron una dificultad alta en un ítem y baja en 4. *Conclusiones:* La versión española del cuestionario Patient Empowerment in long-term conditions es equivalente semántica y conceptualmente al instrumento original. En una fase posterior se procederá a un proceso de validación en el que se establecerán las propiedades psicométricas.

© 2017 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Cross-cultural comparison;
Surveys and questionnaires;
Patient participation;
Self efficacy

Transcultural adaptation into Spanish of the Patient empowerment in long-term conditions questionnaire

Abstract

Purpose: To describe the process of translation and cultural adaptation of the Patient empowerment in long-term condition to the Spanish language.

Design: Translation, cross-cultural adaptation, and pilot testing (cognitive debriefing)

Location: Primary and Hospital care.

Participants: Ten patients admitted to a cardiology department of a University Hospital

Main measurements: 1) Direct translation, 2) conciliation and synthesis of the versions by expert panel, 3) back-translation, 4) agreement on the back-translated version with the author of the original version, 5) analysis of comprehensibility through cognitive interviews.

Results: There were no differences between the direct-translated versions. The expert panel introduced changes in 23 out of the 47 items of the questionnaire. The author of the original version agreed with the version of the back-translation. In the cognitive interviews, patients reported high difficulty in one item and low difficulty in 4.

Conclusions: The Spanish version of the Patient Empowerment in long-term conditions questionnaire is semantically and conceptually equivalent to the original tool. The assessment of the psychometric properties of the Spanish version of the questionnaire will be carried out at a later stage.

© 2017 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El concepto de empoderamiento se utiliza en una amplia gama de contextos. Uno de los primeros contextos de los que se tiene referencia de su uso es en la filosofía de la educación liberadora de Paulo Freire¹, quien utiliza el concepto como una respuesta a la opresión y a las desigualdades sociales. Posteriormente, se analizó en psicología comunitaria, teoría social crítica, estudios de género, economía rural y, finalmente, en la educación sanitaria y promoción de la salud²⁻⁴.

En su aplicación en el campo de la salud, el concepto también tiene un largo recorrido. En primer lugar, se adoptó

como elemento vertebrador en la promoción de la salud, posteriormente se utilizó como una forma de aumentar la autonomía y la participación de los pacientes en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Finalmente, y con el incremento de las enfermedades crónicas, es la estrategia utilizada para que los pacientes participen y asuman la responsabilidad de su cuidado con el fin de mejorar los resultados de salud y, secundariamente, hacer un uso racional de los recursos sanitarios⁵⁻⁸.

Aunque existe un amplio consenso sobre la importancia del término y su carácter multidimensional, no existe una definición única para el concepto y para las diferentes dimensiones que este contempla.

Angelmar y Berman⁶ recogen la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que define empoderamiento como un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. Estos autores especifican que las condiciones necesarias para que el paciente adquiera empoderamiento son: la comprensión del nuevo rol por parte de los pacientes (papel más activo, responsable y participativo), la mejora de sus conocimientos sobre su estado de salud y opciones de tratamiento, y el desarrollo de habilidades para llevar a cabo actividades de cuidados de forma competente. Y además requiere de un entorno propicio en el que los profesionales sean habilitadores a 2 niveles del proceso, en la motivación y en la alfabetización en salud.

Varekamp et al.⁹ lo definen como un proceso para ayudar a los pacientes a desarrollar conocimientos y habilidades, y a tomar conciencia de sus necesidades. Esto, a su vez, les permite definir sus metas, tomar responsabilidad de su tratamiento médico y aumentar su autonomía.

Small et al.¹⁰ consideran que el empoderamiento es tanto un proceso como un resultado derivado de la comunicación entre los profesionales y los pacientes, en el que se intercambia información sobre los recursos con relación a la enfermedad y que logra aumentar el autocontrol, la autoeficacia, las habilidades de afrontamiento y la capacidad de lograr un cambio en su estado.

Para Funnell y Anderson¹¹ el empoderamiento es también un proceso y un resultado. En el proceso se busca aumentar la capacidad para pensar de forma crítica y actuar de manera autónoma, mientras que el resultado muestra la autoeficacia.

Del anterior análisis se desprende que las intervenciones de los profesionales deben ir dirigidas tanto al proceso como al resultado. A nivel de proceso deben establecerse relaciones terapéuticas que fomenten la continuidad en la relación y que esta esté centrada en el paciente, fomente la toma de decisiones, incorpore habilidades de afrontamiento y promueva actitudes positivas^{7,12-15}.

Small et al.¹⁰ proponen un nuevo instrumento para medir el empoderamiento basado en un análisis cualitativo del concepto de empoderamiento desde la perspectiva de los pacientes con enfermedades crónicas.

En nuestro país no existen instrumentos validados que permitan medir de forma conjunta los conocimientos, actitudes y habilidades que permiten al paciente ser más autónomo y más autoeficaz en la gestión de su enfermedad. Esta carencia se contrapone, en primer lugar, con la exigencia por parte de los Planes de Salud de algunas comunidades autónomas¹⁶ de buscar e implementar estrategias que permitan el empoderamiento de los pacientes crónicos y, en segundo lugar, con la necesidad fijada por la OMS, que reclama herramientas para medir resultados de empoderamiento y que estas utilicen resultados informados por los pacientes (PROM, Patient Reported Outcomes Measures)².

En consecuencia, y ante la falta de instrumentos validados en español, nos propusimos realizar la adaptación transcultural y validación de la versión al español del cuestionario Patient empowerment in long-term conditions, que evalúa el grado de empoderamiento de los pacientes en el manejo de las enfermedades crónicas. En el presente trabajo describimos las características y

los resultados del proceso de adaptación transcultural del cuestionario.

Material y métodos

El instrumento se basa en un modelo de empoderamiento centrado en el paciente con enfermedades crónicas. Inicialmente, y tras un análisis conceptual y cualitativo, se propusieron 51 ítems agrupados en 5 dimensiones. Sin embargo, tras el análisis factorial, no se confirmó la estructura de 5 factores y el instrumento quedó formado 47 ítems y 3 dimensiones¹⁰.

La primera dimensión, que hemos traducido como actitud positiva y sentido del control, está compuesta por 21 ítems. Refleja los cambios que experimentan los pacientes en cuanto a la autopercepción tras el diagnóstico, cómo reducen el impacto de la enfermedad en su vida y cuyo resultado es un mayor autocontrol de la enfermedad. El ámbito en el que se desarrolla esta dimensión es personal y fuera del contexto asistencial.

La segunda dimensión, toma de decisiones compartida e informada, está compuesta por 13 ítems. Hace referencia a la adquisición de conocimientos y a la capacidad para tomar decisiones relativas a la gestión de su enfermedad, tener la opción de participar en el proceso de toma de decisiones junto a los profesionales, y posibilidad de cambiar sus preferencias en cuanto a tratamiento. Esta dimensión se desarrolla dentro del ámbito asistencial.

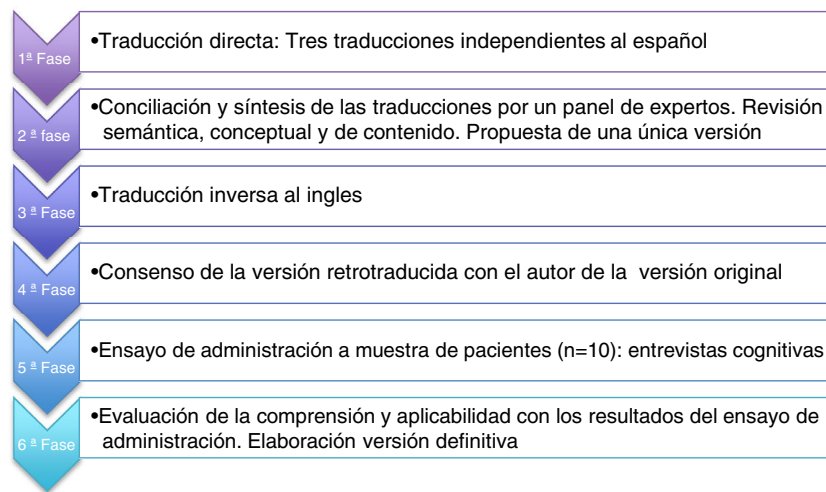
La tercera dimensión, búsqueda de información y compartir entre iguales, está formada por 13 ítems. Hace referencia a la capacidad de buscar información fuera del contexto asistencial y de compartir con otros pacientes sus experiencias y estrategias utilizadas para la autogestión de la enfermedad.

Las opciones de respuesta para cada ítem es en forma de escala tipo Likert de 5 puntos, en donde 1 se corresponde a muy en desacuerdo y 5 con muy de acuerdo. Para cada paciente se obtiene una puntuación global, en la que la puntuación mínima, 47, se correspondería con peor empoderamiento, y la máxima, 235, con mejor empoderamiento.

El objetivo del proceso de la adaptación transcultural del cuestionario Patient empowerment in long-term conditions es que el instrumento sea equivalente a nivel semántico, conceptual y de contenido^{17,18} al de la versión original.

Con la equivalencia semántica se busca obtener el mismo significado en cada uno de los ítems, la equivalencia conceptual nos asegura que el cuestionario mide el mismo constructo teórico en ambas culturas y la equivalencia de contenido prueba que cada ítem tiene relevancia para las 2 culturas.

Existen diferentes métodos para la adaptación de instrumentos que incluyen técnicas de traducción directa, traducción inversa, evaluación por un comité y prueba piloto¹⁹⁻²³. Para este procedimiento se ha seguido las recomendaciones del comité científico del Medical Outcomes Trust²⁴.



Esquema del estudio.

Resultados

Fase 1: traducciones independientes al español

Se realizaron 3 versiones independientes por traductores bilingües cuya lengua materna fuese el castellano y que conocían los contenidos y el propósito del cuestionario, todos ellos eran profesionales de las Ciencias de la Salud. El objetivo era que se hicieran traducciones que fueran equivalentes a nivel de concepto y no traducciones literales (tabla 1).

Fase 2: conciliación y síntesis de las traducciones

Se creó un panel de expertos formado por una enfermera, un médico del contexto hospitalario, un médico del área de primaria y una experta en metodología de desarrollo de instrumentos de medición de salud percibida. Se revisó y discutió cada una de las traducciones de cada uno de los ítems, realizándose una revisión semántica, conceptual y de contenido, hasta obtener una única versión unificada

En 24 ítems (2, 4, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 28, 29, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 44, 45, 46 y 47) el panel de expertos aceptó algunas de las traducciones aportadas. En el ítem 8, único en construcción negativa, se aceptó una de las traducciones propuestas; sin embargo, el panel consideró que su comprensión sería difícil y propuso consultar con la autora original del instrumento las posibilidades de convertir la frase a positivo o bien invertir la puntuación en este ítem.

Tabla 1 Ejemplo fase 1: traducción directa

Texto original	I actively manage my condition
Traducción 1	Manejo de forma activa mi estado
Traducción 2	Me implico activamente en el manejo de mi enfermedad
Traducción 3	Gestiono activamente mi enfermedad.

Fuente: elaboración propia. Barcelona, 2017.

En 15 ítems (1, 3, 5, 11, 16, 17, 18, 19, 21, 26, 27, 30, 31, 35 y 40) se introdujeron cambios menores; estos se consideraron así cuando el panel aceptaba una de las traducciones aportadas pero consideraba que cambiando alguna palabra mejoraba la comprensión de la frase.

En 8 ítems (6, 10, 15, 20, 22, 25, 32 y 43) se introdujeron cambios mayores ya que el panel propuso una construcción alternativa (tabla 2).

Fase 3: traducción inversa al inglés

Tras la obtención de la versión unificada en español se realizó una traducción inversa al idioma original por un traductor bilingüe cuya lengua materna fuera el inglés (tabla 3).

Fase 4: consenso de la versión de traducción inversa con el autor de la versión original

Tras obtener la traducción inversa, fue enviada al autor de la versión original para que determinara si todos los ítems seguían manteniendo la equivalencia conceptual. Así mismo se le consultó la controversia generada con el ítem 8. La autora dio su consentimiento a la versión propuesta, sin embargo, no ofreció ninguna solución respecto al ítem 8.

Fase 5: ensayo de administración a muestra de pacientes

Esta fase, llamada también evaluación cognitiva o entrevistas cognitivas (cognitive debriefing), pretende evaluar la comprensión y la aplicabilidad de la versión adaptada. Para ello se realizó un ensayo de administración a una muestra de conveniencia formada por 10 pacientes. Los pacientes fueron reclutados de forma voluntaria durante su ingreso en la Unidad de Cardiología. Se eligió a pacientes con enfermedad crónica y perfiles heterogéneos en cuanto a edad, sexo, diagnóstico y comorbilidad. La muestra estaba formada por 6 hombres (60%) y 4 mujeres (40%), y la edad media \pm desviación estándar fue de $77,3 \pm 11,3$ años.

Seis pacientes (60%) estaban diagnosticados de insuficiencia cardiaca y 4 (40%) de cardiopatía isquémica. Para

Tabla 2 Ejemplo fase 2: conciliación y síntesis de las traducciones

Ítem	Original	Traducciones	Revisión panel
2	I am aware I can change my mind about a treatment	T1: Sé/soy consciente de que puedo cambiar de opinión respecto/sobre a un tratamiento T2: Soy consciente de que puedo cambiar de opinión sobre un tratamiento T3: Soy consciente de que puedo cambiar de opinión sobre un tratamiento.	Aceptación de propuestas T2-3: Soy consciente de que puedo cambiar de opinión sobre un tratamiento
3	I actively manage my condition	T1: Manejo de forma activa mi condición/estado T2: Me implico activamente en el manejo de mi enfermedad T3: Gestiono activamente mi enfermedad	Cambios menores. Eligen la segunda traducción sustituyendo la expresión «manejo» por «cuidado»: Me implico activamente en el cuidado de mi enfermedad
6	I am capable of handling my condition	T1: Soy capaz de manejar mi estado/condición T2: Soy capaz de manejar mi enfermedad T3: Soy capaz de manejar mi enfermedad	Cambios mayores Propuesta: Soy capaz de hacerme cargo de la enfermedad

Fuente: elaboración propia. Barcelona, 2017.

Tabla 3 Ejemplo fase 3: retrotraducción al inglés

Ítem	Original	Traducción consensuada	Retrotraducción
1	I often request additional health information from doctor	A menudo, pido a mi médico información adicional sobre cuestiones de salud	I often ask my doctor for additional information regarding health issues
2	I am aware I can change my mind about a treatment	Soy consciente de que puedo cambiar de opinión sobre un tratamiento	I am aware that I can change my mind on a treatment
6	I am capable of handling my condition	Soy capaz de hacerme cargo de la enfermedad	I can deal with the disease

Fuente: elaboración propia. Barcelona, 2017.

valorar la comorbilidad, se utilizó la versión abreviada del índice de Charlson²⁵: uno (10%) presentaba ausencia de comorbilidad; 4 (40%), comorbilidad baja, y 5 (50%), alta.

Se les solicitó que explicasen lo que entendían de cada uno de los enunciados y que identificasen los que les generasen dificultades de comprensión. En aquellos casos que hubo discrepancia respecto al concepto original, se les solicitaba ofrecieran un enunciado alternativo. En 5 ítems hubo dificultad de comprensión, sin embargo, ninguno de los pacientes ofreció una alternativa (tabla 4).

Fase 6: evaluación de la comprensión y aplicabilidad y elaboración versión definitiva

Dos de las personas que habían participado en el panel de expertos revisaron y discutieron cada una de las informaciones recogidas del ensayo de administración. El ítem 8, que presentó una mayor tasa de incomprensión (60%), se decidió mantener igual en espera de la evaluación de las propiedades psicométricas. En los ítems 10 y 21, con una tasa de

respuesta de no comprensión del 20 y el 10%, respectivamente, se decidió no sustituir el enunciado, en los ítems 14 y 47, con una tasa de respuesta de no comprensión del 20 y el 30%, respectivamente, se decidió introducir un enunciado alternativo que mejoraba la comprensión (tabla 4). Con estos 2 cambios se elaboró la versión definitiva.

Discusión

Se ha obtenido una versión adaptada al español del Cuestionario de empoderamiento del paciente con enfermedad crónica (CEPEC).

En nuestro contexto, no existen instrumentos validados que permitan valorar el empoderamiento de los pacientes, por lo que era necesario o bien desarrollar uno nuevo, o adaptar uno desarrollado en otra cultura. Dos factores condicionaron la decisión de adaptar un cuestionario a nuestra cultura: por un lado, que el desarrollo de nuevos instrumentos es un proceso de gran complejidad y, por otro lado, que es necesario disponer de instrumentos genéricos, en

Tabla 4 Fases 5 y 6. Ensayo a una muestra de pacientes. Evaluación de la comprensión y aplicabilidad

Ítem	1ª Versión	Comprensión	Versión definitiva
8	No me preocupa entender la información sobre salud	6 (60%) pacientes refieren no comprender	Se mantiene igual en espera de evaluación psicométrica
10	Soy optimista respecto a mi enfermedad	2 (20%) pacientes refieren no comprender	Se decide mantener, ya que no se encuentra otra expresión que pudiera sustituirla
14	Puedo disminuir el impacto de los síntomas en mi vida cotidiana	2 (20%) pacientes refieren no comprender	Se proponer introducir algún cambio para mejorar la comprensibilidad: Puedo disminuir el cómo me afectan los síntomas en mi vida cotidiana
21	Tengo información para hacerme cargo de las dificultades relacionadas con mi enfermedad	1 (10%) pacientes refieren no comprender	Se decide mantener, debido a la alta tasa de comprensión
47	Siento que mi vida tiene un propósito y un significado a pesar de mis problemas de salud	3 (30%) pacientes refieren no comprender	Se proponer introducir algún cambio para mejorar la comprensibilidad: Siento que mi vida tiene un objetivo a pesar de mis problemas de salud

Fuente: elaboración propia. Barcelona, 2017.

diferentes idiomas, que permitan estudios comparativos a nivel internacional^{23,26}.

Tras una revisión de los instrumentos de empoderamiento disponibles²⁷ se eligió el que es objeto de este trabajo con base en 3 criterios: 1) se había generado recientemente; 2) se había realizado evaluación de las propiedades psicométricas en términos de fiabilidad y validez, y 3) es un instrumento genérico tanto por el entorno como por el tipo de enfermedad de los pacientes a los que va dirigido.

El paso previo al análisis psicométrico de un instrumento es la traducción y la adaptación cultural; esta tiene como objetivo conservar el significado y garantizar la equivalencia entre la cultura en que se desarrolló originalmente y la población a la que va destinada^{23,24,26}.

Siguiendo las recomendaciones metodológicas utilizadas, la primera fase del proceso es la traducción directa, en la que se deben traducir los ítems y las opciones de respuesta del instrumento original, con al menos 2 versiones independientes, aunque preferentemente más, seguida de una conciliación y síntesis de las versiones en una única versión consensuada²⁴. Si bien es cierto que la mayoría de la literatura revisada realiza 2 traducciones directas²⁸⁻³², podemos encontrar variabilidad entre una³³ y 3³⁴. Creemos que, además del número, es necesario especificar las características que deben presentar los traductores³⁰⁻³²: bilingües, con conocimientos de la cultura de origen y de destino, y con conocimientos sobre las áreas de interés del cuestionario, o lingüísticas. Las fortalezas de esta primera fase realizada es que los traductores no solo conocían los contenidos y el propósito del cuestionario, sino que todos pertenecían a profesiones vinculadas con la salud y, por tanto, familiarizados con los términos técnicos y no técnicos del cuestionario. También se han descrito en otros procesos la incorporación de los traductores al panel de expertos^{28,30,31}.

En la siguiente fase, traducción inversa y conciliación de diferencias entre el instrumento original y la retrotraducción, se realizó una única retrotraducción y una conciliación mediante consulta al autor de la versión original. En otros

estudios se han realizado 2 retrotraducciones²⁹⁻³¹ y la conciliación se ha alcanzado tras la formación de un panel de expertos^{28,29,31,32,34}.

En la fase final, las recomendaciones indican no solo realizar un ensayo de administración a una muestra de conveniencia, sino realizar entrevistas cognitivas para evaluación de la comprensión y la aplicabilidad, metodología empleada en la mayor parte de los estudios consultados³⁰⁻³³, mientras que otros utilizan un panel de expertos para evaluar la comprensibilidad^{28,29,34}.

En nuestro caso, durante el proceso de conciliación de las traducciones por el panel de expertos, la búsqueda de equivalencias conceptuales generó discusión y cambio en 23 ítems. Al realizar la prueba piloto con pacientes, en la que solo se identificaron problemas de comprensión en 5 ítems, se evidenció que, a pesar de que el comité de expertos estaba formado solo por profesionales, estos consiguieron dotar al cuestionario de expresiones naturales para los pacientes.

Conclusiones

Contamos con una versión adaptada culturalmente del CEPEC para su uso en el contexto español, con lo cual estamos en condiciones de llevar a cabo los estudios de validación en términos de fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio.

Financiación

Este trabajo ha recibido una beca del Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Economía y Competitividad y Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad), cofinanciado por FEDER (PI15 / 00089), tras un proceso de financiación revisado por pares. También recibió un Premio Esteve a la Innovación en Salud en 2015.

Lo conocido sobre el tema

El empoderamiento es un concepto multidimensional que ofrece información no solo sobre la capacidad de autocuidado y autogestión de la enfermedad, también recoge aspectos psicosociales, que son determinantes en la percepción de la calidad de vida.

El empoderamiento también se alinea con el objetivo de la atención centrada en el paciente en el que tanto los pacientes como los profesionales deben comprender su nuevo rol, con pacientes más activos y con profesionales más facilitadores de este proceso de forma que se promueva una relación de asociación en la que se trata de ayudar a los pacientes a ser más activos a través de la transferencia de conocimientos y habilidades.

Qué aporta este estudio

Los documentos marco Health 2020 y Horizonte 2020 marcan como objetivo la capacitación de las personas para la autogestión de su salud y de su enfermedad.

Las mismas directrices europeas señalan la necesidad de integrar herramientas que permitan medir resultados de empoderamiento de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Freire P. *Pedagogy of the oppressed*. New York: Continuum; 2000. p. 180.
- Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: OMS. Oficina Regional para Europa (Health Evidence Network report); 2006.
- Cattaneo LB, Chapman AR. The process of empowerment: A model for use in research and practice. *Am Psychol*. 2010;65:646–59.
- Holmström I, Röing M. The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient Educ Couns*. 2010;79:167–72.
- Bulsara C, Styles I, Ward AM, Bulsara M. The psychometrics of developing the patient empowerment scale. *J Psychosoc Oncol*. 2006;24:1–16.
- Angelmar R, Berman P. Patient empowerment and efficient health outcomes [Internet]. En: Cox P, editor. *Financing sustainable healthcare in Europe*. Helsinki, Finland: New Approaches for New Outcomes; 2007. p. 139–59 [consultado 6 Feb 2017]. Disponible en: https://med.over.net/javne_datoteke/novice/datoteke/10483-Report_3.pdf.
- Aujoulat I, d'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns*. 2007;66:13–20.
- Schulz PJ, Nakamoto K. Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Educ Couns*. 2013;90:4–11.
- Varekamp I, Heutink A, Landman S, Koning CEM, de Vries G, van Dijk FJH. Facilitating empowerment in employees with chronic disease: Qualitative analysis of the process of change. *J Occup Rehabil*. 2009;19:398–408.
- Small N, Bower P, Chew-Graham CA, Whalley D, Protheroe J. Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure. *BMC Heal Serv Res*. 2013;13:263–78.
- Funnell MM, Anderson RM. Patient empowerment: A look back. A look ahead. *Diabetes Educ*. 2003;29:454–8.
- Wählin I, Ek AC, Idvall E. Empowerment in intensive care: Patient experiences compared to next of kin and staff beliefs. *Intensive Crit Care Nurs*. 2009;25:332–40.
- Nygårdh A, Malm D, Wikby K, Ahlström G. The experience of empowerment in the patient—staff encounter: the patient's perspective. *J Clin Nurs*. 2012;21(5-6):897–904.
- Huizing E, Molino JL, Rigol A, Padilla L, Betolaza E, Serna L, et al. Opinión de las enfermeras de salud mental de España sobre la prestación de cuidados a pacientes con trastorno mental basada en el enfoque de recuperación [Internet]. Biblioteca Lascasas. 2013 [consultado 6 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0688.pdf>
- Pan SC, Tien KL, Hung IC, Lin YJ, Yang YL, Yang MC, et al. Patient empowerment in a hand hygiene program: Differing points of view between patients/family members and health care workers in Asian culture. *Am J Infect Control*. 2013;41:979–83.
- Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Pla de Salut de Catalunya 2016-2020 [Internet], 2016 [consultado 6 Feb 2017]. Disponible en: <http://premsa.gencat.cat/pres.fsyp/docs/2016/07/19/16/28/b3fef4ba-4f05-49b5-b700-16e9a32e0d08.pdf>
- 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 Heal*. 2005;8:94–104.
- Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Sanit Navar*. 2011;34:63–72.
- Argimon Pallás J, Jiménez Villa J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 3.ª ed Madrid: Elsevier España, SA; 2004.
- De Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé-Abad A, Bennasar-Veny M, Pericas-Beltran J, Miguélez-Chamorro A. Psychometric testing of the Spanish version of the practice environment scale of the nursing work index in a primary healthcare context. *J Adv Nurs*. 2012;68:212–21.
- Arias-Rivera S, Sánchez-Sánchez MM, Fraile-Gamo MP, Patiño-Freire S, Pinto-Rodríguez V, Conde-Alonso MP, et al. Transcultural adaptation into Spanish of the nursing activities score. *Enferm Intensiva*. 2013;24:12–22.
- Marsicano E de O, Fernandes N da S, Colugnati F, Grincenkov FR, Fernandes NM, de Geest S, et al. Transcultural adaptation and initial validation of Brazilian-Portuguese version of the Basel assessment of adherence to immunosuppressive medications scale (BAASIS) in kidney transplants. *BMC Nephrol*. 2013;14:108.
- Muñiz J, Elosua P, Hambleton RK. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición [Internet]. *Psicothema*. 2013 [consultado 6 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/4093.pdf>.
- Valderas J, Ferrer M, Alonso J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Med Clin*. 2005;125 Supl. 1:56–60.
- Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol*. 1994;47:1245–51.
- López S, Carrillo K, Sanguinetti A, Azolas R, Díaz M, Bocic G, et al. Adaptación transcultural del cuestionario acerca de la función

- intestinal (LARS Score) para su aplicación en pacientes operados de cáncer de recto medio y bajo. *Rev Chil Cir.* 2017;69:44–8.
27. Cerezo PG, Juvé-Udina M-E, Delgado-Hito P. Concepts and measures of patient empowerment: A comprehensive review. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50:667–74.
 28. Martinez M, Iwamoto V, Latorre M, Noronha A, Oliveira A, Cardoso C, et al. Transcultural adaptation of the Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016;24:e2783.
 29. Muniz Braga L, Salgueiro-Oliveira A de S, Pereira Henriques MA, Arreguy-Sena C, Dinis Parreira PM dos S. Adaptação transcultural da Infiltration Scale para o português. *Acta Paul Enferm.* 2016;29:93–9.
 30. Marhuenda D, Prieto M, Cardona A, Roel J, Oliveras M. Adaptación transcultural y validación de la versión española del EUROQUEST. *Neurología.* 2015;30:201–7.
 31. Freitas N de O, Caltran MP, Dantas RA, Rossi LA. Translation and cultural adaptation of the Perceived Stigmatization Questionnaire for burn victims in Brazil. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48:25–33.
 32. Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña MP, Maderuelo-Fernández J.A., Silvestre-Busto C. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España. *Aten Primaria.* 2013;45:21–37.
 33. González-Bueno J, Calvo-Cidoncha E, Sevilla-Sánchez D, Espauella-Panicot J, Codina-Jané C, Santos-Ramos B. Spanish translation and cross-cultural adaptation of the ARMS-scale for measuring medication adherence in poly-pathological patients. *Aten Primaria.* 2017;49:459–64, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.008>.
 34. Torres-Ortega C, Peña-Amaro P. Adaptación cultural de la escala de incertidumbre de Mishel en el paciente tratado con hemodiálisis. *Enferm Clin.* 2015;25:9–18.